

JUIN 2020

ANALYSE RAPIDE DE GENRE

BURKINA FASO, CENTRE NORD



CRÉDITS PHOTO: MÉDECINS DU MONDE BURKINA FASO



Acronymes et abréviations

ARG	Analyse rapide de genre
CEDEF	Convention pour l'Élimination des Discriminations à l'Égard des Femmes
CPN	Consultation prénatale
DSSR	Droits en santé sexuelle et reproductive
GND	Grossesse non désirée
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MGF	Mutilations génitales féminines
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PDI	Personne déplacée interne
PF	Planification familiale
SDMNR	Surveillance des décès maternels néonataux et de riposte
SIGI	Social Institutions and Gender Index
SSR	Santé sexuelle et reproductive
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VLG	Violences liées au genre

Table des matières

Acronymes et abréviations.....	1
Résumé exécutif	3
Résultats clés	5
Recommandations.....	6
Recommandation générale	6
Recommandations pour des interventions en santé	6
Introduction.....	8
1. Rappel du contexte.....	8
2. Objectifs de l'analyse rapide de genre	9
3. Méthodologie	9
Résultats et analyse	10
1. Rôles, responsabilités et rapports de genre.....	10
2. Santé et santé sexuelle et reproductive (SSR).....	12
A. CADRE LEGISLATIF	12
B. NORMES, CROYANCES ET REPRESENTATIONS	13
C. ACCES AUX SOINS	15
D. PRIORITES STRATEGIQUES DES ORGANISATIONS IMPLIQUEES DANS LA PROMOTION DES DSSR 18	
3. Violences liées au genre	18
A. CADRE LEGISLATIF	18
B. NORMES, CROYANCES ET REPRESENTATIONS	19
C. PREVALENCE DES VLG.....	20
D. ACCES AUX SERVICES POUR LES SURVIVANT.E. S.....	21
E. PRIORITES STRATEGIQUES DES ORGANISATIONS IMPLIQUEES DANS LA PREVENTION ET REPOSE AUX VLG AU BURKINA FASO.....	23
Bibliographie.....	24

Résumé exécutif

Cette analyse rapide de genre a été conduite en mai 2020 par les équipes de Médecins du Monde afin de disposer d'informations sur les rôles, représentations et rapports de genre dans le contexte de la crise sécuritaire au Nord Burkina. Une attention particulière a été portée aux besoins, capacités et intérêts sexospécifiques en lien avec les enjeux **d'accès et de droit à la santé** – notamment la **santé sexuelle et reproductive (SSR)** – et de lutte contre les **violences liées au genre (VLG)**.

Cette analyse a permis de collecter des **données primaires et secondaires**, en deux étapes progressives:

- Une première phase de **revue de littérature**
- Une seconde phase de **consultations sur le terrain** avec les personnes concernées (6 associations nationales impliquées dans la promotion des droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) et la lutte contre les VLG, 4 focus groupes non mixtes (au total 12 femmes adultes, 12 hommes adultes, 12 filles adolescentes et 12 garçons adolescents) dans la communauté de Kongoussi (Centre Nord).

L'ACG a mis en lumière d'importantes **disparités en matière d'accès et contrôle des ressources** dans la région du Centre Nord, tant dans le domaine de l'éducation et de l'alphabétisation que dans celui de l'emploi et des revenus. La participation des femmes aux prises de décision dans la sphère publique et privée est limitée. Dans les zones affectées par les mouvements de population, la prise de décision reste essentiellement masculine tant dans les camps de déplacé.e.s que dans les familles d'accueil.

Les focus groupes ont mis en avant une **distribution très inégale des tâches selon le genre**, se reflétant dans l'utilisation du temps, aussi bien avant que depuis la crise. Cette division inégale du travail domestique s'observe autant chez les adultes que chez les adolescent.e.s, les femmes et les filles assurant des journées quasi continues de 4h du matin à 23h, sans temps de loisir ou de repos. Depuis la crise, on observe une augmentation de la charge de travail domestique des femmes et des filles.

Cette répartition inégale des ressources et du travail domestique contribuent à la persistance d'inégalités dans le domaine du respect du droit et de l'accès à la santé. Dans ce domaine, de nombreuses **normes, croyances et représentations** participent à limiter l'accès des femmes et des filles à la santé, notamment la SSR et la PF : interdit social d'une sexualité hors mariage pour les jeunes femmes, normes procréatives enjoignant les couples à avoir un enfant juste après le mariage pour prouver la fertilité de la femme, absence d'éducation sexuelle au sein des familles, soupçons d'infidélité pesant sur les femmes ayant recours à une méthode contraceptive, tabous autour des menstruations...

En termes d'accès à la PF, la désapprobation du conjoint figure parmi les barrières les plus souvent rencontrées. Les normes sociales limitent aussi **l'implication des hommes dans la SSR et la santé des enfants** : bien qu'ils soient les principaux décideurs sur ces questions, la santé a tendance à être considérée comme "une affaire des femmes", et ce sont presque exclusivement les femmes qui gèrent les questions liées à la SSR dans le couple et la santé des enfants. On observe aussi un manque de communication important entre les parents et les adolescent.e.s, surtout les pères. Néanmoins, ce sont les hommes qui prennent les décisions en lien avec la santé de toute la famille, y compris celle des enfants, et des femmes.

Ainsi, en termes d'accès aux soins, une majorité de femmes se trouve exclue du **processus de décision relatif à leur propre santé** (54 %). Les décisions sont prises soit par le mari, soit par d'autres personnes, sans prendre en compte la voix de la femme concernée. Pour les filles et les garçons, ce sont les parents qui doivent être consultés avant n'importe quelle consultation.

Ces barrières socioculturelles viennent s'accumuler à d'autres, **financières ou géographiques**, lesquelles sont également disproportionnées lorsqu'il s'agit des femmes et des filles en raison des inégalités de genre sur le plan financier et en termes de contrôle des ressources. Concernant les hommes et les garçons, la principale barrière à l'accès aux soins continue d'être le coût des services. Pour les jeunes, filles et garçons, la stigmatisation des jeunes dans les services de santé est aussi un frein important.

Les rôles, représentations et rapports de genre dans la zone d'intervention contribuent également à une **forte prévalence des VLG**. On observe ainsi un fort niveau **d'acceptation sociale** de certaines formes de VBG, parmi lesquelles le mariage précoce et les violences conjugales, y compris chez les femmes (44% estiment qu'il est justifié de se faire violenter dans certaines situations). Le viol conjugal est répandu et très

peu dénoncé (1 personne sur 5 pense qu'un homme peut forcer sa femme à avoir des rapports sexuels, « sinon, pourquoi elle est venue ? »). Ainsi, en dépit d'un cadre législatif relativement protecteur, les discriminations à l'encontre des femmes et des filles persistent, et la prévalence des VLG – sous toutes leurs formes – se maintient. Le Centre Nord présente un indicateur SIGI « atteintes à l'intégrité physique et morale des femmes » de 0.318, un taux encore élevé. Les déplacements de population liés à la crise renforcent le patriarcat et les violences domestiques.

En cas de VLG, les **attitudes de recours à l'aide et aux soins** sont fortement impactées par l'acceptation sociale de la violence et leur normalisation. Ces attitudes et comportements en termes de dénonciation et demande d'aide limitent fortement l'accès des survivant.e.s de VLG à une prise en charge adaptée à leurs besoins, le respect de leurs droits et l'accès à la santé.

Il ressort ainsi de l'analyse rapide de genre que **le genre et l'âge, cumulés au facteur économique, sont des facteurs impactant très fortement l'accès à la santé et aux droits** dans la région. De nombreuses normes, pratiques et croyances profondément ancrées ont des effets néfastes perpétuant les inégalités de genre dans le domaine de la santé. D'autres barrières, sur le plan du cadre législatif, ont aussi été identifiées.

Résultats clés

- La crise au Nord du pays a eu un impact direct sur les relations de genre. Notamment, les hommes ont vu leur **mobilité fortement restreinte** et ne peuvent plus aller travailler dans les champs, étant les principales cibles des attaques terroristes. Les femmes et les filles quant à elles ont observé une augmentation de la charge liée aux **travaux domestiques**, pesant déjà fortement sur elles avant le début de la crise.
- Les **inégalités dans l'accès et le contrôle des ressources** (notamment l'éducation, l'emploi et les revenus, le temps ou la prise de décisions) ont un **impact direct sur la possibilité des femmes et des filles de pouvoir accéder aux différents services de santé** et de jouir du meilleur état possible de santé. A ceci s'ajoute des dysfonctionnements importants liés à la crise, laquelle a entraîné la fermeture de nombreux services de santé.
- La maternité est un rôle très important pour la communauté. Les femmes et les filles **assurent quasiment exclusivement la prise en charge et l'éducation des enfants** à toutes les étapes de leurs vies (pour 98% des ménages dans le Centre Nord).
- Les hommes et les garçons ne participent pas de manière active aux soins des enfants. Néanmoins, **les hommes sont les seuls décideurs** de l'accès aux services de santé et aux traitements pour les enfants et l'ensemble de la famille, **y compris les femmes** : 54% des femmes sont exclues du processus de décision relatif à leur propre santé). La **santé des garçons** (héritiers de la famille) est souvent priorisée sur celle des filles de la famille.
- Une **double morale autour de la sexualité** continue d'alimenter certains mythes et croyances autour des femmes et des filles qui fréquentent les services et utilisent les **méthodes modernes de planification familiale**. Elles sont ainsi perçues comme ayant plusieurs partenaires sexuels, allant à l'encontre de la sacralité de la maternité ou sources de conflits dans le couple du fait de ne pas avoir informé leurs maris.
- Les femmes et les filles sont **très exposées à tous types de violences liées au genre**. Au Centre Nord, la prévalence des violences domestiques est estimée à 20%, 68% des femmes ont subi une mutilation génitale féminine, 63% des femmes ont été mariées avant 18 ans, et 1 personne sur 4 pense que l'échange de sœurs dans le cadre du mariage existe dans leur communauté.
- Des nombreuses idées reçues autour des violences liées au genre contribuent à **les normaliser et les perpétuer**, notamment en ce qui concerne les **violences physiques et sexuelles au sein du couple**. La sexualité est considérée comme un devoir des femmes envers leurs maris, et ce y compris par les femmes elles-mêmes.
- En cas de VLG, les **attitudes de recours à l'aide et aux soins** sont fortement impactées par l'acceptation sociale de la violence et leur normalisation. 71% des victimes n'en parlent pas, et pour 12% des victimes féminines, cela s'explique par la honte et la peur d'entacher la réputation de la famille.

Recommandations

Recommandation générale

- Cette analyse rapide de genre devrait être mise à jour et révisée régulièrement tout au long de la crise et de l'évolution de la réponse humanitaire. Une analyse de genre actualisée, permettant de suivre l'évolution des dynamiques de genre au sein des communautés affectées, est nécessaire pour une programmation plus efficace et adaptée aux besoins des personnes, et pour garantir que l'assistance humanitaire réponde aux besoins spécifiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons.

Recommandations pour des interventions en santé

- **Pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé :**
 - ✓ Réduire les inégalités d'accès liées au coût des services et des traitements en promouvant, dans la mesure du possible, des approches combinant la gratuité des services et des traitements – y compris en SSR - et l'empowerment économique des femmes.
 - ✓ Travailler avec les hommes pour une prise de décision plus équitable et promouvoir la co-responsabilisation sur les enjeux de santé et de SSR.
 - ✓ Réduire les inégalités d'accès géographiques en développement des actions d'aller-vers, telles que des cliniques mobiles.
 - ✓ Adapter les services de santé aux besoins sexo-spécifiques et propres à l'âge des personnes, notamment en réfléchissant à un meilleur accès pour les femmes et les jeunes.
 - ✓ Former les équipes de santé aux questions de genre pour la mise en place de services non discriminants et accessibles à toutes et tous
 - ✓ Travailler sur une approche holistique de la santé qui tienne compte des déterminants de genre qui ont un impact direct sur l'état de santé des personnes. Par exemple, en mettant en place des actions qui visent à équilibrer entre hommes et femmes, filles et garçons, la charge de travail domestique ou l'accès à l'éducation.
- **Pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive :**
 - ✓ Mettre en place des actions de sensibilisation communautaire, en incluant les leaders traditionnels et religieux, pour répondre aux différentes croyances autour de la sexualité et notamment de la sexualité des femmes et des filles en lien avec l'utilisation des services de PF
 - ✓ Développer des actions d'éducation à la sexualité avec une approche intergénérationnelle et sensible au genre
 - ✓ Adapter les services de santé sexuelle et reproductive aux besoins sexospécifiques et propres à l'âge des personnes, notamment en réfléchissant sur comment les rendre plus accessibles aux femmes, aux hommes et aux jeunes
 - ✓ Inclure les services de santé sexuelle et reproductive – notamment de planification familiale - dans les actions d'aller-vers, telles que les cliniques mobiles
 - ✓ Former les équipes de santé aux questions de DSSR avec une approche genre pour la mise en place de services non discriminants et accessibles à toutes et tous

- ✓ Mettre en place des actions de plaidoyer qui permettent de faire évoluer la législation pour une meilleure protection des droits sexuels et reproductifs, et notamment l'application du Protocole de Maputo.

- **Pour prévenir et prendre en charge les différentes formes de violences liées au genre :**
 - ✓ Mettre en place des actions de sensibilisation communautaire, en incluant les leaders traditionnels et religieux, pour adresser les différentes croyances qui ont un impact direct sur la normalisation et la perpétuation des violences liées au genre, notamment en lien avec les violences sexuelles et physiques au sein des couples.
 - ✓ Renforcer les capacités des acteurs non spécialisés qui prennent en charge les cas de violences liées au genre, notamment au niveau communautaire, pour améliorer l'accompagnement et la réparation des survivant.e.s. Cela inclut également les agents de santé et les acteurs de la chaîne pénale et judiciaire.
 - ✓ Structurer des circuits de prise en charge et référencement entre les différents acteurs et les diffuser auprès des acteurs communautaires, associations, ONG et services étatiques de la zone.
 - ✓ Mettre en place des actions ciblant les inégalités de genre qui contribuent à la perpétuation des VLG, notamment celles liées à l'autonomie dans la prise de décisions et l'autonomie économique des femmes et des filles
 - ✓ Travailler avec les hommes et les garçons de la communauté dans la construction de relations non violentes et égalitaires
 - ✓ Mettre en place des actions de plaidoyer qui visent à faire évoluer la législation relative aux VLG pour une meilleure protection des personnes à risque, une meilleure prise en charge des survivant.e.s, et l'application de la CEDEF.

Introduction

1. Rappel du contexte

Le Burkina Faso est confronté depuis 2016 à une crise majeure de sécurité et est en état d'urgence depuis le 31 décembre 2018. Plusieurs attaques par des groupes armés ont secoué le pays, incluant la capitale, mais les régions du nord sont parmi les plus affectées, notamment celle du Sahel et du Centre-Nord. L'escalade des tensions et la violence ont mené à des forts mouvements de population à l'intérieur du pays. En octobre 2019, l'OCHA relève que plus de 560 000 personnes ont été déplacées dont 30% sont des femmes et 54% des enfants (filles/garçons – f/g) de moins de 18 ans (OCHA, 2019), ce nombre de personnes déplacées internes (PDI) s'étant accru de +543% entre janvier 2019 et le 9 décembre 2019. Les régions les plus touchées sont le Centre-Nord (270 476 PDI) et le Sahel (212 298 PDI).

Dans le Centre-Nord, les provinces les plus touchées sont le Sanmatenga et le Bam avec respectivement 196 409 et 46 872 PDI. Sur le plan de la santé, le nombre de structures sanitaires fermées ne cessent d'augmenter. À la fin du mois de décembre 2019, 95 structures sanitaires restaient fermées tandis que 135 autres fonctionnaient à minima privant ainsi plus d'un million de femmes et d'hommes de soins médicaux et de services de santé.

L'impact de la crise actuelle est encore plus grand sur les femmes et les filles, qui sont davantage exposées aux risques de violences (physique, sexuelle, psychologique), d'exploitation, de traite, et voient souvent leurs besoins liés à la santé sexuelle et reproductive négligés : perte de l'accès à la planification familiale, aux produits d'hygiène, exposition aux grossesses non désirées, ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH...

La crise vient ainsi s'ajouter à des difficultés d'accès aux soins et des problématiques de santé déjà présentes : le Burkina Faso possède un taux de mortalité maternelle parmi les plus élevés dans le monde (près de 330 décès pour 100,000 naissances vivantes¹), la malnutrition et le manque d'infrastructures en eau, hygiène et assainissement fragilisent particulièrement la santé des enfants, des femmes enceintes et femmes allaitantes², l'accès à la planification familiale demeure limité (le taux de prévalence contraceptive moderne des femmes en union serait de 25,5%³, et environ 33% des grossesses seraient non désirées⁴). De plus, les violences envers les femmes et les filles sont omniprésentes : 76% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont subi une mutilation génitale féminine⁵, 52% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans⁶, une femme sur trois aurait été victime de violences physiques et sexuelles⁷, 37% des femmes subirait des violences conjugales⁸.

Au niveau national, les différents indices mettent en lumière des inégalités de genre encore importantes sur différents niveaux, le pays figurant souvent en fin de classement des différents indices établis en la matière : 146ème sur 162 pays pour l'Indice des inégalités de genre (IIG)⁹, 123ème sur 144 à l'Indice du Forum économique mondial sur l'inégalité des sexes¹⁰, 77ème sur 121 au classement SIGI¹¹. Son indice de développement de genre s'élevait à 0.875 en 2018¹².

¹ Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International, 2012

² UN Women, 2018

³ Family Planning 2020

⁴ Bankole, A. et al. 2013

⁵ UNICEF, 2010

⁶ UNICEF, 2010

⁷ UNFPA, 2014

⁸ OCDE 2018

⁹ PNUD 2018

¹⁰ FEM 2016

¹¹ OCDE 2019

¹² PNUD 2018

"La crise a vraiment impacté la vie des gens. Il y a la peur, la psychose partout. Certaines personnes ne dorment même plus chez elles. Le désœuvrement et le manque de moyens pour gérer les familles entraînent une instabilité psychologique et divisent les couples."

Femmes lors d'une consultation de groupe à Kongoussi – Mai 2020

La crise actuelle qui affecte notamment la région du Centre Nord, signifie très souvent, en raison des déplacements et des attentats qui ont fait de nombreux morts notamment parmi le personnel de santé, une rupture d'accès aux soins ainsi que du tissu social, contribuant à accroître les vulnérabilités des femmes et des filles, particulièrement celles en situation de déplacement, et exacerbant les inégalités de genre à long terme. Cette crise limite de manière disproportionnée le contrôle des femmes et des filles sur leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs.

2. Objectifs de l'analyse rapide de genre

Cette analyse rapide de genre avait pour objectif de disposer d'informations contextualisées sur les rôles, représentations et rapports de genre dans la région du Centre Nord permettant d'orienter la conception d'une intervention en santé. Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- Disposer d'informations à jour et contextualisées sur les rôles, représentations et rapports de genre dans la région du Centre Nord en lien avec les enjeux de droit et d'accès à la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive, et de protection contre les violences liées au genre
- Obtenir des éléments de compréhension permettant d'analyser l'impact de la crise sur ces rôles, représentations et rapports de genre
- Fournir des recommandations opérationnelles et programmatiques en vue de la conception d'une intervention de santé dans la région du Centre Nord auprès des populations affectées par la crise.

3. Méthodologie

L'analyse rapide de genre (ARG) permet de fournir des informations contextualisées sur les besoins, capacités et stratégies de résilience spécifiques aux femmes, hommes, filles et garçons dans un contexte de crise. Cette ARG a été réalisée en deux étapes progressives ayant permis de collecter des données primaires et secondaires illustrant les rôles, responsabilités et relations de genre dans la zone, en lien avec les enjeux d'accès et de droit à la santé – notamment la santé sexuelle et reproductive (SSR) – et de lutte contre les violences liées au genre (VLG) :

- Une première phase de revue de littérature¹³, menée entre le 12 et le 20 mai 2020
- Une seconde phase de consultations sur le terrain avec les personnes concernées, la semaine du 22 mai 2020.

La phase de consultations a permis la réalisation de :

- 6 entretiens avec des associations nationales impliquées dans la promotion des DSSR et la lutte contre les VLG
- 4 discussions en focus groups, avec des groupes divisés par tranche d'âge et par sexe, dans la localité de Kongoussi : 12 filles adolescentes, 12 garçons adolescents, 12 femmes adultes, 12 hommes adultes.

L'ARG propose des recommandations programmatiques et opérationnelles visant à répondre aux besoins spécifiques dans le domaine de la santé, la santé sexuelle et reproductive, et la prévention et protection face aux violences liées au genre, des différentes catégories d'âge et de genre et de veiller à ne pas nuire.

¹³ Voir liste des documents utilisés pour la revue de littérature en bibliographie

Résultats et analyse

1. Rôles, responsabilités et rapports de genre

- **Education** : A l'échelle nationale, dans le domaine de l'éducation, les inégalités de genre ont fortement diminué au cours des dernières années, le pays atteignant un indice de parité de 1 en 2017-2018 quel que soit l'indicateur d'accès considéré (le Taux Brut de Scolarisation [TBS], le Taux Brut d'Admission [TBA] ou le Taux Net de Scolarisation [TNS]). La région du Centre-Nord figure toutefois parmi les trois dernières régions en termes d'accès à l'éducation primaire et secondaire¹⁴. Par ailleurs, au Centre Nord, l'accès à l'école connaît aussi de nouvelles limitations dans les régions impactées par la crise sécuritaire. En mai 2019, sur les 2 024 écoles fermées en raison de la crise, 36,8% se trouvaient au Sahel, et 19,3% au Centre-Nord.
- **Alphabétisation** : seulement 13% des femmes et 21.1% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés dans la région du Centre-Nord.
- **Emploi et revenus** : A l'échelle nationale, en 2016, les hommes en emploi gagnaient un revenu moyen annuel près de 3 fois plus élevé que celui des femmes. On observe, parmi les tranches de revenu les plus basses, plus de ménages dirigés par des femmes.
- **Contrôle des dépenses du ménage** : Les dépenses du ménage font aussi l'objet de rapports de genre inégaux : au Centre Nord, 27 % des femmes ne sont pas consultées lorsque leurs revenus sont dépensés par leur mari, parents ou autres membres de la famille.
- Des liens entre inégalités de genre et pauvreté ont été mis en avant par l'étude SIGI conduite en 2018 : les régions aux plus forts niveaux de discrimination dans selon le SIGI ont aussi les niveaux de richesse les plus faibles. La région du Centre-Nord figure sur le bas de l'échelle à la fois sur l'indicateur SIGI, et sur l'indice de bien-être économique, et le niveau de pauvreté multidimensionnelle fait partie des plus élevés (plus de 90%).
- **Participation aux prises de décision dans la sphère privée** : Les femmes sont cantonnées à un statut d'éternelles mineures. En effet, dans la sphère privée, elles passent du statut de fille, à celui d'épouse et de mère¹⁵. Dans l'ensemble des groupes ethniques au Burkina Faso, les deux catégories de hiérarchie que sont l'âge et le genre sont présentes. De manière générale, le genre est plus important que l'âge. Ainsi, les hommes ont autorités sur les femmes, mêmes plus âgées. La seule exception concerne la mère, qui a une position particulière. Ainsi, on peut considérer qu'une femme qui a un fils adulte peut influencer les décisions des hommes non seulement dans la maison mais aussi dans la société locale.
- **Participation à la vie publique** : A l'échelle nationale, les femmes représentent moins de 10 % des députés depuis les législatives de 2015, aucune dans les régions ciblées par le projet. L'indicateur SIGI relatif aux libertés civiles fait état de résultats très faibles dans la région du Centre Nord (0.713), qui figure parmi les trois régions avec les moins bons indices. Cet indicateur couvre la liberté d'association politique, la liberté d'expression ou d'accéder à la justice (formelle et informelle).
- **Division et distribution du temps** :

Filles et garçons

Les focus-group réalisés auprès de 12 filles et 12 garçons ont mis en avant une distribution inégale des tâches selon le genre, se reflétant dans l'utilisation du temps, aussi bien avant que depuis la crise :

- Ainsi, les filles se réveillent à 4h du matin pour s'occuper du nettoyage de la cour, de la préparation du petit déjeuner et la corvée d'eau, et celles qui vont à l'école se préparent pour aller à l'école. A 7h, c'est le début des cours jusqu'à 12h. Elles retournent à la maison pour le déjeuner. Les cours reprennent de 15h à 17h et elles reprennent la route de la maison pour aider

¹⁴ MENA, 2016a, MENA, 2016b

¹⁵ Henry, Toe et Ouedraogo, 2016

à la préparation du repas du soir. Le dîner se passe entre 19h et 20h, suivi des révisions jusqu'à minuit pour le sommeil. Pour celles qui ne vont pas à l'école, après le ménage et le petit déjeuner entre 5h et 8h, elles vont au marché pour vendre du petit commerce et reviennent à 15h pour la corvée d'eau jusqu'à 18h. Après cela, elles reviennent à la maison pour la préparation du dîner. Elles finissent généralement à 19h pour les causeries, et la nuit commence vers 21h. Depuis la crise, les filles ne peuvent plus sortir de bonne heure à cause de l'insécurité, et celles qui allaient à l'école n'y partent plus, car la plupart des écoles sont fermées. Les élèves désormais libres passent plus de temps à regarder la télé ou bien se promènent avec les autres camarades dans le quartier pour revenir vers 10h pour la préparation du déjeuner. En revanche, les filles qui n'étaient pas scolarisées poursuivent leurs activités ordinaires, mais réduites au maximum. De même, plusieurs filles déplacées internes viennent dans les ménages pour contribuer aux travaux domestiques et au petit commerce.

- Les garçons de leur côté se réveillent 6h, font leur toilette et partent pour l'école. Ils rentrent de l'école à 12h pour le déjeuner, et reprennent l'école de 15h à 17h. Après les cours, ils jouent au sport (football) entre 17h30 et 20h. A partir de 20h30, ils révisent les cours et se reposent de 22h à 6h. Avec la crise, un grand changement s'est opéré. Les garçons évoquent notamment la fermeture des écoles et le risque de chômage. S'est ajoutée la crise du COVID19 avec un couvre-feu de 19h à 5h et des mesures de confinement. Tout le reste de la journée est réservé à des séances de causeries autour du thé.

Femmes et hommes

Les focus-groupes réalisés auprès des hommes et des femmes de la communauté mettent également en avant cette répartition inégale selon le genre, avant et depuis la crise :

- Ainsi, les femmes se réveillent à 4h du matin pour s'occuper du nettoyage de la cour, de la préparation du petit déjeuner, la corvée d'eau, et pour préparer les enfants pour l'école. D'autres partent en brousse pour chercher des fagots de bois. A 6h, la plupart partent au marché pour des achats ou vendre des produits. Après, elles reviennent à la maison pour la préparation du déjeuner. Elles finissent généralement à 14h. Ensuite d'autres femmes retournent au marché pour leur commerce. Certaines partent au moulin pour la préparation du soir qui commence à 17h et se termine à 20h. Après le repas, elles prennent leur douche, lavent les ustensiles. C'est à partir de 23h qu'elles vont au lit. Leur sommeil est constamment perturbé par la sollicitation des hommes au lit (rapport sexuel). Depuis la crise, les hommes ne sont plus actifs, ce qui laisse toute la charge de la famille à la femme. Celles-ci se voient surchargées, et leurs activités sont perturbées. Elles ne peuvent plus faire le marché comme d'habitude, et aller en brousse pour chercher des fagots de bois est devenu impossible.
- Les hommes, de leur côté, se réveillent à 4h30, ils font leur ablution et leur prière à 5h. A 6h, ils prennent le petit déjeuner. A partir de 8h, ils partent au champ si c'est en saison pluvieuse et ceux qui ont des activités libérales vaquent à leur occupation jusqu'à 12h. Après cela ils reviennent à la maison pour le déjeuner. A partir de 13h, ils passent leur temps dans des causeries et loisirs jusqu'à 19h pour le dîner. A partir de 22h c'est le repos. Depuis la crise, la peur limite les déplacements, donc les travaux champêtres. Beaucoup d'hommes n'ont plus d'occupations, car ont peur d'être la cible des terroristes.

Ces inégalités contribuent à la persistance d'inégalités dans le domaine du respect du droit à la santé et de l'accès à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive et les services de prise en charge pour les survivant.e.s de violences liées au genre.

- **Impact de la crise sur les rapports de genre :**

- Au Centre Nord, dans les zones affectées par les mouvements de population, dans les camps de déplacé.e.s comme dans les familles d'accueil, la prise de décision reste très masculine. Cependant, les femmes ont plus accès aux espaces publics que par le passé, et sont moins exposées aux groupes armés, desquels les garçons plus âgés et les hommes doivent se cacher.

Cela offre de nouvelles opportunités en termes d'accès à l'information et de participation et empowerment des femmes et des filles.

- En revanche, leur charge de travail domestique a augmenté, en lien avec une augmentation de la taille moyenne des ménages à la suite de la crise¹⁶.
- Aussi, plusieurs menaces apparaissent pour les droits des femmes et des filles : la faiblesse des capacités nationales pour prendre en compte le genre dans une situation de grave crise humanitaire, les attaques terroristes et accroissement de l'insécurité sur le territoire national, le déplacement massif des populations et crise humanitaire accrue et de longue durée, l'extension de l'extrémisme religieux remettant en cause les droits des femmes, les incidences des changements et aléas climatiques sur les moyens d'existence (alimentation, eau, énergie) ou encore l'instabilité politique et violences collectives¹⁷.
- Par ailleurs, les femmes et les enfants représentent 85% des 800 000 personnes ayant dû se déplacer en raison de l'insécurité grandissante¹⁸.

2. Santé et santé sexuelle et reproductive (SSR)

A. CADRE LEGISLATIF

En matière de droit à la santé, le cadre législatif Burkinabè contient plusieurs dispositions favorables à un accès à la santé pour tou.te.s, notamment en matière de droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) :

- Dès 1986, le Burkina Faso adoptait sa première Politique de planification familiale (AN IV-008/CNR/EF-SN) rendant la planification familiale légale. La loi n°049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de la reproduction "autorise toutes les méthodes contraceptives » (article 20).
- Des mesures permettant un meilleur accès aux services de SSR ont aussi été portées à travers l'adoption du décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI du 29 avril 2016, qui établit la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, et du plus récent décret n°2019-040 qui institue la gratuité des soins et des services de planification familiale dans toutes les formations sanitaires publiques sur toute l'étendue du territoire national (mais n'est toujours pas appliqué).
- En 2008, le gouvernement a adopté la Loi no 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.
- Le Plan stratégique de santé des jeunes (PSSAJ) de 2004 vise notamment la réduction de 30% et 25% respectivement du nombre de grossesses précoces et non désirées et le taux des avortements clandestins chez les jeunes.
- La Stratégie nationale genre 2020-2024 ciblera des objectifs spécifiques en termes de SSR, visant le renforcement des connaissances des femmes et des filles sur la SSR de la jeune fille (EA 2.2.1), l'accès à la contraception (EA 2.2.2) et la réduction des grossesses précoces et non désirées des filles scolarisées (EA 2.2.4).
- Le gouvernement du Burkina Faso a adhéré à plusieurs partenariats et initiatives lancés au niveau mondial et régional en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile et de la transition démographique: le Partenariat pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) établi en 2005 pour accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 et renouvelé en 2016 pour l'atteinte des ODD ; le Partenariat de Ouagadougou, lancé en 2011 lors de la Conférence Régionale sur la Population, le Développement et la Planification Familiale pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de PF ; le Fonds Français Muskoka (FFM) ; le Fonds Fiduciaire pour la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (RMNCH) ; le Partenariat H4+, le Programme SWEDD ou encore le Programme «AGIRPF».
- Certaines dispositions légales portent toutefois encore atteinte aux droits des femmes en matière de SSR, notamment l'article 513-13 et 14 de la loi no 025-AN du 31 mai 2018 portant nouveau

¹⁶ Evaluation rapide de genre dans le Centre Nord, Plan International, Août 2019

¹⁷ Stratégie nationale genre 2020-2024, Rapport provisoire

¹⁸ Plan de réponse humanitaire Burkina Faso, Juillet 2019

code pénal, qui prohibe l'avortement sauf cas exceptionnels, en dépit de la ratification du Protocole de Maputo par le Burkina Faso.

- Par ailleurs, la méconnaissance des lois et réglementations en matière de DSSR est identifiée par de nombreux acteurs impliqués dans la promotion des DSSR comme l'un des obstacles majeurs à leur réalisation, notamment pour les femmes et les filles. Plusieurs initiatives de vulgarisation des textes et de sensibilisation, notamment à l'endroit des leaders traditionnels et religieux, sont ainsi mises en place pour renforcer la connaissance et l'appropriation des dispositions favorables à la protection des DSSR.

B. NORMES, CROYANCES ET REPRESENTATIONS

Autour de la sexualité

- Certaines normes pèsent sur les jeunes et contribuent à limiter le recours à la contraception. Il en est ainsi de l'interdit social d'une sexualité hors mariage pour les jeunes femmes – notamment la sexualité préconjugale. Cette norme se traduit y compris au niveau institutionnel, comme le traduit l'intégration, dans le projet de Stratégie nationale genre 2020-2024, d'un objectif dédié à l'éradication de la sexualité précoce des enfants et adolescents (EA 2.2.3). C'est aussi le cas de la norme procréative qui "enjoint les couples à avoir un enfant juste après le mariage" pour prouver la fertilité de la femme.

Education à la sexualité :

- A cause des normes sociales sur la sexualité, la majorité des parents ne donne pas l'éducation sexuelle nécessaire aux adolescent.e.s. Moins de deux filles sur cinq et un garçon sur dix ont déclaré qu'un parent leur avait déjà parlé de questions relatives à la SSR.

Maternité et rôle reproductif des filles et des femmes :

- Concernant la maternité, le quart des Burkinabè pense qu'une fille peut enfanter avant d'atteindre l'âge adulte, alors que personne n'estime cet âge viable pour un garçon.
- L'utilisation des méthodes contraceptives parmi les femmes ne voulant pas d'enfant dans l'immédiat rencontre plusieurs barrières, parmi lesquelles la désapprobation du mari (14 %) et les problèmes d'accès, d'information ou de coût (12 %). La croyance selon laquelle le choix du nombre d'enfants revient à « Dieu », justifiant le non-recours à une méthode contraceptive, est aussi répandue. Aussi, la maternité donne à la femme accès à la reconnaissance sociale et au pouvoir. Pour les filles, se marier et avoir des enfants sont la seule façon acceptable de devenir une femme .
- Il reste difficile pour les femmes de prendre part aux décisions relatives à l'utilisation de contraceptifs, l'espacement des naissances et le nombre d'enfants, qui demeurent autant de prérogatives du mari .
- Les focus groupes ont aussi mis en avant que les hommes et garçons ne parlent jamais des questions de PF et qu'ils soupçonnent les femmes et filles qui parlent de ces questions d'avoir plusieurs partenaires à la fois et d'être des femmes de « tout le monde ». Les hommes attachent également beaucoup d'importance aux enfants qu'ils qualifient comme « un don de Dieu ». Ainsi, ils perçoivent mal les femmes qui utilisent des méthodes pour ne pas en avoir. De même, ils perçoivent que certaines tensions dans le foyer viennent très souvent du fait que les femmes vont, sans la permission et en cachette de leur mari, chercher des méthodes de PF.
- En cas de grossesse non désirée, le rejet familial n'est pas rare, ainsi qu'un accompagnement mettant l'accent sur la dissuasion du recours à l'avortement et la gestion des litiges familiaux. L'orientation au sein des centres de santé met souvent l'accent sur la consultation prénatale. Par ailleurs, seul 1/3 des femmes burkinabé sont au courant du fait que l'avortement est légal sous certaines conditions.

- Toujours en cas de grossesse non désirée, trois attitudes ont été identifiées chez les hommes : le déni de la grossesse pour des raisons d'infidélité présumée de la fille/femme ou parce qu'ils estiment avoir utilisé un préservatif, les amenant à refuser de jouer un quelconque rôle financier ou matériel dans la gestion de la grossesse ; la reconnaissance de la grossesse, mais un refus d'être impliqués dans les dépenses afférentes ; ou la reconnaissance de la grossesse, mais un refus de conduire la grossesse à terme. Dans ces cas, l'homme contraint la jeune fille à avorter, tout en fournissant les moyens nécessaires.
- Certaines croyances liées à des effets secondaires nocifs des contraceptifs, ou à leur absence d'efficacité, conduisent aussi à leur non-utilisation ou à l'interruption de l'utilisation.

Menstruations et hygiène menstruelle :

- En termes d'hygiène menstruelle, les croyances jouent aussi un rôle important. Ainsi, le tabou régnant autour de la question des menstruations contribue à une information tardive des filles, autour de l'âge de 15 ans après l'arrivée des premières règles, sur l'hygiène menstruelle, la gestion des déchets, la fréquence des règles et les risques de grossesse. Ces informations sont souvent procurées par la mère ou la grand-mère.
- Aussi, certaines croyances liant les premières règles à un âge précoce à des relations sexuelles précoces, peuvent conduire certaines filles à dissimuler la survenance de leurs règles, et en conséquence à ne pas utiliser de protections hygiéniques adaptées.
- La mobilité des filles et des femmes pendant les règles est aussi limitée, notamment en l'absence d'accès à des protections hygiéniques, par peur de stigmatisation et de honte en cas de salissure.
- D'autres croyances ont été révélées au Centre-Nord, « les enfants, les garçons et les hommes ne doivent ni voir, ni toucher, ni enjamber les déchets des menstrues », « certaines personnes ne mangent pas la nourriture préparée par une femme qui est en menstrues », « Une fille ou une femme en menstrues est vulnérable aux esprits maléfiques, donc elle ne doit pas sortir de chez elle », « on nous interdit d'être proches de nos maris parce qu'ils deviendrait spirituellement faible », « Une fille ou une femme en menstrues doit vivre à l'écart parce qu'elle peut souiller des objets sacrés », « On peut tomber malade si on voit le sang des règles d'une fille ou d'une femme », « il n'y a pas de limite imposée, mais la femme elle-même sait ce qu'elle NE DOIT PAS faire quand elle a ses menstrues », « Lorsqu'un homme a des rapports sexuels avec une femme en menstrues, il devient impuissant » .
- Les focus groupes ont mis en avant le fait que les menstruations continuent d'être une affaire exclusivement des femmes et des filles. Pendant leurs règles, elles se lavent 3 fois par jour. Cependant avec le problème d'accès à l'eau au niveau des PDI, certaines se lavent une fois par jour. Les protections qu'elles utilisent sont des couches modernes. Mais en raison du manque de moyens, certaines utilisent des morceaux de pagne. Certaines des filles et femmes interrogées disent avoir des règles douloureuses.

Implication des hommes dans la SSR et la santé des enfants :

- Les normes sociales limitent aussi l'implication des hommes dans la SSR et la santé des enfants. Bien qu'ils soient les principaux décideurs sur ces questions, la santé a tendance à être considérée comme "une affaire des femmes". En 2017, les hommes représentaient seulement 17% des participants aux séances d'information tenues dans les établissements sanitaires sur le planning familial ; ils étaient 10% à participer aux séances sur la santé des enfants et seulement 9% lors de celles portant sur la CPN19. On observe aussi un manque de communication important entre les parents et les adolescent.e.s, surtout les pères.
- En ce qui concerne la grossesse et les soins de l'enfant : La femme est perçue comme celle qui doit s'occuper de la maison en solo et donc des soins des enfants. Ce sont presque exclusivement les femmes qui s'occupent d'elles-mêmes pendant la grossesse et après pour élever le nouveau-né et l'enfant. Les garçons et les hommes ne sont pas impliqués sur ces questions.

- Néanmoins, ce sont les hommes qui prennent les décisions en lien avec la santé de toute la famille, cela inclut également la santé des enfants.
- Souvent, les soins des enfants garçons sont priorités par rapport à ceux des filles, car ils sont les héritiers des biens de la famille.
- Les hommes commencent à comprendre certaines choses petit à petit. Certains hommes encouragent les femmes à militer dans les mouvements et associations féminines.

Santé mentale et soutien psychosocial :

- Les focus groupes ont mis en avant qu'aussi bien les hommes, les femmes, les garçons et les filles estiment que la crise a eu un impact direct sur la santé mentales des personnes. Ils ont notamment signalé des troubles liés au sommeil, des psychoses et des problèmes au sein du couple, et ont évoqué des besoins importants d'avoir du personnel soignant spécialisé pour faire face à ces questions et aider aux personnes atteintes.
- Il existe déjà des tradipraticiens qui accompagnent les personnes dans ces situations.

C. ACCES AUX SOINS

Genre et barrières à l'accès aux soins:

- Le niveau de vie de ménages a un impact direct sur la possibilité ou pas des personnes de pouvoir accéder aux services de santé : Les ménages les plus pauvres continuent d'être éloignées des centres de santé : 35% des ménages les plus pauvres sont à moins de 30 minutes d'un service de santé contre plus de 67% des plus riches. Dans les zones rurales du pays, les personnes ont besoin, en moyenne, de 3 fois plus de temps pour accéder à un centre de santé que dans les zones urbaines.
- Or la répartition des ressources n'est pas la même pour les hommes et les femmes dans le pays. Ainsi, en 2016, les hommes en emploi gagnaient un revenu moyen annuel près de 3 fois plus élevé que celui des femmes. De plus , le sous-emploi touche principalement les femmes (60 % des chômeur.se.s) et confirme leur dépendance vis-à-vis de leur conjoint/partenaire, qui sont principalement impliquées dans des emplois d' économie informelle (petit commerce alimentaire, services de « bonnes », etc.). On observe également, parmi les tranches de revenu les plus basses, plus de ménages dirigés par des femmes. La manière dont il est décidé que ces ressources vont être utilisées n'est pas non plus égalitaires. Ainsi, au Centre Nord et au Sahel, 27 % des femmes ne sont pas consultées lorsque leurs revenus sont dépensés par leur mari, parents ou autres membres de la famille. Cela va avoir un impact sur les possibilités des femmes d'accéder dans un pied d'égalité aux services de santé.
- Les focus-groupes ont mis en avant que tandis que pour les hommes et les garçons, la principale barrière continue d'être le coût des services, pour les femmes et les filles, bien que ces aspects financiers jouent également, une autre barrière est très fortement liée au fait que les hommes de leur famille leur empêchent d' y assister, surtout lorsqu' il s'agit de services liés à la PF. Les femmes et les filles de la communauté ont également rapporté l'existence de pressions et de préjugés de la part de leurs pairs et de la communauté plus largement lorsqu'elles souhaitent se renseigner sur les questions de PF, car une femme qui souhaite avoir accès à ce type d'information ou service peut être vue et/ ou traitée comme « une femme frivole »
- En ce qui concerne le sexe du personnel soignant, les hommes et les garçons n'ont pas de préférence. Les femmes de leur côté disent préférer recourir à des prestataires hommes qui seraient plus attentifs et moins agressifs que les femmes soignantes.

Processus de décision sur l'accès aux soins :

- Par rapport au temps que femmes et hommes dédient au travail reproductif, les femmes continuent d'être majoritairement celles qui s'en occupent avec, en moyenne, 6,5 heures consacrées par jour,

contre moins d'1 heure pour les hommes. Cela a des impacts directs sur leur santé, étant donné qu'elles ont moins de temps pour se reposer et pour s'occuper d'elles-mêmes, aussi lorsqu'elles sont malades et/ou doivent se faire soigner.

- Une majorité de femmes se trouve exclue du processus de décision relatif à leur propre santé (54 %). Les décisions sont prises soit par le mari, soit par d'autres personnes, sans prendre en compte la voix de la femme concernée. Un tiers de la population déclare que les femmes n'ont pas à prendre part aux décisions relatives à l'utilisation de contraceptif, à l'espacement des naissances et au nombre d'enfants, autant de décisions qui incombent au mari.
- Le statut de mineure associé aux femmes les oblige à demander l'autorisation de leur mari. 91% de la population estime que les femmes doivent demander l'autorisation de leur mari avant de sortir de la maison.
- Les focus-groupes ont mis en avant que les hommes continuent d'être les principaux décisionnaires sur les questions de santé dans la famille et le couple, les femmes n'ayant pas le droit à la parole et tout étant décidé par les hommes. Pour les filles et les garçons, ce sont les parents qui doivent être consultés avant n'importe quelle consultation. Les filles disent se tourner davantage vers les mères sur les questions de santé.

Accès aux services de santé sexuelle et reproductive :

- **Soins pré et postnataux :**
 - L'accessibilité aux soins postnataux continue d'être faible en milieu rural. En 2010, 75% des naissances, en milieu rural n'avaient reçu aucun soin postnatal, contre 68% en milieu urbain. De 2014 à 2018, le taux d'accouchement assisté s'est globalement amélioré avec une couverture moyenne de 83,5%. Cependant, il y a encore 6 districts sanitaires du pays qui ont un rayon moyen d'action supérieur à 10 km, et on y observe des accouchements à domicile à cause en raison de l'inaccessibilité de certaines formations sanitaires en saison sèche et pluvieuse continuent à être une réalité. La région du Centre Nord fait partie des régions présentant un taux inférieur à la moyenne nationale, avec 80,09% d'accouchements assistés par du personnel de santé.
 - Lors de la réalisation des focus-groupes, les femmes ont signalé qu'elles supportent le plus gros poids de la maternité. Elles sont généralement abandonnées à partir du quatrième mois de la grossesse. Concernant leur perception de la grossesse, elles disent que pendant la grossesse, elles sont « entre la vie et la mort ». Et quand elles accouchent, c'est elles aussi qui doivent allaiter les enfants et prendre soin d'eux jusqu'à leur maturité. Elles s'occupent de leur alimentation pendant que « les hommes tournent dans les cabarets ».
- **Planification familiale :**
 - Au niveau national, seulement 1 tiers des femmes ne souhaitant pas avoir des enfants ont accès à une méthode contraceptive.
 - Plusieurs études ont mis en avant comme principales barrières à la contraception la distance géographique, l'illettrisme et la stigmatisation des jeunes dans les services de santé, ou encore la religion, les croyances sur les effets négatifs des méthodes contraceptives, ou le manque de confidentialité des services, en dépit de la gratuité des méthodes contraceptives. Les attitudes des hommes jouent également un rôle important. Le refus du mari fait partie des facteurs cités dans la non-utilisation de contraceptifs.
 - En termes de prévalence contraceptive, En termes de prévalence contraceptive, dans le district sanitaire de Kongoussi, 28.06% des femmes en âge de procréer utilisent des méthodes contraceptives modernes^{20,21}
- **Grossesses précoces et grossesses non désirées :**
 - L'avortement constitue la 3^{ème} cause de mortalité maternelle au Burkina Faso. En 2014, 2 377 avortements clandestins et 50 décès dus à ces avortements ont été identifiés par le Ministère

²⁰ Plan de développement sanitaire, District sanitaire de Kongoussi, Janvier 2020

de la Santé. La même année, seules 48 femmes ont eu accès à un avortement légal et pratiqué dans des conditions de sécurité. Dans le district sanitaire de Djibo (région du Sahel), 3 grossesses non désirées sur 10 se terminent par un avortement réalisé dans de mauvaises conditions sanitaires.

- Il est estimé que 23% des grossesses sont non désirées au Burkina Faso.
- Au Centre Nord, 13% des mères l'ont été avant 18 ans.
- **Mortalité maternelle :**
 - Selon les rapports annuels de surveillance des décès maternels néonataux et de riposte (SDMNR), entre 2014 et 2018, respectivement 527, 552, 633, 843 et 807 décès maternels ont été enregistrés au Burkina Faso. 95% des décès maternels se passent dans les centres de santé et 5% dans les communautés.
 - Les principales causes directes de ces décès maternels au niveau des formations sanitaires sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), les complications des avortements (10%). Les causes indirectes représentent environ 20%, et sont : le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et la malnutrition.
- **Exposition au VIH/Sida :**
 - Entre 2010 et 2017, le taux de prévalence du VIH-SIDA au Burkina a baissé de 1% à 0,8% au niveau global. Toutefois, les femmes continuent d'être majoritairement exposées au VIH : alors que le taux est passé de 0,8% à 0,6% chez les hommes, il a baissé de 1,2% à 1% parmi chez les femmes. Chez les jeunes femmes (15-24 ans), le taux de prévalence a même augmenté entre 2010 et 2017, passant de 0,3% à 0,5%, alors que chez les jeunes hommes, il s'est réduit de 0,8% à 0,3%.
 - Le groupe le plus vulnérable au VIH-SIDA est celui des travailleuses du sexe, avec un taux de prévalence de 5,9%.
 - Les femmes continuent d'être majoritairement exposées au VIH. Les normes de genre en lien avec la sexualité incrémentent renforcent les difficultés des femmes de pouvoir négocier des rapports sexuels protégés.

Autres barrières à l'accès aux soins pour les filles :

- De manière générale, la fréquentation des centres de santé est reconnue par la quasi-totalité des filles comme étant une pratique importante. Cependant, dans la pratique très peu les fréquentent. Ceci peut s'expliquer par la perception des centres de santé, et notamment les services de SSR, comme destinés aux filles plus âgées : « Ce sont les grandes filles qui ont au moins 20 ans qui doivent fréquenter les centres de santé pour voir si elles n'ont pas le Sida et prendre des conseils sur les grossesses non désirées »²². Ainsi, il n'est pas socialement accepté pour les adolescents, et notamment les filles, d'aller demander des informations et services en SSR au centre de santé.
- Le manque de moyens explique également la non-fréquentation des centres de santé par les filles²³.
- D'autres raisons à l'origine de cette fréquentation limitée des services de SSR sont liées au coût des contraceptifs malgré la politique de tarification (subventions pas toujours effectives), à l'accessibilité physique (distances géographiques trop importantes) ou au manque de sensibilisation sur les DSSR et la PF.²⁴ La distance joue un rôle plus important pour les femmes et les filles que pour les hommes et garçons, en raison de leurs occupations au sein des ménages, leur liberté limitée de mouvement et plus globalement, à leur faible pouvoir décisionnel sur leur vie, et leurs difficultés d'accès aux ressources et aux moyens de transport nécessaires pour parcourir une longue distance²⁵.

Soins et santé du nouveau-né et de l'enfant :

- En 2010, la couverture vaccinale ne reflète pas d'inégalités en termes de genre, mais selon le niveau de vie des ménages et la région de résidence : parmi la population la plus riche, jusqu'à 84% des enfants ont reçu la totalité des vaccins, tandis que chez les ménages les plus pauvres cela concerne moins de 3 enfants sur 4.
- La région du Sahel occupe le bas de l'échelle, avec 65,6% des enfants accédant à une vaccination complète. Au Centre-Nord, le taux fait partie des meilleurs (93%).
- Il est important d'avoir en tête que dans de nombreux ménages, les décisions relatives à la santé des enfants sont prises par le père seul. Cela concerne plus de 70% des ménages dans le Sahel. En revanche, les personnes qui s'occupent des enfants sont majoritairement des femmes (98% dans le Centre-Nord). Certains biais en faveur des garçons sont aussi observés dans l'allocation des ressources et l'investissement dans la santé, conduisant à un sous-investissement dans la santé et la nutrition des filles.

Impact de la crise sur l'accès aux soins :

- Dans le cadre de la crise, il y a eu aussi des impacts sur l'accès à la santé. Ainsi, le Centre Nord, en dehors du site de Barsalogo où des services de santé mobiles sont à la disposition des déplacé.e.s, plus de 85% des personnes vivant dans les familles hôtes disent éprouver des difficultés pour accéder financièrement et géographique aux centres de santé. Par ailleurs, selon les femmes rencontrées dans la zone de Kaya lors de l'évaluation GHM, leurs besoins en santé sexuelle et reproductive restent largement non couverts.

D. PRIORITES STRATEGIQUES DES ORGANISATIONS IMPLIQUEES DANS LA PROMOTION DES DSSR

Interrogées sur les objectifs de changement qu'elles considèrent comme prioritaires en matière de DSSR, les organisations de promotion des droits des femmes interrogées ont évoqué:

- L'accompagnement du changement de comportements et de mentalités en matière de DSSR à travers l'information des femmes et des hommes sur les DSSR et la vulgarisation des textes
- Le renforcement du pouvoir d'agir des femmes à travers un meilleur accès des femmes aux informations sur leur santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits
- L'autonomisation socioéconomique et psychologique des femmes
- L'évolution du cadre légal en matière de DSSR, notamment la modification de l'article 387 du code pénal qui encadre l'accès à l'avortement
- La promotion d'un dialogue communautaire avec les ménages sur les questions de DSSR
- Le plaidoyer auprès des autorités coutumières et administratives pour la prise en compte du genre
- La mise en place d'un cadre de concertation impliquant les femmes autour des enjeux de DSSR
- Le renforcement de capacités des acteurs impliqués dans la promotion des DSSR sur l'approche genre
- La prise en compte des besoins spécifiques des jeunes en matière de SSR dans les situations de crise sécuritaire
- L'accompagnement des mouvements de promotion des droits des femmes en vue de leur renforcement.

3. Violences liées au genre

A. CADRE LEGISLATIF

Le Burkina Faso a ratifié l'ensemble des conventions internationales en faveur de l'égalité des genres: CEDEF en 1987 et son protocole facultatif en 2005, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) en 2006.

Le cadre législatif burkinabè incrimine et sanctionne plusieurs formes de violences liées au genre :

- La Loi n°061-2015/2015/CNT du 6 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes a été adoptée afin de combler certains déficits du Code pénal en protégeant les femmes et les filles des sévices, de la torture (article 9) ou de l'esclavage sexuels (article 10), du harcèlement sexuel (article 11), des violences morales et psychologiques (articles 12 et 13) ainsi que du viol conjugal (article 14). Cependant, elle n'adresse pas explicitement la violence domestique, et le viol conjugal n'est incriminé que lorsqu'il est commis de manière répétitive, et puni sous la forme d'une amende seulement. Cette loi prévoit aussi la mise en place de centres de prise en charge intégrée, et requiert que toutes les unités de la police et de la gendarmerie désignent des agents pour aider les femmes victimes de violence, ou menacées de violence, et réagir aux situations d'urgence. Néanmoins, toutes les unités n'ont pas encore respecté ces directives.
- En 2016, une Stratégie nationale de prévention et d'élimination du mariage d'enfants a été adoptée pour la période 2016-2025.
- Plus récemment, la Loi N°025-2018/AN portant code pénal a permis l'intégration d'un chapitre dédié aux atteintes à l'égard des femmes et des filles (chapitre 3), qui couvre tout le spectre des types de VLG. Il inclut notamment les atteintes aux DSSR et la limitation de la jouissance de ces droits, notamment l'interdiction d'utiliser des méthodes contraceptives. Une section est dédiée aux violences familiales (article 531-8 et suivants). Le nouveau code prévoit des sanctions pour certains types de violences qui n'étaient pas auparavant réprimées ou suffisamment pris en compte, tels que le fait, pour un acteur de l'éducation, d'entretenir des relations sexuelles avec un élève (art. 533, al. 14), les mutilations génitales (art. 513-7, 513-8, 513-9), le mariage d'enfant (art.531-1 et suivants).
- En 2019, le Plan de réponse humanitaire du pays a consacré un objectif à la protection des survivant.e.s de VLG.
- La même année a vu l'adoption du Plan d'action de prise en charge intégrée des victimes de violences basées sur le genre 2019-2021, accompagné de protocoles de prise en charge intégrée des survivant.e.s de VLG au profit des acteurs sociaux, judiciaires, de la santé; et de protocoles de collectes de données. Toutefois, ces outils ont été adoptés mais ne sont pas encore fonctionnels.

B. NORMES, CROYANCES ET REPRESENTATIONS

La prévalence des VLG s'explique en partie par un fort niveau d'acceptation sociale.

- Ainsi, par exemple, 44 % des Burkinabè pensent qu'il est acceptable qu'une fille puisse être mariée avant 18 ans.
- 1/3 de la population déclare qu'un homme peut battre sa femme pour une raison ou une autre. Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier la violence conjugale : si la femme néglige les enfants, brûle la nourriture, refuse des rapports sexuelles, « argumente avec son époux » ou « sort sans prévenir » notamment. Les femmes comme les hommes reconnaissent ces raisons. Ainsi, 44% des femmes estiment qu'il est justifié de se faire violenter si elles brûlent la nourriture de leur époux, se disputent avec ce dernier ou quittent temporairement le domicile sans l'informer.
- Bien que 82 % de la population pense que la pratique des MGF, néfaste pour la santé de la femme et son plaisir, devrait être abandonnée, 18% des Burkinabè (1/5) estime qu'elle devrait être maintenue, pour deux raisons principalement : la croyance selon laquelle la religion l'exige et la façon dont le mariage est envisagé, puisque la moitié des hommes pense préférable d'épouser une femme excisée.

- Une personne sur cinq pense qu'un homme peut forcer sa femme à avoir des rapports sexuels contre son gré. Aussi, certaines croyances contribuent au viol conjugal, comme celle selon laquelle un rapport sexuel forcé est plus susceptible de donner naissance à un garçon .
- 45 % des femmes et 43% des hommes pensent qu'une fille peut être mariée avant ses 18 ans.
- 1/3 de la population pense que la femme ne devrait pas être impliquée dans les décisions liées à son mariage, qui reviennent à son père (23 % des opinions) ou à ses deux parents (8 %). Ce taux s'élève à 52% de la population dans la région du Sahel.
- Moins de trois Burkinabè sur dix sont conscients qu'une loi définit l'âge minimum légal du mariage.
- Près d'un Burkinabè sur deux pense qu'une union peut prendre la forme du lito, du lévirat, du sororat ou de l'enlèvement.
- Bien que la connaissance d'une loi punissant le viol par une peine d'emprisonnement soit relativement répandue (75 % des hommes et 59 % des femmes), 40 % de la population ne considère pas les rapports sexuels forcés au sein du couple comme un viol.
- Lors de la réalisation des focus-groupes, hommes, femmes, filles et garçons reconnaissent une grande partie des différentes formes de violences liées au genre, en incluant le viol conjugal. Néanmoins il est souligné que le viol conjugal n'est pas forcément identifié comme tel car il est très ancré dans les mentalités qu'il s'agit d'un devoir conjugal de la femme. Cela contribue à la non-dénonciation des viols conjugaux, et à une normalisation des rapports sexuels non consentis au sein des couples.

C. PREVALENCE DES VLG

En dépit d'un cadre législatif relativement protecteur, les discriminations à l'encontre des femmes et des filles persistent, et la prévalence des VLG – sous toutes leurs formes – se maintient. Un manque de coordination des initiatives en faveur de l'éradication des VLG est observé²⁶. De même, les perceptions, attitudes et croyances autour des VLG jouent encore en faveur de leur persistance.

- Au Burkina, la moyenne de l'indicateur SIGI « atteintes à l'intégrité physique et morale des femmes » de 0.318 indique un droit restreint des femmes à disposer de leur corps et un recours fréquent à la violence. Cet indicateur s'élève à 0.318 au Centre-Nord. Il existe toutefois de fortes disparités au sein des régions. Ainsi, au sein de la région du Sahel, la province Yagha rencontre le score le plus élevé du pays (0.623), mais celle d'Oudalan, à 0.182, présente la deuxième meilleure note du pays.
- Au Centre Nord, 95% des femmes sont victimes d'atteinte à leur intégrité physique et morale. A l'échelle nationale, environ une femme sur cinq a été victime de violences (contre 1/10ème des hommes). Les formes de violences subies par les femmes sont variées : 19 % des victimes ont subi des violences émotionnelles, 10 % des violences physiques et 4 % des violences sexuelles. Il est à noter que seulement 19% des femmes ont échappé et à l'excision et à la violence domestique.
- Ainsi, plus d'une femme sur trois a été victime de violence domestique au cours de sa vie. D'après les données disponibles, connues pour être en deçà de la réalité, la prévalence des violences domestiques s'élève à 20% dans le Centre-Nord. Ces violences domestiques prennent différentes formes : physique (15 % de la population féminine contre 6 % de la population masculine), émotionnelle (35 %) ou sexuelle (7 % à l'échelle nationale, ce taux s'élève à 15% des femmes en union dans le Sahel). La majorité des auteurs de violences physiques et sexuelles contre les femmes sont leurs partenaires (67%).
- Les mariages précoces sont aussi répandus: pas moins de 44 % des femmes mariées l'ont été avant 18 ans, contre 3 % des hommes. Au Sahel, en 2016, 66,7% des filles sont étaient avant 18 ans, et 16,9% de garçons²⁷.
- Au-delà des violences, 80 % des femmes vivant ou ayant vécu en union ont été victimes de pratiques discriminatoires liées à la famille au cours de leur vie : mariage précoce, restriction de

l'autorité parentale, charge du travail domestique. Au Sahel, seulement 2% des femmes n'ont vécu aucune de ces formes de discrimination.

- Une autre forme de violences répandue est l'excision. 63% des femmes de 15 à 45 ans sont excisées. Ce taux s'élève à 68% au Centre Nord.
- Les mariages précoces sont aussi répandus malgré leur interdiction par la loi : 63 % des femmes ont été mariées avant 18 ans dans la région du Centre-Nord.
- D'autres pratiques constituant des violences sont observées. Au Centre-Nord, 1 personne sur 4 pense que l'échange de sœurs dans le cadre du mariage existe dans leur communauté. Certaines femmes continuent aussi d'être exclues socialement pour cause d'accusation de sorcellerie (454 femmes victimes en 2017 reçues dans des centres d'accueil).
- Bien que des données statistiques ne soient pas disponibles en la matière, et en dépit du fait que l'homosexualité ne soit pas pénalisée au Burkina Faso, il faut noter que les discriminations rencontrées par les personnes homosexuelles en termes d'accès aux soins sont fréquentes, mais aussi des violences, arrestations parfois violentes, et un défaut d'accès aux services de protection²⁸. En 2013, 62% des jeunes femmes interrogées dans le cadre d'un sondage d'opinion sur l'homosexualité estimaient que "l'homosexualité est une mauvaise chose", 7% "question de liberté personnelle", 7% "une abomination, immorale", 4% "une invention de l'Occident", 4% "une déviation sexuelle". Parmi les jeunes hommes, l'homosexualité est considérée comme « une aberration, contre-nature ou un mal à éradiquer » (64%), « une maladie mentale » (11%), « une pratique qui n'a pas sa raison d'être » (15%), « la conséquence directe de la mondialisation » (1%)²⁹.
- Dans les régions ciblées, les déplacements de population observés (42,05% des déplacé.e.s dans le Centre Nord sont des femmes et 42,81% des enfants) renforcent le patriarcat et les violences domestiques. Le mariage précoce des filles est parfois choisi par les familles pour faire face aux difficultés économiques liées au déplacement.

D. ACCES AUX SERVICES POUR LES SURVIVANT.E. S

Services disponibles :

- En termes d'accès aux services pour les survivant.e.s de violence, la mise en place de systèmes de référencement clairement établis est en train de voir le jour mais n'existait pas auparavant. Des centres de prise en charge intégrée des victimes de VLG ont été instaurés par la Loi n°061-2015/2015/CNT du 6 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes, mais seul un centre est actuellement en place, à Ouagadougou (Maison de la femme de Baskuy), et au total 13 structures d'accueil social existent.
- Aucune donnée statistique n'est disponible sur l'accès à la prise en charge pour les survivant.e.s. On sait toutefois que seules 41 % des femmes et filles victimes de violences domestiques ont cherché de l'aide ou en ont parlé à quelqu'un.

Pratiques de recours aux soins ou à l'aide :

- Les hommes ont tendance à se confier à leurs familles (68 %) ou leurs amis (24 %). Les femmes se tournent plus facilement vers leurs familles (65 %) ou celles de leur mari (42 %). Le recours aux institutions publiques (police, personnels de santé ou services sociaux) ou chefs religieux est quasi inexistant. De même, la faible propension à en parler aux voisins et aux amis en premier recours chez les femmes témoigne d'une certaine honte. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la

violence a été commise par le partenaire, symbolisant l'intériorisation et la justification du phénomène.

- L'acceptation sociale du recours à la violence envers les femmes au sein du couple est intériorisée par les victimes, qui pour 71 % d'entre elles n'en parlent pas car elles considèrent ces actes comme normaux. La honte et la peur d'entacher la réputation de la famille expliquent le secret pour 12 % des victimes féminines.
- Lors de la réalisation des focus groupes, les personnes interrogées disent connaître les services de l'Etat mis en place, et s'y référer si besoin. Néanmoins, les hommes soulignent le fait que lorsqu'une violence sexuelle se produit au sein du couple, celle-ci n'est pas considérée comme une violence car il s'agit d'un devoir de la femme envers son époux. Les femmes ne vont alors pas consulter les structures étatiques à ce sujet.

Recours à la justice :

- En 2018, 111 femmes ont pu bénéficier du Fonds d'assistance judiciaire créé par décret n°2009-558/PRES/PM/MJ/MEF/MATD portant organisation de l'assistance judiciaire au Burkina Faso (révisé en 2016 par le décret n°2016-158/PRES/PM/MJDHPC/MINEFID), mais ce Fonds n'est pas spécifique aux questions de VLG. Les violations ou atteintes avaient essentiellement trait à des cas d'expropriations de biens, de viols, de recherche de paternité.
- Concernant l'accès à la justice, celui-ci est limité notamment par un faible taux de confiance des femmes en la justice. Malgré la disponibilité d'une assistance judiciaire gratuite, les femmes ont tendance à préférer remettre leur sort entre les mains de leur famille (97% des femmes). Ainsi, 61% des femmes n'aurait pas recours à la justice pour régler une situation conflictuelle, alors que 60 % des hommes lui feraient confiance. 40 % des femmes pensent que les cours de justice favorisent systématiquement les hommes. Même le recours aux conseils locaux, religieux ou traditionnels semble être sujet à méfiance chez les femmes (3/4 des hommes n'hésiteraient pas, mais 2/5 femmes n'y auraient pas recours). Dans les régions ciblées par le projet, ces barrières sont encore plus importantes : 89% des femmes au Centre Nord et 73% des femmes au Sahel ne se tourneraient pas vers le conseil local, la cour de justice ou la police pour régler une situation conflictuelle³⁰.
- Par ailleurs, bien que l'article 387 du Code pénal prévoit qu'un avortement peut être effectué en cas de viol, la charge de la preuve du viol pèse sur la femme et le délai de 10 semaines est souvent trop court pour permettre l'obtention d'une autorisation judiciaire.

Impact de la crise :

- La crise sécuritaire au Nord du pays contribue à renforcer les risques de VLG. Ainsi, les filles et femmes ayant un accès aux marchés meilleur que les hommes et les garçons (du fait des violences que représentent les groupes armés pour eux), elles sont plus impliquées dans des activités génératrices de revenus. Dans certains cas, ces activités les exposent à des situations de VLG, dont des violences sexuelles. Cette situation réduit leur confiance en soi et limite leur intégration à leur nouvel environnement.³¹
- L'accès limité aux activités et la baisse de l'autorité des hommes et garçons déplacés renforce aussi leur sentiment de frustration et de désolation, au risque d'exacerber les tensions, et donc les violences.
- Les services techniques en charge de l'action sociale et de la femme, dans les régions touchées par le terrorisme, craignent une régression des droits des femmes et filles. Aussi bien au Sahel que dans les régions de l'Est et du Centre-Nord, les femmes et les filles sont contraintes de se déplacer sur de longues distances sans aucune protection contre les agressions diverses. Des cas

d'esclavage sexuel ont été évoquées lors de libération récente des otages dans la région du Nord³². Lors de la réalisation des focus groupes les hommes, les femmes, les filles et les garçons ont mis en avant qu'ils ont une sensation de perte accrue de sécurité depuis le début de la crise. Cette augmentation de l'insécurité est notamment liée à la présence des groupes terroristes. Cette violence est perçue comme touchant majoritairement les hommes, mêmes chez eux.

E. PRIORITES STRATEGIQUES DES ORGANISATIONS IMPLIQUEES DANS LA PREVENTION ET REPONSE AUX VLG AU BURKINA FASO

Interrogées sur les objectifs de changement qu'elles considèrent comme prioritaires en matière de lutte contre les VLG, les organisations de promotion des droits des femmes interrogées ont évoqué:

- La vulgarisation des textes en matière de prévention et réponse aux VLG
- Le renforcement du pouvoir d'agir des femmes à travers le renforcement de l'accès des femmes aux informations sur leurs droits et des actions en faveur de leur autonomisation socioéconomique et psychologique
- Le renforcement du dialogue communautaire à l'endroit des leaders coutumiers et religieux pour leur implication dans la lutte contre les VLG
- La mise en place d'un cadre de concertation impliquant les femmes en matière de prévention et réponse aux VLG
- Le plaidoyer auprès des autorités coutumières et administratives pour une intégration des enjeux de genre
- L'accompagnement des mouvements de promotion des droits des femmes en vue de leur renforcement
- Le renforcement de l'accès des survivant.e.s de VLG et victimes de violations des droits des femmes à la justice via la mise en place d'une assistance juridique et judiciaire accessible à travers des points d'entrée au niveau communautaire.

Bibliographie

Politiques et documents stratégiques nationaux

- Plan de développement sanitaire, District Sanitaire de Kongoussi, Janvier 2020
- Septième rapport périodique des États parties attendu en 2014, Burkina Faso, CEDAW/C/BFA/7, 9 juin 2016
- Capitalisation des meilleures approches et innovations du Fonds Commun Genre de 2005 à 2017 – Burkina Faso, 2017
- Loi N°025-2018/AN portant Code Pénal, 2018
- Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), 2010
- Guide d'intégration du genre dans les politiques sectorielles, Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso, Septembre 2011
- Plan de réponse humanitaire, Burkina Faso, Juillet 2019
- Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020, Ministère de l'économie, des finances et du développement
- Document de la politique nationale genre du Burkina Faso, Ministère de la Promotion de la Femme, Octobre 2009
- Profil sanitaire complet du Burkina Faso, Module 4 Déterminants clés de la santé, Mars 2017
- Rapport National Beijing+25, Burkina Faso, 2020
- Rapport d'Évaluation de la Politique Nationale Genre du Burkina Faso (2009-2019), Serena FOGAROLI, Nestorine COMPAORE, Julie Rose OUEDRAOGO, Juillet 2019
- Rapport national volontaire de mise en œuvre des objectifs de développement durable (2016-2018), Juin 2019
- Enquête nationale sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSQD/SARA II), Edition 2014
- Réponse humanitaire – Rapport de situation Janvier – Avril 2020, UNFPA, 2020
- Stratégie et plan triennal de communication du Fonds commun genre, Rapport provisoire, Décembre 2014
- Procédures opérationnelles standards pour répondre et prévenir les violences basées sur le genre, Région du Sahel (Soum, Oudalan, Seno), Burkina Faso, Octobre 2013
- Procédures opérationnelles standards pour répondre et prévenir les violences basées sur le genre, Ouagadougou et Bobo Dioulasso, Burkina Faso, Octobre 2013

Rapports et ressources d'Organisations Internationales

- Briefing note for countries on the 2019 Human Development Report, Burkina Faso, UNDP, 2019
- Bulletin d'information sur l'atelier de lancement du paquet de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violences, Ouagadougou, du 6 au 8 novembre 2017, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2017
- Human Development Report 2019, Inequalities in Human Development in the 21st Century
- Cartographie de la pauvreté et des inégalités au Burkina Faso, ZIDA Yemdaogo et KAMBOU Sansan Honkounne, PNUD, Novembre 2014
- Compte rendu de la première réunion du Groupe sectoriel Protection / SGBV, 25 janvier 2019
- Etude pays SIGI Burkina Faso, OCDE, 2018
- The Little Data Book on Gender 19, World Bank, 2019
- Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains, Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 2006
- Dividende Démographique en Afrique de l'Ouest et du Centre : rapport d'étape 2017, Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2017
- Le 8ème programme de coopération entre le gouvernement du Burkina Faso et l'UNFPA - Résultats clés de deux années de mise en œuvre (2018, 2019), UNFPA, 2020

- Le Fonds des Nations Unies pour la Population au Burkina Faso depuis 1973 : principales contributions au développement et perspectives, UNFPA

Rapports et ressources d'Organisations non gouvernementales

- Améliorer la santé et le statut des femmes en Afrique de l'Ouest : Quand l'union fait la force, Equilibres et Populations et Alliance Droits et Santé, Janvier 2015
- Homosexualité, qu'en penses-tu ? Un sondage d'opinion en milieu universitaire de Ouagadougou, Burkina Faso, Queer African Youth Network (QAYN), 2013
- Il ne faut pas réveiller le lion qui dort, Cartographie juridique de la situation des personnes LGBTQ en Afrique de l'Ouest Francophone, Queer African Youth Network (QAYN), Juillet 2015
- Evaluation rapide de la gestion de l'hygiène menstruelle dans les camps et communautés hôtes. Région du Centre Nord Burkina Faso, Plan International, Août 2019
- L'égalité pour les filles et les femmes dans la réponse à la crise sécuritaire et humanitaire des régions du Centre-nord et du Sahel au Burkina Faso, Plan International, Août 2019
- Défi jeunes : une approche intégrée de promotion de la demande des adolescentes en services de santé sexuelle et de la procréation »Au Bénin, Burkina Faso, Niger, Equilibres et Populations, 2013
- Analyse comparée des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements Palestine, Pérou, Burkina Faso, République démocratique du Congo, Médecins du Monde, 2016
- Capitalisation de la distribution de méthodes contraceptives à base communautaire dans le district sanitaire de Djibo, région du Sahel, Burkina Faso, Rapport Définitif, Dr George ROUAMBA & Dr Soungalo TRAORE, Avril 2017
- Étude sur la couverture en planification familiale dans le district sanitaire de Gorom-Gorom, région du Sahel au Burkina Faso, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) pour Médecins du Monde, Décembre 2018
- Étude sur la couverture en planification familiale dans le district sanitaire de Djibo, région du Sahel au Burkina Faso, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) pour Médecins du Monde, Avril 2017
- Rapport parallèle sur le Burkina Faso soumis au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Centre d'information et de formation en matière de droits humains en Afrique (CIFDHA), Amnesty International Burkina Faso (AIBF), Association Maïa Bobo , Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM (CIDDHU), Janvier 2017
- Enquête de satisfaction des bénéficiaires des services de SSR notamment l'offre de soins, de prévention et de prise en charge des Grossesses Non Désirées (GND) dans le district sanitaire de Djibo au Burkina Faso, STAT DEV et Médecins du Monde, Décembre 2018
- Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, District de Djibo, Burkina Faso, Médecins du Monde, 2016

Articles et papiers de recherche

- Etat des lieux des inégalités multidimensionnelles au Burkina Faso, Papiers de recherche, No. 132, Avril 2020
- Rapport provisoire, Etude sur le rôle et la place de la femme dans la commune de Kaïn, province du Yatenga, région du Nord (Burkina Faso), Augustin Badiel, Mars 2014

Autres ressources

- Profil genre du Burkina Faso, Vers l'égalité entre les genres au Burkina Faso, ASDI, Novembre 2004
- Profil genre du Burkina Faso, Agence Française de Développement, 2016
- Fiche pays du réseau Genre et Développement de la Région Rhône Alpes – Burkina Faso, Novembre 2015



Rédactrices: Olga Bautista Cosa et Lucille Terré

Enquêteur.trice.s: Angelina Hodonou, Idrissa Kiemdé, Bouboucari Saliou, Irène Sawadogo, Eustache Yambekoudougou, Cécile Yougbaré

Remerciements

Cette analyse rapide de genre a été réalisée grâce à l'implication de l'équipe de Médecins du Monde au Burkina Faso, à Ouagadougou et à Kongoussi. Nous remercions sincèrement l'équipe pour sa mobilisation et son investissement. Nos remerciements vont aussi à l'attention de l'Association des Femmes Juristes au Burkina Faso, de l'ASMADE, du CREDO, de la Marche Mondiale des Femmes au Burkina Faso, de SOS Jeunesse et Défis et de Voix de Femmes, qui ont bien voulu partager leurs visions avec nos équipes d'enquête.

Les analyses partagées sont celles des auteures, et ne représentent pas nécessairement celles de Médecins du Monde ou de ses partenaires.

Crédits photos

Médecins du Monde Burkina Faso