

BURKINA FASO

PROJET SAUVER LA VIE (PSLV) ANALYSE GENRE



Août 2021

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES.....	2
SOMMAIRE	3
1. INTRODUCTION.....	8
1.1 CONTEXTE.....	8
1.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DE GENRE DU PROJET SAUVER LA VIE (PSLV).....	8
1.3 METHODOLOGIE	9
2. CONTEXTE DU PAYS ET PAYSAGE DU GENRE	10
2.1 CONTEXTE ET HISTORIQUE DU PAYS.....	10
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉGALITÉ DE GENRE, PAR DOMAINE D'ANALYSE DE L'ADS205	12
3. RESULTATS DE L'ANALYSE DE GENRE ET RECOMMANDATIONS: OBJECTIF 1: 17	
3.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 1:.....	17
3.2 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES OBJECTIF 1 :.....	21
4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ANALYSE DE GENRE : OBJECTIF 2 22	
4.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 2 :.....	22
4.2 RECOMMANDATIONS CLÉS RESULTAT 2 :.....	28
5. RESULTATS DE L'ANALYSE DE GENRE ET LES RECOMMANDATIONS: OBJECTIF 3 30	
4.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 3 :.....	31
4.2 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES OBJECTIF 3 :.....	33
6. IMPACT DU CONFLICT ET DU COVID-19 SUR LES RESULTATS EN MATIERE DE GENRE.....	34
ANNEXE A: LISTE DES REFERENCES.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

ACRONYMES

ABSFM	Association Burkinabè des Sages-Femmes et Maïeuticiens
ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial
AJF	Académie des Jeunes Filles
ADS	Systèmes de directives automatisées
AGYW	Adolescentes et jeunes femmes
ASBC	Agent de Sante à Base Communautaire
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEFM	Mariage d'enfants, précoce et forcé
CHW	Agents de santé communautaire
DFSA	Programme d'aide alimentaire au développement
DHS	Enquête démographique auprès des ménages
FFP	La nourriture pour la paix
FGM/C	Mutilation génitale féminine/excision
PF	Planning familial
GBV	La violence basée sur le genre
GDI	Indice de développement du genre
GdBF	Gouvernement du Burkina Faso
ICRW	Centre international de recherche sur les femmes
PDI	Personnes déplacées internes
IMAGES	Enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes
INS	Institut National de la Statistique
IPPF	Fédération internationale de la planification familiale
JLC	<i>Jeunes Leaders Communautaires</i>
LAM	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle
LGBTIQ	Lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, intersexués et queers.
SPA	Soins post-avortement
PNG	Politique National Genre
PSLV	<i>Project Sauver La Vie</i>
MFSNFAH	<i>La Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire</i>
MdS	<i>La Ministre de la Sante</i>
PYD	Développement positif des jeunes
RC	La coercition reproductive
RISE	Renforcement de la résilience au Sahel
RMA	Atteindre les adolescents mariés
ODD	Objectifs de développement durable
SNG	<i>Stratégie Nationale Genre</i>
SOW	Cadre de Travail
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSA	Afrique sub-saharienne
TFR	taux de fécondité total
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
VAWG	Violence contre les femmes et les filles
WASH	Eau, assainissement et hygiène
OMS	Organisation mondiale de la santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Pathfinder International (Pathfinder) dans son projet Sauver La Vie (PSLV) (2020-2025) et avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas, apporte son appui au Ministère de la Santé du Burkina Faso (MS) dans le renforcement des services de santé primaire, y compris la planification familiale et les soins d'avortement sans risque, afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Le projet vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes, des femmes et des couples dans trois régions du Burkina Faso (Boucle du Mouhoun, Centre-Nord et Nord).

L'analyse de genre PSLV cherche à décrire les principaux obstacles et opportunités liés au genre auxquels sont confrontés les groupes bénéficiaires ciblés dans les régions ciblées, en rapport avec les objectifs du projet. L'équipe du projet PSLV utilisera les résultats de l'analyse de genre pour affiner la stratégie de genre du projet afin de travailler à des approches et des résultats transformateurs de genre.

METHODOLOGIE

L'analyse de genre s'est focalisée sur les femmes en âge de procréer, et les jeunes filles/femmes (15 à 24 ans) ; et spécifiquement les jeunes filles/femmes en post-partum ou post-abortum dans les régions ciblées de : *Centre Nord, Nord, et la Boucle de Mouhoun.*

La consultante a synthétisé la littérature pertinente à partir d'une étude documentaire en utilisant une matrice qui met en évidence les données qualitatives et quantitatives par domaine de résultats clés, populations clés et thèmes transversaux. À cet égard, l'analyse de genre a utilisé plus de 150 sources de données secondaires pertinentes dans une étude documentaire. L'étude documentaire s'est principalement concentrée sur la littérature, les données et les rapports des dix dernières années, à l'exception des politiques ou rapports pertinents du GoBF antérieurs à 2010.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des principales conclusions et recommandations par objectif stratégique.

RESULTATS DE L'ANALYSE DE GENRE ET LES RECOMMANDATIONS

PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS DE L'ANALYSE DE GENRE

CONCLUSIONS

RECOMMANDATIONS

Objectif stratégique 1 : Renforcer le système de santé pour l'offre des services de contraception et de soins d'avortement sécurisé de qualité, compassionnels et sans jugement dans les formations sanitaires

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Les conditions qui permettraient à la plupart des femmes d'éviter les grossesses non désirées, sont mal connues et sous exploitées au Burkina Faso. Plus précisément, le besoin non satisfait de planification familiale (PF) chez les femmes mariées n'était que de 23,3 % en 2018, et la demande satisfaite par les méthodes modernes était de 55 %.i Si la moitié des | <ul style="list-style-type: none"> • Former tous les acteurs de l'ensemble des services d'avortement sans risque, notamment en ce qui concerne les préjugés inconscients liés aux normes de genre ainsi que les principaux obstacles liés au genre à l'accès à la santé sexuelle et reproductive, à la planification familiale et aux services d'avortement sans risque. |
|--|---|

femmes burkinabè dont les besoins ne sont pas satisfaits utilisaient une méthode moderne de contraception, il y aurait chaque année 116 000 grossesses non planifiées de moins, ce qui entraînerait 37 000 avortements clandestins à risque et 350 décès maternels de moins.

- En grande partie en raison du besoin non satisfait de contraception et bien que l'avortement soit légalement limité, l'interruption de grossesse en dehors des cadres légaux est fréquente et la plupart des avortements clandestins sont effectués dans des conditions peu sûres qui mettent en danger la santé des femmes.iii
- Près de la moitié des femmes qui ont des complications liées à l'avortement ne reçoivent aucun soin post-avortement.iv
- L'avortement à risque contribue grandement au taux élevé de mortalité maternelle au Burkina Faso. Les autorités estiment que 25 % des décès maternels sont dus à des pratiques d'avortement à risque.v
- L'insuffisance du personnel de santé et les normes culturelles affectent l'utilisation des services de SSR par les femmes.
- Plus précisément, les attitudes du personnel de santé par rapport à l'avortement empêchent les femmes et les filles de révéler leur besoin de soins post-avortement (SPA). Dans la pratique clinique, les prestataires de soins de santé stigmatisent régulièrement les femmes qui se présentent pour des SAA en retardant leurs soins, en exigeant des paiements informels et, parfois, en refusant de les traiter.vi La stigmatisation découle de l'opinion selon laquelle l'avortement est immoral et va spécifiquement à l'encontre des croyances religieuses (tant chrétiennes que musulmanes) ainsi que de la valeur accordée aux familles nombreuses et de la valeur accordée aux femmes en ce qui concerne uniquement leur rôle d'épouse et de mère.
- Les prestataires de santé qui proposent des services d'avortement sans risque risquent également d'être stigmatisés. Par conséquent, les prestataires de services d'avortement peuvent engager un agent de santé subalterne pour passer au crible les patientes potentielles et ne référer que celles qui peuvent garantir leur silence.vii
- Le manque de services « adaptés aux jeunes » au Burkina Faso - des lieux où les adolescent.e.s peuvent accéder à des informations pertinentes et à des services impartiaux en toute confidentialité - constitue un obstacle pour les adolescent.e.s et les jeunes femmes (AGYW) qui souhaitent accéder aux informations et aux services de PF pour prévenir les grossesses non planifiées.
- Selon les agents de santé, les femmes ne cherchent à se faire soigner après un avortement qu'en cas de complications.
- Les soins post-avortement (SPA) sont considérés par certains professionnels de santé comme un moyen de prévenir de futurs avortements par rapport à un continuum de soins complet.
- Il n'existe actuellement aucun protocole écrit et peu de formation à l'intention des professionnels de la santé pour les aider à guider et à régir le traitement des victimes de violence sexiste, y compris la violence
 - Le Burkina Faso devrait suivre de près les recommandations de l'OMS pour élargir l'accès à l'avortement en transférant les tâches des médecins vers des professionnels de niveau intermédiaire, étant donné les contraintes en matière de ressources humaines dans le pays. Par exemple, il est prouvé que les infirmières et les sages-femmes sont capables de fournir des soins post-abortum de qualité,ix les former à ces soins et les autoriser à les fournir présenterait de multiples avantages. Ces professionnels sont bien plus nombreux que les médecins et sont bien plus souvent basés dans des établissements de soins primaires, qui sont accessibles aux femmes rurales.
 - Diffuser largement les textes autorisant l'avortement sans risque, sensibiliser le personnel et équiper les plateaux techniques pour la prise en charge de l'avortement sans risque.
 - Les services d'avortement sûrs promus par PSLV doivent inclure des conseils complets et une contraception post-avortement pour aider les femmes à éviter une autre grossesse non désirée.
 - La formation sur les SPA doit également intégrer des modules sur l'importance de la prise de décision des femmes en matière de SSR et de PF, ainsi que sur l'engagement et le soutien des hommes pour l'utilisation de la contraception.
 - De même, tout effort de renforcement des capacités des prestataires de services de santé devrait inclure un contenu sur les préjugés inconscients et leur impact sur la prestation de services de santé de qualité.
 - Envisager de soutenir des mécanismes de retour d'information anonyme dans les centres de santé ciblés afin que les membres de la communauté en quête de santé puissent fournir un retour d'information pour améliorer la réactivité des centres et du personnel de santé à leurs besoins. Aidez les prestataires de services de santé à utiliser le retour d'information pour améliorer leurs services.
 - Pour les adaptations des formations pour les ASBC, assurez-vous d'une couverture adéquate des thèmes liés au genre et à l'inclusion qui ont un impact sur l'accès à un avortement sûr et sécurisé et comment les attitudes des ASBC elles-mêmes peuvent entraver cet accès et ont le potentiel de causer des dommages. Envisager des activités potentielles qui utilisent des méthodes participatives pour réfléchir aux normes et croyances sociales et communautaires qui découragent l'avortement et perpétuent des pratiques d'avortement dangereuses et cachées.

sexuelle et le besoin de contraception/avortement d'urgence résultant de cette violence.^{viii} par ailleurs, les filles mariées sont deux fois plus susceptibles de subir des violences sexuelles, de connaître des grossesses non désirées et de recourir à des avortements à risque.

Objectif stratégique 2 : Assurer une mobilisation communautaire bâtie autour des organisations locales et des agents de santé à base communautaire

- Culturellement, les Burkinabés vivant en milieu rural ont tendance à valoriser les familles nombreuses, et les femmes qui ont beaucoup d'enfants sont respectées au sein de leur communauté. À cet égard, les couples mariés sont considérés comme n'ayant aucune raison d'empêcher ou d'interrompre une grossesse.^x Les seules grossesses non désirées sont réputées être celles qui ont lieu en dehors de l'activité sexuelle normative (par exemple, avant le mariage).^{xi}
- L'immense stigmata attachée à l'activité sexuelle pré-maritale perpétue probablement la pratique de l'avortement clandestin et non sécurisé. Ceci en dépit du fait que près de la moitié de la population du Burkina Faso a moins de 15 ans et que les relations sexuelles pré-maritales sont en augmentation.^{xii} Par conséquent, les jeunes filles célibataires sont probablement à haut risque de grossesses non planifiées et de recherche ultérieure de services d'avortements.
- Bien que le mariage et la procréation précoce soient hautement valorisés dans la société burkinabé, discuter du nombre d'enfants, du sexe et de la PF est un sujet tabou pour les hommes et les femmes. Par conséquent, les grossesses sont souvent perçues comme inattendues.
- Les jeunes hommes et femmes (18 ans et moins) n'ont pas un accès adéquat aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, et les femmes n'apprennent souvent la contraception qu'après l'accouchement, ce qui entraîne des taux élevés de grossesses non planifiées.
- L'opposition à la contraception est souvent ancrée dans des stéréotypes de genre négatifs et dans la peur de la sexualité des femmes. Ces stéréotypes perpétuent des modèles de contrôle nuisibles concernant la mobilité et l'utilisation de la contraception.
- La plupart des femmes préfèrent utiliser une méthode de contraception "discrète" pour éviter tout conflit avec leur mari.
- Au Burkina Faso, l'avortement est fortement stigmatisé, associé non seulement à un risque pour la vie et à des difficultés économiques, mais aussi à la ruine des chances futures d'une femme de se marier.^{xiii}
- Au Burkina Faso, l'avortement reste moralement condamné en public, mais est souvent toléré en privé,
- Assurer une sélection rigoureuse des formateurs qui formeront les Agents de Santé à base Communautaire (ASBC) sur le conseil, les références clients, l'accès légal à l'avortement, etc. Les formations devraient mettre l'accent sur les préjugés inconscients par rapport à l'avortement sans risque et sur la promotion de l'accès des femmes aux services essentiels de PF/SSR. Veillez à ce que l'orientation vers des services de lutte contre la violence sexiste soit intégrée à la formation des ABSC.
- Inclure des informations sur l'autonomie limitée des jeunes mères mariées dans la prise de décision en matière de reproduction dans l'engagement avec les prestataires de soins de santé et les ASBC. Les prestataires doivent améliorer leurs propres compétences afin d'autonomiser les jeunes mères, de promouvoir la communication entre les nouveaux parents et de s'assurer que la voix de la jeune mère est entendue. Beaucoup d'entre eux bénéficieraient également d'une formation à la sensibilisation au genre, car ils transmettent souvent inconsciemment leurs préjugés personnels ou culturels sur l'utilisation des contraceptifs aux jeunes mères et/ou aux jeunes filles non mariées.
- Mettre en place des « villages égalitaires » ; un concept développé et expérimenté avec succès par Pathfinder au FGE, FGE, un cadre d'échange et de dialogue intergénérationnel réunissant plusieurs profils et permettant d'aborder plusieurs thèmes dont les plus sensibles et sans tabou.
- S'assurer que l'ensemble du personnel du PSLV dispose d'informations actualisées sur les références en matière de VBG et qu'il a été formé à la manière de répondre aux révélations. Cela nécessitera probablement une coordination étroite avec les sous-groupes sur les VBG travaillant dans les régions ciblées, mais c'est essentiel pour garantir des approches qui « ne font pas de mal ». Le lien entre la violence sexiste et l'avortement à risque n'est pas complètement connu, mais les mêmes dynamiques de pouvoir néfastes qui perpétuent la violence sexiste peuvent pousser les femmes/filles à chercher des avortements clandestins et à risque.
- Continuer à promouvoir les services de contraception et les conseils en matière de SAA, afin que les femmes puissent quitter le site de soins avec un moyen efficace de prévenir les grossesses non désirées à l'avenir.
- Le PSLV doit assurer une formation sur l'importance des services adaptés aux jeunes, y compris une attention particulière à la confidentialité qui est une préoccupation majeure pour les jeunes filles et les femmes âgées, en particulier dans les zones rurales.
- L'activité « la voie vers le changement » doit s'assurer d'aborder les principaux obstacles liés au genre et les normes socioculturelles connexes qui empêchent les jeunes filles et les femmes âgées de rechercher et d'utiliser la contraception

notamment comme moyen de trouver un avorteur clandestin.^{xiv}

- Il est intéressant de noter que, si les femmes sont réticentes à utiliser les moyens de contraception modernes, elles sont plus disposées à recourir à l'avortement en cas de grossesse non désirée.
- L'accès limité des femmes aux revenus et leur contrôle sur ceux-ci, ainsi que les systèmes de paiement associés aux soins de santé, peuvent limiter leur accès à la SSR, aux services d'avortement et aux SAA
- Les AGYW ont peur d'être vues et reconnues dans un centre de santé, ce qui constitue un obstacle majeur à l'accès à la contraception et aux soins de SSR, en général. D'autres obstacles empêchent les femmes et les jeunes filles d'avoir accès à l'avortement sans risque et aux SAA, notamment la distance jusqu'au centre de santé, le coût du transport, la mobilité réduite et la résistance du personnel de santé à offrir des services d'avortement.
- Une fois qu'une femme a décidé si elle veut ou non garder sa grossesse, d'autres acteurs de son entourage familial et social peuvent influencer le résultat final. Une étude a montré que les amis de la femme peuvent la dissuader en utilisant des arguments religieux, ou en amenant la femme à être "conseillée" par des religieux (qui découragent presque toujours cette pratique). D'autres personnes influentes (par exemple, le petit ami, la belle-famille) peuvent contraindre les femmes à garder la grossesse en les menaçant de les dénoncer à la police.^{xv}
- Les agents de santé à base communautaire mettent généralement en avant les idées d'espacement des naissances lorsqu'ils parlent de PF et l'avortement n'est généralement pas abordé comme une méthode de planification familiale.^{xvi}

moderne et l'avortement sans risque. Les questions liées à la protection de la virginité et de l'innocence d'une jeune femme, en particulier la valeur accordée aux femmes mariées et ayant de nombreux enfants, sont l'une de ces normes qui devraient être abordées. De même, les questions relatives à l'inégalité du pouvoir et des pratiques décisionnelles en relation avec le dernier mot des hommes et leur opposition à la PF et à l'utilisation de la contraception sont un autre thème à explorer.

- Les dialogues communautaires doivent intégrer des thèmes permanents liés aux normes de genre, à l'inégalité du pouvoir de décision, aux normes de genre liées aux rôles acceptables des hommes et des femmes de tous âges, ainsi que des dialogues axés explicitement sur les causes et les conséquences négatives du MEFC doivent être privilégiés.
- Lors de la sélection des Jeunes Leaders, envisagez de choisir également des jeunes mères (ou des jeunes filles récemment mariées), car ce sont des femmes et des jeunes filles particulièrement vulnérables qui bénéficieraient non seulement de l'approche, mais qui peuvent également parler de l'expérience de la majorité des jeunes filles, à savoir le CEFM et les grossesses précoces. De même, pour les *Jeunes leaders communautaires* (JLC), pensez à sélectionner des couples de pairs (mari/femme) qui peuvent être formés ensemble. Cela faciliterait également la promotion entre les sexes, car il est culturellement plus approprié pour les femmes de parler avec les femmes des questions liées à la SSR et le fait d'avoir une paire (couple) de jeunes leaders pourrait signifier que les couples rencontrent les couples pour promouvoir les comportements de recherche de la santé chez les jeunes.
- Toutes les formations destinées aux jeunes devraient inclure un contenu transformateur de genre sur les normes de genre et la promotion de comportements équitables entre les sexes. Les jeunes générations ont des normes plus équitables en matière de genre, mais les approches spécifiques aux jeunes incluent rarement un programme de transformation du genre, ce qui est une occasion manquée de promouvoir des pratiques plus égalitaires.
- Envisagez d'ajouter à la formation de *Pères et Mères Burkimbila* du contenu sur les compétences de communication et de prise de décision en couple, la répartition équitables des tâches ménagères et les compétences de résolution pacifique des conflits.
- Il est possible d'envisager une étude formelle sur les « déviants positifs », c'est-à-dire les femmes/filles des zones rurales ciblées qui ont eu recours à un avortement sans risque. Dans le cadre de cette étude, Pathfinder pourrait comprendre l'environnement d'influence positif, etc. qui a conduit à la décision de recourir à un avortement sans risque, afin de chercher à le reproduire. Dans le même temps, le projet pourrait obtenir une compréhension plus spécifique des obstacles typiques rencontrés dans la recherche d'un avortement sans risque dans les régions ciblées.

Objectif stratégique 3 : Créer un environnement politique, juridique, règlementaire et social habilitant pour l'offre et l'accès aux services d'avortement sécurisé.

- Malgré les efforts du gouvernement pour augmenter l'offre de soins post-avortement par l'introduction de protocoles, de formations et de prestations de services, peu de choses semblent avoir été faites pour informer la population générale des dispositions légales autorisant l'avortement.^{xvii}
- L'avortement provoqué est autorisé au Burkina Faso uniquement pour sauver la vie et protéger la santé d'une femme enceinte, ou dans les cas de viol, d'inceste et de malformation grave du fœtus.
- En outre, les conditions légales pour l'avortement, malgré leur récent assouplissement, sont si lourdes que peu de femmes sont en mesure de les respecter.
- Bien que l'avortement soit autorisé par la loi dans ces cas, de nombreux obstacles empêchent les femmes d'accéder à ce service. Il y a également un manque de connaissance de la loi parmi les prestataires de services, bien que cela mérite une enquête supplémentaire.
- La gouvernance reproductive au Burkina Faso est beaucoup plus orientée vers la PF que vers l'accès à l'avortement sécurisé.
- L'absence de preuves bien documentées de l'impact néfaste des grossesses non désirées et des avortements à risque sur la vie de nombreuses femmes réduit la probabilité d'améliorations. Pour que les planificateurs de la santé et les défenseurs de la santé des femmes puissent s'attaquer au problème plus vaste des grossesses non désirées et de leurs conséquences néfastes pour les femmes, leurs familles et le pays dans son ensemble, il est essentiel de disposer d'estimations fiables du nombre de femmes qui subissent des avortements à risque, du coût de ces procédures dangereuses et des effets des avortements à risque sur les femmes et leur santé génésique.
- Le Burkina Faso a commencé à mettre en œuvre la politique de gratuité pour les services et les soins liés à la PF en avril 2016 et en 2018. Cependant, seuls les coûts des SAA sont couverts par cette politique, laissant les femmes et les filles moins à même d'accéder à un avortement sûr.
- Travailler avec le ministère de la Santé pour s'assurer que les changements apportés au code pénal en 2018 sont reflétés dans la loi sur la santé reproductive de 2005. Les efforts de plaidoyer permettraient également de s'assurer que la loi révisée inclut un décret d'application. Le décret d'application d'une loi révisée fournira aux prestataires de services des indications sur le moment où il faut légalement pratiquer un avortement sans risque. L'Assemblée nationale pourra alors adopter cette nouvelle loi.
- Encourager et soutenir le ministère de la santé à inclure l'avortement médical sûr et légal dans les responsabilités de routine des sages-femmes et des soins qu'elles prodiguent, et former les infirmières et les infirmiers à la réalisation de ces soins.
- Encouragez le GoBF à s'attaquer aux obstacles liés aux services légaux, telle la méconnaissance liée à la faible diffusion des dispositions juridiques, les normes sociales etc. Une des solutions consistera à réécrire les lois pour permettre à l'ensemble des professionnels de la santé de pratiquer des avortements.^{xviii}
- Traduire les textes politiques et judiciaires qui autorisent l'accès à l'avortement sans risque et aux SAA dans les langues locales et travailler à la distribution des textes aux principales parties prenantes et aux participants au projet.
- Plaider pour l'adoption de stratégies de réduction des risques liés à l'utilisation du misoprostol qui ont fonctionné dans d'autres régions du monde où les lois sur l'avortement sont restrictives.
- Travailler avec les ministères concernés, notamment en partenariat avec le ministère de l'Action sociale, pour développer des procédures accélérées pour les victimes de violences sexuelles, car le processus actuel est trop laborieux et représente un obstacle parfois insurmontable pour certaines femmes et filles.
- Dans toutes les formations axées sur la formation des dirigeants communautaires, veillez à inclure les barrières sexospécifiques qui entravent l'accès à l'avortement sans risque, notamment les normes sexospécifiques sur le rôle « acceptable » des hommes et des femmes, le faible pouvoir de décision des femmes en ce qui concerne leur propre santé et la résistance à l'utilisation de la contraception moderne.
- Lors de la sélection des leaders locaux champions, assurez-vous qu'il s'agisse d'hommes et de femmes, ou éventuellement de couples champions, car les normes de genre concernant les dynamiques de pouvoir inégales sont à l'origine d'une faible participation à la SSR/PF et de la perpétuation d'avortements clandestins non sécurisés. La représentation d'images positives de couples qui discutent et prennent des décisions ensemble, à cet égard, peut être très puissante.

I. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Pathfinder International (Pathfinder) dans son projet Sauver La Vie (PSLV) (2020-2025) et avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas, apporte son appui au Ministère de la Santé du Burkina Faso (MS) dans le renforcement des services de santé primaire, y compris la planification familiale et les soins d'avortement sans risque, afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Le projet vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes, des femmes et des couples dans trois régions du Burkina Faso (Boucle du Mouhoun, Centre-Nord et Nord) par :

- Renforcer les compétences et les capacités des organisations non gouvernementales (ONG) locales et des agents de santé à base communautaire.
- Promouvoir l'autonomisation des jeunes, l'égalité des sexes et l'inclusion sociale.
- Renforcer les systèmes de santé pour fournir des services d'avortement sûrs et de qualité.
- Plaidoyer pour des lois et des politiques qui soutiennent un accès équitable à l'avortement sans risque et aux services de planning familial.

PSLV a engagé une consultante pour mener une analyse de genre afin d'affiner la stratégie de genre du projet pour s'assurer que les approches vont au-delà d'une approche sensible au genre ou adaptative et produisent plutôt des résultats transformateurs qui conduisent à un impact accru et à la durabilité pour les personnes les plus marginalisées socialement. La consultante a travaillé en étroite collaboration avec la conseillère en matière de genre et de jeunesse de PSLV.

1.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DE GENRE DU PROJET SAUVER LA VIE (PSLV)

L'analyse de genre PSLV cherche à décrire les principaux obstacles et opportunités liés au genre auxquels sont confrontés les groupes bénéficiaires ciblés dans les régions ciblées, en rapport avec les objectifs du projet. L'équipe du projet PSLV utilisera les résultats de l'analyse de genre pour affiner la stratégie de genre du projet.

L'analyse de genre s'est focalisée sur les femmes en âge de procréer, et les jeunes filles/femmes (15 à 24 ans) ; et spécifiquement les jeunes filles/femmes en post-partum ou post-abortum dans les régions ciblées de : *Centre Nord, Nord, et la Boucle de Mouhoun*. L'analyse de genre prendra en compte les questions clés concernant l'exclusion sociale, en particulier en ce qui concerne les personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI). L'analyse cherche également à comprendre l'impact de COVID-19 et du conflit en cours sur les résultats liés au genre en relation avec les objectifs stratégiques de PSLV.

Cette analyse s'est appuyée sur les rapports d'analyse de genre et les leçons tirées d'autres projets similaires au Burkina Faso et dans la région, notamment le projet RISE (Resilience in the Sahel Enhanced) de l'USAID, les rapports d'analyse de genre des activités de développement de la sécurité alimentaire (DFSA) de Food for Peace (FFP), et les projets First Time Parents (FTP) de Pathfinders/E2A, BeyondBias, (Re)solve-FP, et PREPARE-Burkina.

Les objectifs spécifiques de l'analyse de genre sont les suivants :

- Identifier les obstacles liés au genre en ce qui concerne **l'accès équitable à des services d'avortement sûrs et sécurisés** dans des zones géographiques ciblées.

- Identifier les obstacles (et les opportunités) liés au genre en ce qui concerne la **participation effective et équitable** des populations de jeunes clés aux activités de PSLV, en particulier celles issues de groupes socialement marginalisés : personnes handicapées, personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI) et membres de différents groupes ethniques.
- Mettre en évidence **les engagements institutionnels et politiques du Gouvernement du Burkina Faso (BF) et les lacunes en matière d'accès à l'avortement sans risque.**

L'analyse de genre est structurée autour des quatre objectifs stratégiques du projet (voir le tableau 1 ci-dessous). Elle aborde également les domaines clés de l'analyse de genre (énumérés ci-dessous), ainsi que les thèmes transversaux prioritaires de la prévention et de la réponse à la violence sexiste.

TABEAU 1: ELEMENTS CLES DE L'ANALYSE DE GENRE

ZONE DE RESULTATS	DOMAINES D'ANALYSE DE GENRE	THEMES TRANSVERSAUX	POPULATIONS CLES
<ul style="list-style-type: none"> • Objectif stratégique 1 : Renforcer le système de santé pour l'offre des services de contraception et de soins d'avortement sécurisé de qualité, compassionnels et sans jugement dans les formations sanitaires • Objectif stratégique 2 : Assurer une mobilisation communautaire bâtie autour des organisations locales et des agents de santé à base Communautaire • Objectif stratégique 3 : Créer un environnement politique, juridique, réglementaire et social habilitant pour l'offre et l'accès aux services d'avortement sécurisé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois, politiques, règlements et pratiques institutionnelles • Normes et croyances culturelles • Rôles, responsabilités et emploi du temps des hommes et des femmes • Accès et contrôle des actifs et des ressources • Modèles de pouvoir et de prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et réponse à la violence sexiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes en âge de procréer, et les jeunes filles/femmes (15 à 24 ans) ; et spécifiquement les jeunes filles/femmes en post-partum ou post-abortum (Centre Nord, Nord, et la Boucle de Mouhoun) • Groupes socialement exclus - notamment les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI)

1.3 METHODOLOGIE

Revue de la Littérature

La consultante a effectué une étude documentaire de plus de 150 sources de données secondaires afin d'identifier les principales avancées, lacunes et contraintes liées au genre au Burkina Faso en relation avec les domaines de résultats clés du projet, les thèmes transversaux et les populations clés énumérées dans le Tableau 1. L'étude documentaire s'est principalement concentrée sur la littérature, les données et les rapports des dix dernières années, à l'exception des politiques ou rapports pertinents du GoBF antérieurs à 2010. La consultante a concentré l'étude documentaire, dans la mesure du possible, sur la littérature des régions ciblées : *Centre Nord, Nord, et la Boucle de Mouhoun*. L'annexe A fourni une liste complète des documents examinés.

Analyse et Interprétation des Données et Rédaction du Rapport

La consultante a synthétisé la littérature pertinente issue de l'étude documentaire à l'aide d'une matrice qui met en évidence les aspects qualitatifs et quantitatifs par domaine de résultats clés, populations clés et thèmes transversaux.

Avec la conseillère en genre et jeunes du projet, la consultante a facilité une présentation à distance des résultats préliminaires et des recommandations de l'analyse de genre au personnel de PSLV et au personnel des partenaires concernés. L'objectif de cette présentation était de valider et de développer les résultats préliminaires et les recommandations en interne.

La section 2 du rapport présente le contexte du pays et le paysage du genre par domaine d'analyse ; les sections 3, 4 et 5 présentent les résultats de l'analyse de genre et les recommandations par objectif stratégique. La section 6 présente les résultats pertinents en matière de genre, de conflit en cours et de COVID-19. L'annexe A comprend une liste des documents clés consultés ; l'annexe B est constituée des notes de bas de page du rapport d'analyse de genre.

Limitations

En raison des contraintes liées à la pandémie de COVID-19, ainsi que des problèmes de sécurité en cours au Burkina Faso, l'analyse de genre se compose uniquement de données secondaires. Le rapport met en évidence les zones seuils pour envisager la collecte de données primaires en utilisant des approches de suivi de projet.

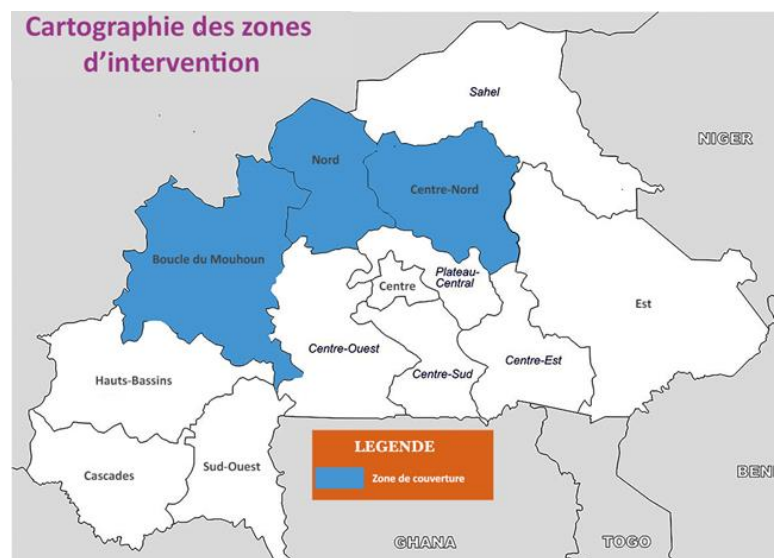
2. CONTEXTE DU PAYS ET PAYSAGE DU GENRE

2.1. CONTEXTE ET HISTORIQUE DU PAYS

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. D'une superficie totale de 274 200 kilomètres carrés, il est bordé au nord-ouest par le Mali, au nord-est par le Niger, et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. La région nord du pays se trouve dans la zone sahélienne.^{xxix} Ouagadougou est sa capitale politique. Le Burkina Faso compte environ 67 groupes ethnolinguistiques.^{xx} L'ethnie la plus importante est celle des Mossi (52 %), suivie des Peuls (8,4 %) et des Gurma (7 %).^{xxi} Les principales religions sont l'islam (60,5 %), le christianisme (23,2 %) et l'animisme (15,3 %).^{xxii} La population du Burkina Faso était estimée à 20 870 060 habitants en 2019, dont 86 % vivent en milieu rural.^{xxiii} Les femmes représentent plus de la moitié de la population totale, soit 52 %, et le ratio hommes/femmes était de 94 pour 100. Le taux de croissance annuel de la population est passé de 3,3% en 2010 à 3,2% en 2016.^{xxiv}

Soixante-cinq pour cent de la population a moins de 24 ans, et l'âge médian est d'environ 17 ans, ce qui indique que le Burkina Faso connaît un important afflux de jeunes.^{xxv} Environ 21 % des enfants burkinabés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition.^{xxvi}

Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 41 % (50 % pour les hommes et 33



% pour les femmes).^{xxvii} L'écart entre le taux d'alphabétisation et le sexe s'améliore dans les populations plus jeunes. Selon l'UNESCO, en 2015, 18 pour cent des jeunes hommes (âgés de 15 à 49 ans) étaient alphabétisés, contre 43 pour cent des femmes de la même tranche d'âge. Le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire s'est amélioré, mais le taux d'achèvement, notamment dans l'enseignement secondaire, reste faible.^{xxviii} Seuls 6 % des femmes adultes ont atteint au moins le niveau de l'enseignement secondaire, contre 12 % des hommes.^{xxix}

Selon l'indice de développement humain (IDH) 2020, le pays est classé 182e sur 189 pays et territoires et 147e sur 160 pays pour l'indice d'inégalité de genre (IIG).^{xxx} Le Burkina Faso est également l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 44,5 % de la population vivant avec moins de 1,90 dollar (PPA) par jour et 63,8 % vivant dans une pauvreté multidimensionnelle sévère (qui rend compte des dimensions de la pauvreté autres que le revenu, notamment l'éducation, la santé et le niveau de vie).^{xxxi} Environ 70 % de la population vit dans des zones rurales.^{xxxii} Le Burkina Faso fait à peine mieux que certains de ses homologues ouest-africains en matière d'égalité des sexes, selon le rapport mondial 2020 sur l'écart entre les sexes, avec un score de 129 sur 153 pays. Le Mali voisin se classe 139, et le Togo 140, par comparaison.^{xxxiii}

Les tensions intercommunautaires et les attaques violentes répétées impliquant des groupes armés non étatiques ont considérablement aggravé une situation déjà peu sûre. Cela a coûté des milliers de vies et entravé la fourniture des services de base, notamment l'éducation et la santé, la nourriture, l'eau et les abris. Tout cela a provoqué une augmentation sans précédent du nombre de personnes déplacées et de réfugiés arrivant dans des communautés d'accueil déjà aux prises avec un état d'urgence complexe. La violence affecte gravement les moyens de subsistance fragiles et la capacité des gens à se nourrir eux-mêmes, et met à rude épreuve des services sociaux de base déjà faibles. De plus en plus de personnes fuient leur foyer et cherchent refuge dans les champs ou les villages voisins, parfois à plusieurs reprises.^{xxxiv} 1,7 million de personnes sont déplacées à l'intérieur de leur pays. Selon les estimations, les femmes et les enfants constituent la grande majorité des personnes déplacées (dans certains endroits, plus de 80 %).^{xxxv} Plus de 90 % des personnes déplacées par le conflit se sont déplacées vers des régions déjà caractérisées par une extrême pauvreté, affaiblies par une crise climatique, de mauvaises récoltes et des ressources naturelles insuffisantes.^{xxxvi} Si les 13 régions du pays accueillent des personnes déplacées, la région la plus touchée reste le Centre-Nord, qui accueille près de 40 % des personnes déplacées, et le Sahel, 30 %.^{xxxvii} Les déplacements à grande échelle ont un impact important sur les ressources naturelles limitées, ce qui a un impact négatif sur la population déplacée et les communautés d'accueil, renforçant le risque de mettre en péril la cohésion sociale.

En plus du conflit violent, la violence sexiste « quotidienne » fait partie du quotidien des femmes et des filles au Burkina Faso. Selon l'UNICEF, le Burkina Faso a le cinquième plus haut taux de prévalence de mariage d'enfants, précoce et forcé (CEFM) dans le monde, avec 52% des filles au Burkina Faso mariées avant leur 18e anniversaire et 10% mariées avant l'âge de 15 ans, malgré l'interdiction légale du mariage précoce et forcé.^{xxxviii} Les filles du Burkina Faso sont plus susceptibles de se marier à un très jeune âge (9-12), d'être analphabètes, d'être plus jeunes lorsqu'elles donnent naissance à leur premier enfant et d'avoir plus d'enfants au cours de leur vie que les filles des autres régions du monde.^{xxxix} De nombreuses filles sont mariées dans des mariages polygames,^{xl} ce qui limite encore plus leur pouvoir et leur action. L'âge moyen du premier mariage pour les femmes au Burkina Faso est de 17,8 ans.^{xli} La part des femmes qui se sont mariées avant l'âge de 18 ans est de 56,3 % dans la Boucle du Mouhoun, 59,6 % dans le Centre-Nord et 60,4 % dans la province du Nord.^{xlii} En plus de la CEFM et de la polygamie, les violences sexistes (VBG) sont des problèmes majeurs au Burkina Faso et comprennent des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales

féminines/excisions (MGF/E) et les violences domestiques.^{xliii} Enfin, le risque de violence ou d'exploitation sexuelle pour les femmes et les filles au Burkina Faso est accru en raison de la crise sécuritaire actuelle.^{xliv}

2.2. VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉGALITÉ DE GENRE, PAR DOMAINE D'ANALYSE DE L'ADS205

LES LOIS, LES POLITIQUES, LES RÈGLEMENTS ET LES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES

Le Burkina Faso a ratifié toutes les conventions régionales et internationales sur l'égalité des sexes, a adopté une politique nationale en matière de genre en 2009, a créé un ministère dédié à la promotion des femmes et aux questions de genre avec le *Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et des Affaires Humanitaires* (MFSNFAH),^{xlv} et a développé un grand nombre de plans d'action et de programmes sur le genre. Cependant, si le GdBF a bien progressé en garantissant l'égalité d'accès à l'éducation et l'accès gratuit aux services de santé pour les femmes enceintes, les femmes et les filles sont encore largement discriminées dans les sphères sociales, économiques et politiques.^{xlvi}

Les cadres juridiques et administratifs qui régissent l'égalité des sexes au Burkina Faso comprennent des accords et des politiques nationaux et internationaux. Au niveau international, le pays a ratifié en 1984 la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)^{xlvii}; la Convention relative aux droits de l'enfant en 1990 ; la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en 1999 ; et le Protocole sur les droits de la femme en Afrique en 2003.^{xlviii}

Au niveau national, la Constitution du Burkina Faso stipule clairement que les hommes et les femmes sont égaux.^{xlix} Le pays dispose d'un cadre institutionnel pour la promotion de la condition féminine et de l'égalité des sexes. En 2009, le GdBF a adopté la Politique Nationale Genre (PNG) pour 2009-2019.^l L'objectif général de la PNG était de « promouvoir un développement équitable et participatif des hommes et des femmes, ainsi que de garantir l'accès, le contrôle égal, l'accès égal aux ressources et l'accès égal au processus de prise de décision, dans le respect des droits fondamentaux »^{li} En outre, des groupes sur le genre ont été créés en 2013 dans chaque ministère pour promouvoir l'intégration de la dimension de genre, mais avec une capacité limitée à la renforcer.^{lii} En 2017, le gouvernement a adopté une budgétisation sensible au genre dans ses programmes applicables l'année suivante.^{liii} En 2020, le GoBF a adopté une nouvelle stratégie nationale genre (SNG) 2020-2024 (*la Stratégie Nationale Genre*).^{liv}

Le Burkina Faso, qui était une colonie française jusqu'en 1960, a hérité de la France une loi qui criminalisait l'avortement, assimilait l'utilisation de la contraception à l'avortement et interdisait la publicité pour les méthodes contraceptives. L'environnement institutionnel et politique de la planification familiale a évolué dans les années 1980 afin de répondre aux recommandations de diverses conférences internationales sur les questions de population.^{lv} Le gouvernement a donc introduit des politiques de planification familiale au début des années 1980 dans le cadre d'une stratégie de développement social, économique et sanitaire.^{lvi} Cela a été rendu possible grâce à l'influence du lobbying de l'Association burkinabé pour le bien-être familial (ABBEF), l'affilié local de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), et de l'Association des sages-femmes du Burkina Faso (ASBFF).^{lvii} Actuellement, l'avortement n'est légalisé au Burkina Faso que pour préserver la vie et la santé des femmes, en cas de malformation grave du fœtus, et en cas de viol ou d'inceste.^{lviii} Le code pénal ainsi qu'une loi sur la santé reproductive adoptée en 2005 précisent que

deux médecins doivent certifier la nécessité thérapeutique d'un avortement, tandis qu'un procureur de la République doit établir un lien de causalité en cas de viol.^{lix} Mais cette situation a évolué depuis la révision du code pénal, donnant droit à un seul médecin pour certifier et au ministère public d'établir la causalité en cas de viol (Article 513,13 du code pénal)

En 2011, une conférence régionale sur le planning familial à Ouagadougou a débouché sur un consensus appelé "partenariat de Ouagadougou", qui regroupe neuf pays francophones des gouvernements d'Afrique de l'Ouest et leurs partenaires. Le partenariat préconise le renforcement des cadres politiques et législatifs dans ses pays membres, le renforcement des mécanismes financiers et la remise en cause des barrières socioculturelles qui limitent la santé reproductive des femmes. Suite à la recommandation de la conférence, les soins post-avortement ont été introduits au Burkina Faso et dans de nombreux autres pays africains.^{lx} En outre, le GdBF a révisé les politiques, normes et protocoles en matière de PF afin d'inclure le droit des personnes âgées de 18 ans et plus à accéder aux services de PF.

Le GdBF a développé un plan stratégique national sur la santé des adolescent.e.s 2015-2020 qui faisait partie de la politique nationale de santé plus large. Le plan stratégique désigne que la jeunesse est composée de la population de 10 à 24 ans et spécifiquement les adolescent.e.s comme de l'âge entre 10 et 19 ans.^{lxi} Les objectifs sont d'améliorer les indicateurs de santé clés, la coordination et le financement de la santé des adolescents. Le plan se concentre spécifiquement sur la réduction de 20 % des grossesses précoces et/ou non désirées ainsi que sur la réduction de 10 % des avortements clandestins.^{lxii}

En janvier 2019, le gouvernement a démontré son engagement envers la SSR en adoptant un décret qui institue la gratuité des services de PF. D'autres mesures prises pour stimuler l'offre de services de planification familiale ont été la promotion de la distribution communautaire de contraceptifs oraux et le suivi hebdomadaire des produits contraceptifs afin d'éviter les ruptures de stock.^{lxiii}

Au Burkina Faso, il existe différentes sources de droit, à savoir le droit écrit, le droit coutumier et le droit religieux, ce qui crée parfois une incertitude juridique en raison de l'absence de toute hiérarchie effective. La plupart des Burkinabés sont musulmans, et la vie familiale (héritage, mariage, divorce, garde des enfants) et les questions foncières sont largement régies par les valeurs sociales et la religion. Comme de nombreux pays en développement, le Burkina Faso a du mal à faire appliquer les lois et politiques existantes en matière de genre.^{lxiv} Par exemple, les mariages forcés sont interdits par la loi ; cependant, le CEFM est courant au Burkina Faso, et la loi autorise le mariage des filles à un âge plus jeune que celui des garçons (17 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons, qui peut être réduit à 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons). Cette disposition ne s'applique toutefois qu'aux mariages civils. Comme l'a reconnu le GdBF en 2004, « en réalité, les mariages forcés sont fréquents en raison de l'ignorance des règles en la matière par les victimes et des contraintes liées aux coutumes, à la religion et à d'autres facteurs. »³⁰ La coutume du lévirat, en vertu de laquelle une veuve doit épouser un parent (généralement le frère) de son défunt mari, est interdite par le Code des personnes et de la famille et le Code pénal mais est encore pratiquée au Burkina Faso, surtout dans les zones rurales.^{lxv} En outre, bien que les femmes aient le droit d'hériter des terres en vertu de la loi, dans la réalité, le droit coutumier domine généralement, qui favorise l'héritage masculin.^{lxvi}

NORMES ET CROYANCES CULTURELLES

Malgré sa diversité ethnique, les différences dans les systèmes de croyances et les pratiques, les rôles des hommes et des femmes et les relations au sein des ménages sont similaires dans toute la société burkinabé. Le sexe, l'âge, le statut et la richesse sont les structures sociales sur lesquelles s'organisent les communautés rurales du Burkina Faso.^{lxvii} Les ménages sont hiérarchisés et généralement dirigés

par un homme âgé. Le mari est presque toujours le chef du ménage et contrôle la plupart des biens et des décisions. Son rôle le plus important est celui de pourvoyeur économique.^{lxxviii}

Il existe également des inégalités internes entre les membres du ménage au Burkina Faso, en fonction de la position qu'ils occupent. Une fois mariées, les femmes emménagent souvent dans la famille de leur mari où les belles-mères ont un fort pouvoir intrafamilial. La polygamie complique les hiérarchies de pouvoir au sein des ménages.^{lxxix} Les femmes sont souvent confrontées à une mobilité restreinte, à un faible pouvoir de décision et à la peur de leur mari.^{lxxx} La figure de la "bonne épouse" et les rôles qui lui sont attribués, couplés au rôle présumé du mari comme principal détenteur du pouvoir et de l'autorité décisionnelle, imposent aux jeunes femmes un modèle de conduite basé sur la soumission et le silence.^{lxxxi} En outre, les femmes sont traitées comme des étrangères dans la famille de leur mari et sont fréquemment exclues des discussions sur les questions familiales.^{lxxxii}

Le mariage est compris non pas par le choix d'un conjoint pour former un couple mais bien plus par l'accord entre deux familles consacrées par des rites traditionnels. Étant un élément important de la dynamique de genre du ménage, le mariage, qui survient souvent à l'adolescence, dissuade les familles d'investir dans les filles. Les taux de CEFM sont restés inchangés au cours des trois dernières décennies. Dans les zones rurales, de nombreuses personnes se marient selon des règles traditionnelles sans âge minimum, et des filles d'à peine dix ans sont souvent mariées. Les taux de mariage des enfants varient peu entre les principaux groupes ethniques du Burkina Faso.^{lxxxiii} Dans chaque région, le pourcentage de personnes mariées est plus élevé que le pourcentage de personnes ayant eu une naissance, ce qui reflète le lien étroit entre le mariage et la procréation au Burkina Faso.^{lxxxiv} Au Burkina Faso, les parents s'attendent socialement à ce que l'avenir d'une fille consiste à se marier et à s'occuper de son mari et de ses enfants. La plupart des filles sont mariées à l'âge de 15 ans, et dans certains cas, elles sont fiancées à l'âge de 8 ou 9 ans.^{lxxxv} On dit aux adolescentes et aux jeunes femmes (AGYW) qui risquent d'être victimes du CEFM qu'un autre membre de leur famille, généralement la mère, sera banni ou battu si elles n'acceptent pas le mariage.^{lxxxvi} De plus, les conséquences sociales et personnelles sont dévastatrices pour les AGYW qui refusent le mariage, notamment par l'abandon et l'exclusion de la famille.

Dans certaines régions du pays, la pratique du « Pog-lenga », qui signifie « don de femme », est pratiquée - dans cette tradition, une mariée peut également apporter une jeune fille (c'est-à-dire une nièce) à la famille de son mari comme fille supplémentaire pour le mariage.^{lxxxvii} D'autres communautés au Burkina Faso pratiquent le lévirat¹ malgré son interdiction par la loi. Bien que les filles soient en grande partie les victimes des CEFM au Burkina Faso, il existe des cas de jeunes hommes et de garçons contraints au mariage contre leur gré. Amnesty International (2015) a constaté que, dans certains cas, cela était utilisé comme un moyen pour cacher la sexualité présumée des fils (c'est-à-dire LGBTIQ).

RÔLES, RESPONSABILITÉS ET EMPLOI DU TEMPS DES HOMMES ET DES FEMMES

Le Burkina Faso se caractérise par une culture patriarcale traditionnelle et une division stricte du travail, en particulier dans les zones rurales. Le travail domestique est considéré comme une responsabilité féminine, et les femmes déclarent consacrer peu de temps au repos ou aux loisirs.^{lxxxviii} Les femmes burkinabè jouent un rôle immense dans l'entretien de la nourriture, de l'eau et de l'énergie du ménage. Par exemple, elles marchent - souvent sur de longues distances - pour aller

¹ The practice where a widow is obligated to marry a member of her late husband's family, usually his brother.

chercher du bois et de l'eau, préparer les repas, travailler dans les champs, travailler leurs parcelles, moudre la farine, et s'occuper des besoins de leurs maris et de leurs enfants.^{lxxxix} Pendant la saison des pluies, en particulier, les femmes consacrent une grande partie de leur temps aux activités agricoles.^{lxxx} Les femmes représentent 75 % de la production alimentaire et sont presque exclusivement responsables de la transformation des aliments.^{lxxxj}

Le travail effectué à la maison est le plus souvent non comptabilisé et non rémunéré. En ce qui concerne ces soins non rémunérés, 90 % des Burkinabés considèrent qu'il s'agit de la responsabilité des femmes et 70 % ne pensent pas que ce travail devrait être partagé.^{lxxxii}

Par conséquent, les femmes burkinabè, en particulier celles qui vivent dans les zones rurales, sont généralement stressées par le manque de temps, car elles travaillent 16 à 18 heures par jour.^{lxxxiii} Cette répartition inégale du travail entre les sexes constitue un obstacle à la participation équitable des femmes et des filles aux activités extra-ménagères, telles que les réunions de planification du développement communautaire et les formations.^{lxxxiv} Pour certains ménages, le rôle domestique des enfants et leur soutien aux activités agricoles limitent souvent la capacité de l'enfant à participer à l'école, surtout pour les filles.^{lxxxv}

L'ACCÈS ET LE CONTRÔLE DES ACTIFS ET DES RESSOURCES

Les femmes burkinabè sont confrontées à des défis importants en matière d'accès et de contrôle des actifs et des moyens de production, notamment la terre, la technologie, les équipements améliorés et les services financiers. Le faible revenu des femmes s'explique en partie par le fait qu'elles se voient refuser l'accès aux ressources productives telles que la terre, le crédit et la propriété.^{lxxxvi}

Le régime foncier au Burkina est notoirement compliqué, en particulier pour les femmes. Moins de 20 % des femmes possèdent des terres.^{lxxxvii} Bien que le GdBF autorise les femmes à posséder des terres, il n'y a traditionnellement aucune situation où une femme peut contrôler la terre en tant que propriétaire.^{lxxxviii} Les hommes héritent de la terre de leur père ; si le père d'un homme ne possède pas de terre, ou si une femme souhaite cultiver une parcelle de terre, le chef de la concession ou le chef du village doit se faire leur avocat et demander aux autres propriétaires du village de leur donner une parcelle de terre à cultiver.^{lxxxix} Le propriétaire d'origine reste propriétaire de ces parcelles, mais avec un certain contrôle sur les décisions de production prises par la cultivatrice. À partir de cette parcelle, les femmes sont chargées de se nourrir et de nourrir leurs enfants exclusivement par la culture de ce champ.^{xc}

Bien que les femmes effectuent un travail important sur les terres de leur famille ou de leur mari, elles ont peu de contrôle sur les décisions liées à la production ou sur les revenus qui en découlent. De même, les technologies améliorées et permettant de gagner du temps pour produire et transformer les aliments sont un luxe inaccessible à la plupart des femmes rurales.^{xcj} En outre, les femmes n'ont qu'un contrôle limité sur les revenus provenant de la vente d'animaux (et de volailles en particulier). Même si la décision de vendre peut venir des femmes, ce sont généralement les hommes qui contrôlent les revenus tirés des animaux, même si les animaux appartiennent en pratique aux femmes.^{xcii}

Les femmes sont également confrontées à des difficultés économiques majeures pour accéder aux prêts et sont souvent considérées comme des "demandeurs à haut risque" par les institutions financières formelles.^{xciii} D'autres conditions de crédit sont prohibitives pour les femmes car elles ont plus de mal à trouver des garanties. Le contrôle de l'argent est une source courante de conflit conjugal au sein du ménage au Burkina Faso.^{xciv}

LES MODÈLES DE POUVOIR ET DE PRISE DE DÉCISION

Au Burkina Faso, les hommes détiennent le pouvoir de décision à tous les niveaux, du leadership politique aux biens du ménage, en passant par les questions de reproduction. Dans la politique burkinabè, la participation des femmes est limitée en raison des stéréotypes sexistes, des idées fausses sur leurs compétences en matière de leadership et de la méconnaissance par les femmes de leur droit à participer à ces rôles.^{xcv} Les femmes ne détiennent que 6,3 % des sièges parlementaires après les dernières élections de 2020,^{xcvi} ce qui constitue un recul notable des progrès réalisés par les femmes au Parlement, contre 11 % en 2016 et 15 % en 2012.^{xcvii} Et ce, malgré une loi sur les quotas selon laquelle les partis politiques doivent nommer 30 % de femmes sur leurs listes de candidats aux élections législatives et municipales. Très peu de partis politiques répondent à ces exigences. Les postes ministériels occupés par des femmes sont passés de 14 pour cent en 2014 à 24 pour cent en 2016.^{xcviii} En 2019, seuls 34 pour cent des fonctionnaires sont des femmes au Burkina Faso. Le harcèlement verbal et physique est courant chez les femmes en politique.^{xcix}

Dans les contextes traditionnels du Burkina Faso, les femmes et les jeunes sont exclus des sphères de décision et n'ont pas voix au chapitre, ce qui laisse leurs préoccupations sans réponse.^c Les hommes prennent normalement les décisions au sein du foyer et de la communauté. Les ménages s'engagent dans des négociations budgétaires où les hommes sont généralement responsables des dépenses telles que la nourriture, les frais de scolarité, les soins de santé et d'autres coûts de production de la famille. Les femmes couvrent les condiments, les vêtements, l'eau et la transformation des aliments.^{ci} Les données de l'enquête démographique auprès des ménages (EDS) de 2010 montrent que les hommes prennent principalement les décisions concernant la santé des femmes et les achats importants du ménage (respectivement 75 % et 79 % des cas interrogés).^{cii} Parfois, les femmes ne peuvent pas décider seules de se rendre dans un centre de santé lorsqu'elles sont malades car elles ont besoin de l'approbation de leur mari.^{ciii} Les hommes ont également tendance à décider quelles cultures sont plantées et où.^{civ} Les hommes dominent également les décisions concernant l'utilisation des revenus du ménage. Alors que les hommes ont tendance à tout savoir sur les revenus et la richesse de leurs épouses, les femmes ont très peu de connaissances sur les revenus de leurs maris et leur utilisation.^{cv}

La différence d'âge contribue également à la dynamique de pouvoir existante au sein du foyer et restreint davantage la capacité des épouses à négocier les décisions familiales, notamment le nombre d'enfants et leur espacement, les achats de nourriture et l'éducation.^{cvi} Par exemple, les adolescents non mariés (garçons et filles) subissent une dynamique de pouvoir inégale dans leurs foyers. Les parents sont perçus comme les principaux soutiens et bloqueurs des adolescents en raison de leur capacité ou de leur incapacité à subvenir financièrement à leurs besoins. Certains jeunes peuvent adopter des comportements à risque (par exemple, la migration) lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de la décision du foyer.^{cvii}

TABLEAU 2. APERÇU DES STATISTIQUES PERTINENTES

- Le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso est de 320 pour 100 000 femmes en 2017.^{cviii} Le ministère de la Santé estime que plus de 25 % des décès maternels sont dus à des avortements à risque.^{cix}
- L'âge médian au premier mariage (femmes âgées de 25 à 49 ans) est de 17,8 ans.^{cx}
- Au Burkina Faso, 52 % des femmes sont mariées avant leur 18e anniversaire (contre 4 % des garçons), et 10 % sont mariées avant l'âge de 15 ans.^{cxii}
- L'âge médian du premier rapport sexuel (femmes âgées de 25 à 49 ans) est de 17,7 ans.^{cxiii}
- L'ISF est de 5,2 enfants par femme^{cxiiii}, et l'âge médian à la première naissance est de 19,4 ans (estimation 2010).^{cxv}
- Le taux de grossesse des adolescentes (filles de 15 à 19 ans) est d'environ 6 %, avec 3,2 % dans les zones urbaines et 6,8 % dans les zones rurales.

- Vingt-huit pour cent des femmes ont déclaré avoir eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans, et 2,4 % des femmes ont déclaré que cela s'était produit avant l'âge de 15 ans.^{cxv}
- Seuls 15 % des femmes utilisent des moyens de contraception modernes^{cxvi}, et seulement 5,9 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans utilisent une méthode contraceptive moderne^{cxvii}. 24,5 % des femmes âgées de 25 à 49 ans déclarent avoir des besoins non satisfaits en matière de PF.^{cxviii}
- Chaque année, un tiers des grossesses au Burkina Faso ne sont pas planifiées, et un tiers de ces grossesses non planifiées sont interrompues par un avortement.^{cxix} Le taux national officiel d'avortement est de 25 pour 1 000 femmes. Au Burkina Faso, l'incidence des avortements clandestins à l'échelle nationale a atteint 105 000 en 2012.^{cxx}
- Environ 50% des avortements sont suivis de complications ; seuls 40% d'entre eux bénéficient de soins post-avortement.^{cxxi}
- Seul un avortement sur sept environ est pratiqué par un médecin (3 %) ou un assistant sanitaire qualifié (12 %)^{cxxii}
- Seulement 23,5% des femmes âgées de 15 à 45 ans ont déclaré participer aux décisions concernant leurs propres soins de santé, contre 93,7 % des hommes âgés de 15 à 45 ans.^{cxxiii}
- Une femme sur trois a subi une forme de violence physique et sexuelle au cours de sa vie.^{cxxiv}
- 12% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire intime ont subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie.^{cxxv} 9,3 % des femmes mariées ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur mari/partenaire au cours des 12 derniers mois.^{cxxvi}
- 76 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont subi une mutilation génitale féminine/excision (MGF/E).^{cxxvii}
- 26 % des femmes meurent de maladies ou de complications liées au comportement sexuel ou reproductif, contre 7 % des hommes^{cxxviii}

3. RESULTATS DE L'ANALYSE DE GENRE ET RECOMMANDATIONS: OBJECTIF I:

Objectif stratégique 1 : Renforcer le système de santé pour l'offre des services de contraception et de soins d'avortement sécurisé de qualité, compassionnels et sans jugement dans les formations sanitaires

Résultat intermédiaire 1.1 : Mettre à niveau 300 formations sanitaires de premier niveau dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Nord et du Centre Nord à pouvoir offrir des soins d'avortement sécurisé et une large gamme de méthodes contraceptives.

Résultat intermédiaire 1.2 : Renforcer les compétences des prestataires à fournir des services de contraception de qualité et respectueux et des services d'avortement sûrs.

Résultat intermédiaire 1.3 : Assurer une qualité constante dans l'offre des services d'avortement et de contraception dans les formations sanitaires.

Résultat intermédiaire 1.4 : Renforcer la capacité du système de santé à institutionnaliser les services d'avortement sécurisé et de contraception.

3.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 1:

Les conditions qui permettraient à la plupart des femmes d'éviter les grossesses non désirées ne sont pas bien connues donc sous exploitées au Burkina Faso. Au Burkina Faso, le taux de prévalence de la contraception moderne a été multiplié par près de sept au cours des deux dernières décennies, passant de 4 % en 1993 à 27,4 % chez toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2020, mais les besoins non satisfaits en matière de PF et de contraception restent élevés.^{cxxix} Les jeunes femmes mariées de 15 à 19 ans ont la plus faible prévalence de contraception moderne, soit 12,4 %, contre 33,3 % pour les femmes de 30 à 34 ans. Parmi les méthodes modernes, les méthodes hormonales dominent, et les trois méthodes contraceptives préférées sont les implants (44 %), les injectables (32 %) et la pilule (13 %).^{cxx} L'indice synthétique de fécondité (ISF) a évolué lentement, passant de 6,5 en 1993 à 5,2 en 2018.^{cxxxi}

En 1998-1999, 26 pour cent des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ne voulaient pas d'enfants dans un avenir proche et n'utilisaient aucune méthode de contraception.^{cxxxii} En 2010, cette proportion n'a diminué que de deux pour cent (24 pour cent). Chez les femmes célibataires mais sexuellement actives du même groupe d'âge, les besoins non satisfaits étaient encore plus importants, soit 38 pour cent en 2010.^{cxxxiii} **Le besoin non satisfait de planification familiale (PF) chez les femmes mariées était de 23,3 pour cent en 2018, et la demande satisfaite par les méthodes modernes était de 55 pour cent.**^{cxxxiv} Si, dans l'ensemble, les femmes ont à peu près le nombre d'enfants qu'elles souhaitent (5,5 souhaités, six réels en 2010), des poches de demande non satisfaite persistent, notamment chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans.^{cxxxv} Ceci est particulièrement pertinent étant donné qu'environ un tiers de la population du Burkina Faso est âgée de 10 à 19 ans. La plupart des besoins non satisfaits concernent l'espacement des naissances, tandis qu'une plus petite partie des femmes cherchent à limiter les naissances. Les besoins non satisfaits sont fortement associés au statut socio-économique,

Parmi les femmes âgées de 18 à 24 ans, deux sur cinq étaient mariées, et une sur quatre avait donné naissance à un enfant avant l'âge de 18 ans.^{cxxxvi} Parmi les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, 69 % ont eu des rapports sexuels et 38 % sont classées comme étant actuellement actives sexuellement (au cours des quatre dernières semaines). Malgré cela, 83 % des personnes de ce groupe n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive moderne, et 88 % n'en utilisent pas actuellement.

Si la moitié des femmes burkinabè dont les besoins ne sont pas satisfaits utilisaient une méthode moderne de contraception, il y aurait chaque année 116 000 grossesses non planifiées de moins, ce qui entraînerait 37 000 avortements à risque et 350 décès maternels de moins.^{cxxxvii}

En grande partie en raison du besoin non satisfait de contraception et bien que l'avortement soit légalement limité, l'interruption de grossesse en dehors des cadres légaux est fréquente^{cxxxviii} et la plupart des avortements clandestins sont effectués dans des conditions peu sûres qui mettent en danger la santé des femmes.^{cxxxix}

Les dernières estimations suggèrent que 105 000 avortements provoqués ont eu lieu au Burkina Faso en 2012, dont la grande majorité étaient des procédures clandestines réalisées dans des conditions dangereuses.^{cxli} Quarante et un pour cent des avortements sont pratiqués par des tradipraticiens, 23 % par les femmes elles-mêmes, 25 % par des sages-femmes et des auxiliaires de santé, et seulement 3 % par des médecins.^{cxlii} Cinquante-sept pour cent des femmes qui se font avorter par un praticien traditionnel et 51 % de celles qui tentent d'interrompre elles-mêmes leur grossesse souffrent de complications.^{cxliii} Ces graves conséquences de l'avortement à risque peuvent non seulement compromettre la santé des femmes, mais aussi nuire au bien-être de la famille et priver le pays de ressources importantes. **Près de la moitié des femmes qui ont des complications liées à l'avortement ne reçoivent aucun soin post-avortement.**^{cxliiii}

Les femmes qui subissent des avortements provoqués ne sont pas représentatives de toutes les femmes en âge de procréer. Elles ont tendance à être plus jeunes et plus instruites que les autres femmes, et sont plus susceptibles que les autres femmes de vivre dans des zones urbaines, d'être célibataires et de ne pas avoir d'enfants.^{cxliiv} **Cependant, cela peut être dû à un manque de littérature et de données provenant des zones rurales qui ont exploré les données démographiques des femmes et des filles cherchant des services d'avortement en dehors du centre de santé officiel.**

L'avortement à risque contribue largement au taux élevé de mortalité maternelle au Burkina Faso. Le Burkina Faso a un taux élevé de mortalité maternelle, soit 320 décès pour 100 000 femmes.^{cxliv} **Les autorités estiment que 25 % des décès maternels sont dus à des pratiques d'avortement à risque.**^{cxlvi} La contraception est le moyen le plus efficace de réduire le taux de

grossesses non désirées, le nombre d'avortements à risque et les décès maternels.^{cxlvii} Les autres déterminants des taux de mortalité élevés au Burkina Faso sont la mauvaise qualité des services de santé obstétrique, la pénurie d'accoucheuses qualifiées, les taux de fécondité élevés, les taux élevés de mutilations génitales féminines et les grossesses précoces.^{cxlviii}

Les courts intervalles entre la naissance et la grossesse sont probablement liés à la forte prévalence des grossesses non planifiées. Les données suggèrent que des intervalles de moins de six mois entre la naissance et la grossesse augmentent le risque de morbidité et de mortalité maternelles, et que des intervalles de moins de 18 mois augmentent la mortalité infantile, néonatale et périnatale.⁴ Cependant, les jeunes femmes mariées (18 ans et moins) des zones rurales du Burkina Faso connaissent des intervalles plus courts entre la naissance et la grossesse que les femmes mariées plus âgées et les femmes des zones urbaines.^{cxlix}

L'insuffisance du personnel de santé et les normes culturelles qui font qu'il est inconfortable pour les femmes d'interagir avec des prestataires de santé masculins, affectent l'utilisation des services de SSR par les femmes. La qualité, l'engagement et le dévouement des prestataires de soins de santé sont essentiels pour des systèmes de santé équitables. Le personnel de santé au Burkina Faso est insuffisant pour répondre aux besoins en soins de santé de la population du pays. Cela est dû au sous-investissement dans une gestion efficace des ressources humaines en santé, avec un recrutement public limité, des salaires publics bas et une faible volonté des professionnels de la santé de travailler dans les zones rurales et éloignées.^{ci} En outre, bien que les femmes soient bien représentées en tant que sages-femmes, les hommes dominent en tant que médecins et infirmiers, en particulier dans les régions ciblées.^{cii} Le manque de prestataires médicaux féminins peut empêcher les femmes d'avoir recours aux services de santé sexuelle et reproductive et à la divulgation de la violence sexiste. Au niveau communautaire, une étude a révélé que les mères préfèrent parler avec des agents de santé communautaire (ASC) de sexe féminin, notamment en ce qui concerne la santé maternelle et infantile (SMI), la SSR et la PF.^{ciii}

Plus précisément, les attitudes du personnel de santé par rapport à l'avortement empêchent les femmes et les filles de révéler leur besoin de soins post-avortement (SAA). Dans la pratique clinique, les prestataires de soins de santé stigmatisent régulièrement les femmes qui se présentent pour des SAA en retardant leurs soins, en exigeant des paiements informels et, parfois, en refusant de les traiter.^{ciiii} La stigmatisation découle de l'opinion selon laquelle l'avortement est immoral et va spécifiquement à l'encontre des croyances religieuses (tant chrétiennes que musulmanes) ainsi que de la valeur accordée aux familles nombreuses et de la valeur accordée aux femmes en ce qui concerne uniquement leur rôle d'épouse et de mère.

Les prestataires de santé qui proposent des services d'avortement sans risque risquent également d'être stigmatisés. Par conséquent, les prestataires de services d'avortement peuvent engager un agent de santé subalterne pour passer au crible les patientes potentielles et ne référer que celles qui peuvent garantir leur silence.^{civ} En d'autres termes, les avorteurs ont tendance à ne pas prendre en charge les patientes dont on ne sait pas si elles sont dignes de confiance. En plus de la stigmatisation liée à ces services, il y a la crainte que **les prestataires qui fournissent des services d'avortement risquent des poursuites (emprisonnement et amendes).** Les prestataires traditionnels de services d'avortement semblent toutefois moins compter sur ce risque que sur « la peur que leur "pouvoir magique" inspire à leurs patientes. »^{civ}

Le manque de services « adaptés aux jeunes » au Burkina Faso - des lieux où les adolescents peuvent accéder à des informations pertinentes et à des services impartiaux en toute confidentialité - constitue un obstacle pour les adolescentes et les jeunes femmes (AGYW) qui souhaitent accéder aux informations et aux services de PF pour prévenir les grossesses non

planifiées. Pour les adolescents, garçons et filles, il n'est pas socialement acceptable de demander des informations sur la santé sexuelle et reproductive dans les centres de santé. De plus, dans de nombreux cas, les prestataires de services de santé n'ont pas les attitudes et les capacités nécessaires pour accueillir les adolescents et répondre à leurs besoins spécifiques.^{clvi} Par exemple, Amnesty International (2016) a constaté que, dans certains cas, le personnel médical refusait de donner des informations sur la SSR ou la PF aux adolescentes parce qu'elles étaient « trop jeunes. » Les AGYW au **Burkina Faso craignent également un manque de confidentialité dans les centres de santé.**^{clvii} Ce manque d'intimité est un élément dissuasif fort pour la recherche de conseils en matière de contraception ainsi que d'avortement sans risque. La question de la discrétion est encore plus sensible dans les zones rurales où il est impossible pour une adolescente de se rendre dans un centre de santé pour obtenir des conseils sans que ce fait soit connu. Les femmes mariées ayant des enfants peuvent saisir l'occasion des consultations pour enfants pour poser des questions en toute discrétion, ce qui n'est pas donné à toutes les jeunes femmes.^{clviii}

De même, les femmes peuvent passer par plusieurs établissements et prestataires de soins avant de révéler qu'elles ont subi un avortement provoqué. Il s'agit d'une méthode d'auto-préservation qui permet aux femmes et aux jeunes filles de se protéger contre le risque de stigmatisation lié à l'avortement de la part de leur famille et des prestataires de soins de santé. Les prestataires de soins de santé indiquent que les femmes/filles qui viennent après un avortement provoqué illégal sont des patientes très difficiles.^{clix} Cette situation est problématique étant donné que 97 % des interruptions de grossesse pratiquées dans les zones rurales ne sont pas sûres. Ces avortements non sécurisés entraînent des complications qui pourraient être évitées.^{clx}

Il est plus difficile pour les femmes pauvres vivant dans les zones rurales que pour celles vivant dans les zones urbaines d'accéder aux SAA et aux services. Dans les zones urbaines du pays, 1 femme pauvre sur 10 ayant subi un avortement provoqué souffre de complications non traitées.^{clxi} Dans les zones rurales, cette proportion est plus élevée : 2 femmes pauvres sur 10 ayant subi un avortement souffrent de complications non traitées.

Selon les agents de santé, les femmes ne cherchent à se faire soigner après un avortement qu'en cas de complications. En d'autres termes, les femmes qui ont subi un avortement provoqué au sud ne recherchent généralement les SAA qu'en dernier recours. Le coût est un autre facteur qui dissuade les femmes de recourir aux SAA. **Les femmes et les filles qui ont recours aux SAA en raison de complications sont probablement incapables de faire face aux dépenses qui en découlent.** Ceci est lié aux modèles sexués de contrôle des ressources du foyer, ainsi qu'au fait que les femmes dont on sait ou dont on dit qu'elles ont subi un avortement provoqué ont moins de chances de recevoir le soutien financier nécessaire de la part de leur famille.^{clxii}

Les soins post-avortement (SAA) sont considérés par certains professionnels de santé comme un moyen de prévenir de futurs avortements par rapport à un continuum de soins complet. « L'objectif des SAA est considéré comme étant non seulement de sauver la vie d'une femme, mais aussi de servir de fonction moralisatrice et de mise en garde contre les dangers de l'avortement. »^{clxiii} De manière connexe, la perception des SAA par

certaines femmes peut influencer leur comportement en matière de recherche de soins. Par exemple, une étude a révélé que la façon dont les prestataires de soins de santé parlent des SAA comme d'un "lavage d'estomac" suscite la peur de la douleur.^{clxiv}

Il n'existe actuellement aucun protocole écrit et peu de formation à l'intention des professionnels de la santé pour les aider à guider et à régir le traitement des victimes de violence sexiste, y compris la violence sexuelle et le besoin de contraception/avortement d'urgence résultant de cette violence.^{clxv} Il s'agit d'une lacune institutionnelle majeure qui est d'autant plus pressante que les récents rapports des travailleurs médicaux dans les zones de conflit au Burkina Faso font état d'une augmentation des violences sexuelles. Les ONG ont signalé que les personnes déplacées et les jeunes femmes étaient particulièrement exposées aux abus. Un rapport d'Oxfam décrit des femmes et des filles exposées quotidiennement au viol, au harcèlement sexuel et aux agressions dans les champs et aux points d'eau ; beaucoup, confrontées à l'extrême pauvreté, sont également vulnérables au recrutement par les groupes armés.^{clxvi} Dans le même ordre d'idées, la détérioration de la situation humanitaire au Burkina Faso a également entraîné une augmentation du nombre de MEFC.^{clxvii} Si l'inégalité entre les sexes est une cause fondamentale du MEFC, tant dans les contextes stables que dans les contextes de crise, les données disponibles montrent qu'en temps de crise, les familles considèrent le MEFC comme un moyen de faire face à de plus grandes difficultés économiques et de protéger les filles d'une violence accrue.^{clxviii} Il est essentiel de comprendre les tendances liées au MEFC car, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), les filles mariées sont deux fois plus susceptibles de subir des violences sexuelles, d'avoir des grossesses non désirées et de recourir à des avortements dangereux.^{clxix}

Le manque d'une plateforme technique équipée et adapté pour la prestation de soins d'avortement sans risque dans les centres est un obstacle majeur : certains prestataires de santé qui sont prêts à le faire mais qui sont confrontés à des problèmes de plateforme technique

3.2 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES OBJECTIF 1 :

- Diffuser largement les textes autorisant l'avortement sans risque, sensibiliser le personnel et équiper les plateaux techniques pour la prise en charge de l'avortement sans risque.
- Former tous les acteurs de l'ensemble des services d'avortement sans risque, notamment en ce qui concerne les préjugés inconscients liés aux normes de genre ainsi que les principaux obstacles liés au genre à l'accès à la santé sexuelle et reproductive, à la planification familiale et aux services d'avortement sans risque.
- Le Burkina Faso devrait suivre de près les recommandations de l'OMS pour élargir l'accès à l'avortement en transférant les tâches des médecins vers des professionnels de niveau intermédiaire, étant donné les contraintes en matière de ressources humaines dans le pays. Par exemple, il est prouvé que **les infirmières et les sages-femmes sont capables de fournir des soins post-abortum de qualité**,^{clxx} les former à ces soins et les autoriser à les fournir présenterait de multiples avantages. Ces professionnels sont bien plus nombreux que les médecins et sont bien plus souvent basés dans des établissements de soins primaires, qui sont accessibles aux femmes rurales.
- Fournir des avortements sûrs dans toute la mesure de la loi est toujours beaucoup moins coûteux que de traiter les femmes qui se présentent pour des soins après un avortement dangereux. Les services sûrs promus par PSLV doivent inclure **des conseils complets et une contraception post-avortement pour aider les femmes à éviter une autre grossesse non désirée**. À ce titre, le projet PSLV doit s'assurer que les centres de santé et les prestataires de services ciblés sont bien équipés pour fournir non seulement des avortements sûrs, mais aussi des conseils

complets et une contraception post-avortement. **La formation doit également mettre l'accent sur l'importance de la prise de décision des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive et de PF, ainsi que sur l'engagement et le soutien des hommes en matière de contraception.**

- Tout effort de renforcement des capacités des prestataires de services de santé devrait inclure un contenu sur les préjugés inconscients et leur impact sur la prestation de services de santé de qualité
- Envisager de soutenir **des mécanismes de retour d'information anonyme** dans les centres de santé ciblés afin que les membres de la communauté en quête de santé puissent fournir un retour d'information pour améliorer la réactivité des centres et du personnel de santé à leurs besoins. Il peut également s'agir d'un mécanisme de surveillance de **la demande de frais informels pour des services supposés gratuits ou subventionnés**. Cela pourrait prendre la forme d'une simple boîte où les utilisateurs peuvent insérer des notes anonymes qui sont examinées par les dirigeants de la communauté dans des forums publics.
- Aidez les prestataires de services de santé à utiliser le retour d'information pour améliorer leurs services. Potentiellement lié à l'activité 1.3.3 *Former les équipes cadres de district, les responsables des formations sanitaires sur l'analyse de la performance et l'utilisation des données pour la prise de décision.*
- De même, pour les adaptations des formations pour les ASBC (Activité 1.4 *Renforcer et/ou réviser le curriculum national de formation des agents de santé à base communautaire*) assurez **une couverture adéquate des thèmes liés au genre et à l'inclusion qui ont un impact sur l'accès à un avortement sûr et sans risque et sur la manière dont les attitudes des ASBC eux-mêmes peuvent entraver cet accès** et ont le potentiel de causer des dommages. Envisager des activités potentielles qui utilisent des méthodes participatives pour réfléchir aux normes et croyances sociales et communautaires qui découragent l'avortement et perpétuent des pratiques d'avortement dangereuses et cachées.

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ANALYSE DE GENRE : OBJECTIF 2

Objectif stratégique 2 : Assurer une mobilisation communautaire bâtie autour des organisations locales et des agents de santé à base communautaire

Résultat intermédiaire 2.1 : Améliorer les connaissances des communautés sur l'utilisation des services d'avortement et de contraception

Résultat intermédiaire 2.2. : Créer un environnement favorable au niveau communautaire pour les services d'avortement sécurisé et de planification familiale.

Résultat intermédiaire 2.3 : Renforcer le sentiment d'auto-efficacité des jeunes pour faciliter leurs prises de décision sur leur question liée à leur santé sexuelle et reproductive.

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 2 :

Culturellement, les Burkinabés vivant en milieu rural ont tendance à valoriser les familles nombreuses, et les femmes qui ont beaucoup d'enfants sont respectées au sein de leur communauté. Au Burkina Faso, les enfants sont généralement considérés comme un don de Dieu, de sorte que les hommes et les femmes n'acceptent pas l'idée de limiter le nombre d'enfants. De même, on attend des couples nouvellement mariés qu'ils aient des enfants le plus tôt possible.^{clxxi} En fait, le rôle du mariage au Burkina Faso est la reproduction, ce qui suggère que le mariage n'a de sens que s'il s'accompagne de la naissance d'un enfant.^{clxxii} Si ce n'est pas le cas, des questions sont posées

et des pressions sont exercées par la belle-famille et les proches, notamment sur la femme ou la fille. Cela souligne la responsabilité qu'ont les femmes d'avoir des enfants, ce qui est considéré comme essentiel pour que l'harmonie règne dans le mariage et la famille. Dans les régions ciblées par PSLV, les premiers rapports sexuels et la procréation ont généralement lieu dans le cadre du mariage, et l'intervalle entre le mariage et la première naissance est relativement court. Près de 30 % des femmes ont déclaré avoir eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans au niveau national, dont 28 % dans le Nord, 26 % dans le Centre Nord et 30 % dans la Boucle du Mouhoun.^{clxxxiii} 2.4 % des femmes ont eu leur premier enfant avant l'âge de 15 ans au niveau national.^{clxxxiv} L'entrée dans la sexualité est plus précoce chez les femmes que chez les hommes.^{clxxxv} L'âge médian des femmes au début de leur vie sexuelle est de 17,7 ans au niveau national, 17,4 ans dans le Nord, 17,7 ans dans la Boucle du Mouhoun et 17,9 ans dans le Centre Nord.^{clxxxvi} L'activité sexuelle et la reproduction des femmes burkinabè se déroulent principalement dans le cadre du mariage.^{clxxxvii} Les jeunes filles nouvellement mariées sont censées commencer à avoir des enfants presque immédiatement ; en général, elles donnent naissance dans les 20 premiers mois suivant le mariage.^{clxxxviii} **À cet égard, les couples mariés sont considérés comme n'ayant aucune raison d'empêcher ou d'interrompre une grossesse.**^{clxxxix} **Les seules grossesses non désirées sont réputées être celles qui ont lieu en dehors de l'activité sexuelle normative (par exemple, avant le mariage).**^{clxxx}

L'immense stigmatisme attaché à l'activité sexuelle pré-maritale perpétue probablement la pratique de l'avortement clandestin et non sécurisé. Ceci en dépit du fait que près de la moitié de la population du Burkina Faso a moins de 15 ans et que les relations sexuelles pré-maritales sont en augmentation.^{clxxxxi} Beaucoup de ces jeunes deviendront sexuellement actifs à l'adolescence et, par conséquent, risqueront ou subiront une grossesse non planifiée ou une infection sexuellement transmissible (IST), notamment le VIH.^{clxxxii} En fait, les données indiquent **qu'il existe un désir non satisfait de contraception chez les adolescentes et les jeunes femmes** : 58,3 % des adolescentes célibataires sexuellement actives déclarent ne pas vouloir d'enfant au cours des deux prochaines années, mais seulement 52,7 % d'entre elles utilisent actuellement une méthode pour prévenir la grossesse.^{clxxxiii} Parmi les adolescentes mariées, 51,1 % déclarent ne pas vouloir d'enfant au cours des deux prochaines années, mais seulement 8,5 % utilisent actuellement une méthode de prévention de la grossesse.^{clxxxiv} **À cet égard, les AGYW non mariées sont probablement à haut risque de grossesse non planifiée et de recherche ultérieure de services d'avortement.**

Bien que le mariage et la procréation précoce soient hautement valorisés dans la société burkinabé, discuter du nombre d'enfants, du sexe et de la PF est un sujet tabou pour les hommes et les femmes. L'utilisation de la contraception est taboue pour les jeunes couples sans enfant, en raison d'une part de la grande valeur accordée à la procréation au sein du mariage et, d'autre part, de la faible valeur accordée aux femmes en dehors de la maternité. Dans la majorité des cas, la contraception n'est utilisée qu'après une ou plusieurs naissances.^{clxxxv} Dans certaines communautés, les hommes et les femmes croient que le fait de discuter du nombre d'enfants peut apporter la malchance et le malheur.^{clxxxvi} Ainsi, la culture burkinabé décourage de parler de plans ou de désirs pour un nombre spécifique d'enfants, de sexe et, dans une certaine mesure, de PF en général, à l'exception de l'espacement des naissances qui est considéré comme un sujet de discussion plus acceptable.^{clxxxvii} Les jeunes filles mariées sont moins à même que les femmes mariées plus âgées de discuter des questions de contraception et d'espacement des naissances, probablement en raison d'une dynamique de pouvoir inégale exacerbée par l'âge et l'attente d'avoir des enfants rapidement.^{clxxxviii} **Par conséquent, les grossesses sont souvent perçues comme inattendues.**^{clxxxix} **Les jeunes hommes et femmes (18 ans et moins) n'ont pas un accès adéquat aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, et les femmes n'apprennent souvent la contraception**

qu'après l'accouchement, ce qui entraîne des taux élevés de grossesses non planifiées. Les adolescents, filles et garçons, n'ont pas une connaissance suffisante de la menstruation et de la puberté.^{cxci} L'incapacité à recueillir des informations essentielles, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et de la menstruation, est aggravée par le fait que la plupart des familles n'abordent pas les questions liées à la santé sexuelle et reproductive, à la puberté et au sexe avec leurs enfants.^{cxci} Moins de deux filles sur cinq et un garçon sur dix ont déclaré qu'un parent leur avait parlé de questions de SSR.^{cxcii} De nombreuses femmes entendent parler de contraception pour la première fois après avoir accouché dans un centre de santé.^{cxciiii}

L'opposition à la contraception est souvent ancrée dans des stéréotypes de genre négatifs et dans la peur de la sexualité des femmes. Ces stéréotypes perpétuent des modèles de contrôle nuisibles concernant la mobilité et l'utilisation de la contraception. Les accusations d'infidélité de la femme sont monnaie courante au Burkina Faso. Alors que l'infidélité d'un mari est socialement acceptable, l'infidélité d'une femme (ou la menace perçue d'infidélité) est considérée avec un extrême mépris et est emblématique des préjugés contre la sexualité des femmes et du stéréotype qui valorise les femmes lorsqu'elles ont plusieurs enfants.^{cxciiv} De même, les normes de masculinité au Burkina Faso valorisent les hommes ayant de nombreux enfants, ce qui est considéré comme un symbole de leur virilité.^{cxci} Dans ce contexte, **les femmes qui recherchent la contraception sont fréquemment accusées d'infidélité par leur partenaire.**^{cxci} Ironiquement, la menace d'infidélité perçue est une raison pour laquelle certains maris refusent d'utiliser une méthode contraceptive.^{cxci} Cela perpétue probablement la pratique de l'avortement à risque, car les femmes qui ont recours à ces services risquent d'être ostracisées par la société. **De même, le discours populaire présente l'avortement comme la conséquence d'une mauvaise éducation des jeunes filles et insiste sur la nécessité de les « sensibiliser » à la sexualité pour éviter les grossesses « non désirées ».**^{cxci} Cette représentation perpétue la stigmatisation de l'avortement en général et l'idée qu'il est nécessaire de « contrôler » la sexualité des femmes/filles en particulier en ce qui concerne leur sexualité.

Par conséquent, la plupart des femmes préfèrent utiliser une méthode de contraception « discrète » pour éviter tout conflit avec leur mari. La peur de demander à leur mari, ou le refus de leur mari d'utiliser la contraception, conduit de nombreuses femmes à utiliser la contraception en secret. Pour faciliter cela, les femmes préfèrent des méthodes de contraception plus discrètes, comme l'implant ou l'injection, bien qu'elles soient plus coûteuses que la pilule contraceptive, le préservatif féminin ou d'autres méthodes.^{cxci} Un rapport a révélé que les femmes fréquentaient davantage les centres de santé les jours de marché, lorsque leur absence pouvait passer inaperçue aux yeux de leurs maris.^{cc} Amnesty International (2015) a constaté que les adolescentes risquent de subir des VBG si leur partenaire découvre qu'elles utilisent une contraception clandestine.

Les adolescentes sont motivées par la conviction que leurs parents désapprouvent leur utilisation de la contraception. Ceci, associé à la forte stigmatisation de l'utilisation de la contraception par les adolescents, fait que de nombreuses filles sexuellement actives et utilisant la contraception le font à l'insu de leurs parents.^{cc} Certaines gardent le secret sur l'utilisation de la contraception, même vis-à-vis de leur partenaire sexuel. Le désir d'une contraception discrète détermine le choix de la méthode par les filles et affecte leur expérience dans les centres de santé.^{ccii} Pour ces mêmes raisons, les femmes et les filles sont susceptibles de tenter un avortement clandestin.

Au Burkina Faso, l'avortement est fortement stigmatisé, associé non seulement à un risque pour la vie et à des difficultés économiques, mais aussi à la ruine des chances futures d'une femme de se marier.^{cciii} Cela montre que la perception négative de l'avortement ne concerne pas seulement la condamnation morale associée à l'avortement, mais aussi ses effets négatifs sur la fertilité des femmes et leur capacité à se marier, qui sont les principaux moyens par lesquels les

femmes et les filles obtiennent un statut social.^{cciv} **Une enquête d'opinion auprès des Burkinabés a classé l'avortement, la prostitution et l'homosexualité parmi les phénomènes sociaux les plus largement censurés.**^{ccv} Les articles de journaux sur l'avortement mettent l'accent sur sa fréquence ainsi que sur la prohibition et le secret qui l'entourent, comme le soulignent des titres tels que « le drame silencieux. »^{ccvi}

Au Burkina Faso, l'avortement reste moralement condamné en public, mais est souvent toléré en privé, notamment comme moyen de trouver un avorteur clandestin.^{ccvii} Une recherche qualitative menée au Burkina Faso a révélé que les gens parlent beaucoup de l'avortement sous le couvert du secret.^{ccviii} Les femmes doivent souvent utiliser leurs réseaux sociaux pour trouver clandestinement un avorteur par la bouche à oreille. Il est extrêmement rare, surtout dans les zones rurales, que les femmes/filles puissent se procurer un avortement en s'adressant au hasard à des professionnels de la santé ou à des praticiens traditionnels qui leur sont inconnus.^{ccix} Une étude a révélé que si certaines femmes connaissent les méthodes d'avortement disponibles, elles ne savent pas où s'adresser pour obtenir ces services.^{ccx} Dans ces cas, les femmes doivent demander à leurs amis et à leurs proches de les aider à trouver et à accéder à ces services.^{ccxi} Souvent, les femmes (et/ou leurs partenaires) travaillent par l'intermédiaire de leurs contacts de confiance. Comme le dit Rossier, « ce n'est que lorsque l'agent de santé ou le guérisseur est un ami ou un parent que la personne qui cherche à se faire avorter peut se passer d'un intermédiaire. »^{ccxii}

Il est intéressant de noter que, si les femmes sont réticentes à utiliser les moyens de contraception modernes, elles sont plus disposées à recourir à l'avortement en cas de grossesse non désirée. Drabo (2020) a constaté dans son étude sur l'avortement à Ouagadougou qu'il y a des femmes qui ont déclaré ne jamais utiliser les méthodes contraceptives dites modernes en raison de leurs effets secondaires (prise de poids, peur des effets secondaires dangereux, etc.), mais qui ont plutôt recours à l'avortement lorsqu'elles ont une grossesse qu'elles ne veulent pas. **Dans ce cas, la majorité des femmes qui cherchent à avorter s'adressent à des prestataires traditionnels sans compétences ni formation particulière, ou mettent fin à leur propre grossesse en utilisant des méthodes dangereuses.** Certaines essaient d'utiliser ce qu'elles appellent des « pilules africaines » (concoction à base de plantes) pour mettre fin à une grossesse non désirée.^{ccxiii} Seul un avortement sur sept environ est pratiqué par des médecins (3 %) ou des assistants sanitaires qualifiés (12 %) ; ces procédures sûres sont le plus souvent pratiquées par des femmes plus aisées vivant dans des zones urbaines. Alors qu'un quart des avortements obtenus par ces femmes sont pratiqués par un médecin et un autre quart par un assistant sanitaire qualifié, les interruptions de grossesse assistées par un médecin sont presque inexistantes chez les femmes pauvres des zones rurales, et seul un avortement sur 11 est pratiqué par un assistant sanitaire qualifié.^{ccxiv}

Par ailleurs, on estime que près de la moitié des femmes qui subissent un avortement à risque connaissent des complications qui peuvent menacer leur santé, voire leur vie. Au Burkina Faso, les jeunes femmes et les adolescentes, ainsi que les femmes pauvres vivant dans les zones rurales, sont particulièrement vulnérables aux complications liées aux avortements à risque. Par exemple, une femme urbaine plus aisée sur quatre connaît des complications.^{ccxv} Les femmes qui s'adressent à des praticiens traditionnels ou qui provoquent elles-mêmes leur avortement sont plus susceptibles de connaître des complications que celles qui s'adressent à des professionnels de santé qualifiés.^{ccxvi}

L'accès limité des femmes aux revenus et leur contrôle sur ceux-ci, ainsi que les systèmes de paiement associés aux soins de santé, peuvent limiter leur accès à la SSR, aux services d'avortement et aux SAA. Par exemple, l'autonomie limitée des femmes et des filles en ce qui

concerne le contrôle des biens et des ressources du ménage et le pouvoir de décision peut les conduire à choisir l'avortement clandestin. Cela est dû, en général, au fait que le retour de bâton lié à la recherche d'un avortement peut entraîner un rejet et une perte de soutien, ce qui met les femmes/filles dans une situation précaire en raison de leur autonomie économique et sociale limitée.^{ccxvii}

Dans d'autres cas, la recherche d'un avortement auprès des professionnels de la santé et dans la clandestinité est limitée par le fait que les femmes et les filles n'ont pas accès à l'argent et ne le contrôlent pas, en raison des systèmes de paiement (parfois en nature) qui sont exigés. Au centre de santé, il arrive que des services mandatés par l'État et donc censés être gratuits ne soient fournis qu'après paiement de frais informels.^{ccxviii} Un rapport d'Amnesty International montre que l'on demande fréquemment aux gens de payer pour avoir accès à une installation ou à un traitement médical.^{ccxix} En ce qui concerne l'avortement, **le manque d'autonomie économique des femmes peut conduire les femmes/filles à avorter tardivement et à utiliser des méthodes peu fiables (surdosage de médicaments, etc.) car elles n'ont pas les moyens d'accéder à des méthodes sûres.**^{ccxx} Cela peut entraîner des problèmes de santé importants qui nécessitent une hospitalisation. L'avortement sécurisé n'est cependant pas toujours plus coûteux compte tenu des risques de complication ultérieure. Selon Ouédraogo (2014), les femmes jeunes et pauvres « paient toujours plus (coût et conséquences), mettent plus de temps à avorter et sont plus exposées au « risque » d'un avortement non sécurisé. »^{ccxxi}

Les AGYW ont peur d'être vues et reconnues dans un centre de santé, ce qui constitue un obstacle majeur à l'accès à la contraception et aux soins de SSR, en général.^{ccxxii} **La situation est probablement bien pire pour les AGYW qui cherchent des services d'avortement, y compris les SAA.** De nombreuses études au Burkina Faso notent que les AGYW évitent les centres de santé parce qu'ils craignent que quelqu'un les voit et découvre ou déduise qu'ils sont sexuellement actifs.^{ccxxiii} Cette situation est particulièrement préoccupante pour les jeunes femmes et les jeunes filles célibataires qui souhaitent garder confidentielle leur demande de contraception. C'est un problème plus important dans les zones rurales, où il est plus probable que l'on consulte quelqu'un que l'on connaît et où les possibilités de soins de santé sont plus limitées.

D'autres obstacles empêchent les femmes et les jeunes filles d'avoir accès à l'avortement sans risque et aux SAA, notamment la distance jusqu'au centre de santé, le coût du transport, la mobilité réduite et la résistance du personnel de santé à offrir des services d'avortement. Au Burkina Faso, l'accès aux services de santé à l'intérieur et à l'extérieur du foyer, en particulier pour les populations rurales, est limité par un manque d'investissement dans les infrastructures de santé et une répartition inadéquate du personnel dans le système de santé. **Les jeunes femmes et les filles nouvellement mariées sont souvent isolées socialement et sous le contrôle et la surveillance étroite de la famille de leur mari.**^{ccxxiv} Bien que le gouvernement ait augmenté le nombre de centres de santé communautaires ces dernières années, d'énormes disparités continuent d'exister entre les zones urbaines et rurales. Les établissements de santé sont souvent éloignés des habitations, surtout dans les zones rurales, et les transports sont peu fiables et coûteux. Avant les crises sécuritaires et le COVID-19, près de la moitié de la population devait parcourir plus de 4 km pour accéder à son centre de santé.^{ccxxv} L'accès limité aux centres de santé est un obstacle crucial pour les femmes et les filles, étant donné leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive et leur rôle principal dans la prise en charge de leurs enfants.^{ccxxvi} De plus, si le centre de santé est éloigné, les femmes et les filles ne peuvent pas faire le trajet en raison de leur charge de travail disproportionnée (voir **rôles et responsabilités des hommes et des femmes** ci-dessus), de leur mobilité généralement plus faible et du manque de contrôle sur les ressources nécessaires pour payer le transport. La mobilité

s'est énormément détériorée en raison du conflit, tant pour les hommes que pour les femmes, mais surtout pour les femmes et les filles.^{ccxxvii} **Ainsi, les femmes et les jeunes filles qui souhaiteraient avoir recours à des services d'avortement sûrs en sont peut-être empêchées en raison des limites de leur mobilité. Enfin, comme nous l'avons vu plus en détail ci-dessus, le personnel de santé a des attitudes et des préjugés qui limitent la volonté des femmes et des filles de recourir à des services d'avortement sans risque.**

Le pouvoir de décision sur les décisions liées à la santé, y compris la PF, l'utilisation de la contraception et l'argent pour les soins de santé, est détenu par les hommes, parfois avec d'autres membres influents de la famille. Au Burkina Faso, les hommes, en tant que chef de famille de facto, contrôlent les revenus et ont le dernier mot sur la majorité des décisions du ménage. L'EDS 2010 a révélé que seulement 8 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir un pouvoir de décision exclusif sur leurs propres soins de santé, tandis que 16 % ont déclaré avoir un pouvoir de décision conjoint sur leurs propres soins de santé. L'âge influe également sur le pouvoir de décision. Les jeunes femmes mariées déclarent moins participer à la prise de décision (9,6 % pour les filles de 15 à 19 ans) que les femmes plus âgées (14,2 % pour les femmes de 45 à 49 ans).^{ccxxviii} La polygamie complique encore le pouvoir de décision des jeunes femmes mariées car les coépouses plus âgées peuvent influencer les décisions en matière de SSR. Il existe peu de littérature sur les femmes mariées cherchant à se faire avorter et sur les différences potentielles en fonction du type de ménage, de sa structure et du nombre d'enfants.

Le processus de décision en matière d'avortement est également dicté par les conditions dans lesquelles la grossesse se déroule et par une forte influence des normes sociales. Parmi les raisons qui poussent les femmes à recourir aux services d'avortement, citons le désir de reporter/espacer la procréation, la crainte d'être trop jeunes pour devenir parents, une grossesse stigmatisée (par exemple, une grossesse avant le mariage ou dans le cadre d'une relation adultère) et des contraintes financières.^{ccxxix} On fait probablement peser aux femmes et aux filles les risques d'une grossesse pré-nuptiale et ceux d'un avortement.^{ccxxx} On ne sait pas vraiment dans quelle mesure les femmes cherchent à se faire avorter à l'insu de leur mari/partenaire, mais étant donné les taux élevés de contraception clandestine, il est probable que cela s'étende également à la recherche de services d'avortement.

Dans les cas où le partenaire/mari est consulté pour la décision de recourir ou non à l'avortement, il y a un risque de coercition et de violence pour garantir le résultat qu'il souhaite. Au Burkina Faso, où le gouvernement n'accorde pas à la femme le droit de prendre des décisions en matière d'avortement, les partenaires intimes peuvent être profondément impliqués dans la décision d'avorter, en utilisant toute une série de méthodes allant de la discussion au chantage émotionnel en passant par la force ouverte.^{ccxxxi} Ils peuvent être le moteur de la décision d'interrompre une grossesse (en la niant), ou leur pouvoir de décision peut rivaliser et même dépasser celui de la femme, en la décidant et en la mettant en œuvre.^{ccxxxii} Comme le précise Ouedraogo (2019), « face à une impasse entre partenaires, le capital économique et social détermine l'issue de la négociation par l'utilisation d'arguments, de flatteries, de menaces, de chantage et/ou d'agressions physiques. »^{ccxxxiii}

Une fois qu'une femme a décidé si elle veut ou non garder sa grossesse, d'autres acteurs de son entourage familial et social peuvent influencer le résultat final. Une étude a montré que les amis de la femme peuvent la dissuader en utilisant des arguments religieux, ou en amenant la femme

à être "conseillée" par des religieux (qui découragent presque toujours cette pratique). D'autres personnes influentes (par exemple, le petit ami, la belle-famille) peuvent contraindre les femmes à garder la grossesse en les menaçant de les dénoncer à la police.^{ccxxxiv}

L'opinion des femmes plus âgées, notamment des belles-mères, est un facteur dans les pratiques de prise de décision au sein du foyer, en particulier en matière de santé sexuelle et reproductive, mais on dispose de peu de données à cet égard concernant la recherche de services d'avortement.^{ccxxxv}

Les agents de santé communautaires mettent généralement en avant les idées d'espacement des naissances lorsqu'ils parlent de PF et l'avortement n'est généralement pas abordé comme une méthode de planification familiale.^{ccxxxvi} Etant donné la valeur accordée aux familles nombreuses et aux enfants, en général, l'accent mis sur "l'espacement des naissances" par rapport à la prévention des grossesses non désirées est

probablement mieux accepté par les agents de santé communautaires et les membres de la communauté avec lesquels ils travaillent. En plus de l'idée d'espacer les naissances, les prestataires de soins de santé soulignent que le planning familial offre des avantages économiques aux couples et leur permet de vivre leur sexualité sans nécessairement avoir d'enfants.^{ccxxxvii}

En revanche, en ce qui concerne l'avortement, tant les femmes que les agents de santé le définissent comme le fait d'interrompre une grossesse avant son terme et ne l'incluent pas dans leur description des méthodes de planification familiale.^{ccxxxviii} Les femmes utilisent le terme « enlever la grossesse », qui signifie « enlever » la grossesse en français ou « sam puga » et « kono tchin » (détruire la grossesse) en Moore et Dioula, respectivement, pour décrire l'avortement provoqué. Ils mentionnent une variété de médicaments et de techniques qui peuvent être utilisés pour mettre fin à une grossesse : l'aspiration manuelle, le misoprostol, un médicament appelé « trois jours d'abstinence » ou médicament chinois, le permanganate de potassium et des concoctions de plantes.^{ccxxxix}

DOMAINES SUPPLÉMENTAIRES POUR DE FUTURES RECHERCHES POTENTIELLES

- Mesure précise de l'incidence de l'avortement, un événement délibérément caché et sous-déclaré.
- Les pratiques d'avortement clandestin et les conséquences sociales, sanitaires et économiques de l'avortement à risque
- L'utilisation du misoprostol, y compris où les femmes l'obtiennent, si elles reçoivent des instructions précises sur son utilisation et son impact sur la morbidité et les décès.
- La stigmatisation de l'avortement et ses conséquences, y compris la normalisation des mesures de la stigmatisation, ainsi que la conception et l'essai d'interventions visant à réduire la stigmatisation.

OMS. 2015. Rôles des agents de santé dans la

4.2 RECOMMANDATIONS CLÉS RESULTAT 2 :

- Lors de l'évaluation de la capacité des partenaires locaux - intégrer les aspects liés au genre et à l'inclusion pour mieux comprendre leur structure organisationnelle interne, notamment en ce qui concerne le recrutement, l'équilibre du personnel, le harcèlement sexuel, etc. Cette activité peut également aider les organisations locales à comprendre les préjugés et les capacités du personnel en ce qui concerne la promotion de l'avortement sans risque.

Assurer une sélection rigoureuse des formateurs qui formeront les Agents de Santé de base Communautaire (ASBC) sur le conseil, les références clients, l'accès légal à l'avortement, etc. **Les formations devraient mettre l'accent sur les préjugés inconscients par rapport à l'avortement sans risque et sur la promotion de l'accès des femmes aux services essentiels de PF/SSR.** (Activité 2.1.3: Former les agents de santé à base communautaire). **Veillez**

à ce que l'orientation vers des services de lutte contre la violence sexiste soit intégrée à la formation des ABSC.

- **Inclure des informations sur l'autonomie limitée des jeunes mères mariées dans la prise de décision en matière de reproduction dans l'engagement avec les prestataires de soins de santé et les ABSC.** Les prestataires doivent améliorer leurs propres compétences afin d'autonomiser les jeunes mères, de promouvoir la communication entre les nouveaux parents et de s'assurer que la voix de la jeune mère est entendue. Beaucoup d'entre eux bénéficieraient également d'une formation à la sensibilisation au genre, car ils transmettent souvent inconsciemment leurs préjugés personnels ou culturels sur l'utilisation des contraceptifs aux jeunes mères et/ou aux jeunes filles non mariées.
- **Envisager d'engager des femmes âgées dans les activités du club des filles.** Le projet devrait chercher à tirer parti du pouvoir de ces personnes pour aider les jeunes filles à acquérir des compétences importantes, notamment en matière de communication, de confiance et de santé sexuelle et reproductive.
- **Mettre en place des « villages égalitaires »** ; un concept développé et expérimenté avec succès par Pathfinder au Forum Génération Égalité (FGE), un cadre d'échange et de **dialogue intergénérationnel** réunissant plusieurs profils et permettant d'aborder plusieurs thèmes dont les plus sensibles et sans tabous.
- S'assurer que l'ensemble du personnel du PSLV dispose **d'informations actualisées sur l'orientation vers des services de lutte contre la violence sexiste** et qu'il a été formé à la manière de répondre aux révélations. Cela nécessitera probablement une coordination étroite avec les sous-groupes sur la GBV travaillant dans les régions ciblées, mais c'est essentiel pour garantir des approches qui « ne font pas de mal ». Le lien entre la violence sexiste et l'avortement à risque n'est pas complètement connu, mais les mêmes dynamiques de pouvoir néfastes qui perpétuent la violence sexiste peuvent pousser les femmes/filles à chercher des avortements clandestins et à risque.
- Continuer à **promouvoir les services de contraception et les conseils en matière de SAA**, afin que les femmes puissent quitter le site de soins avec un moyen efficace de prévenir les grossesses non désirées à l'avenir.
- Les AGYW sexuellement actives courent un risque élevé d'avortement à risque en raison d'un certain nombre de facteurs. La stigmatisation même qui empêche les adolescents d'accéder aux contraceptifs pour prévenir les avortements à risque les empêche également de demander la goutte et de recevoir des SAA. Il est donc essentiel de **mettre en place des services de SAA conviviaux et non stigmatisés pour répondre à la crainte d'un jugement sévère qui explique la réticence des adolescents à demander ces soins vitaux**. De même, le projet doit assurer une formation sur l'importance des services adaptés aux jeunes, y compris une attention particulière à la confidentialité qui est une préoccupation majeure pour les jeunes filles et les femmes âgées, en particulier dans les zones rurales.
- L'activité « la voie vers le changement » doit s'assurer d'aborder les principaux obstacles liés au genre et les normes socioculturelles connexes qui empêchent les jeunes filles et les femmes âgées de rechercher et d'utiliser la contraception moderne et l'avortement sans risque. Les questions liées à la protection de la virginité et de l'innocence d'une jeune femme, en particulier la valeur accordée aux femmes mariées et ayant de nombreux enfants, sont l'une de ces normes qui devraient être abordées. De même, les questions relatives à l'inégalité du pouvoir et des pratiques décisionnelles en relation avec le dernier mot des hommes et leur opposition à la PF et à l'utilisation de la contraception sont un autre thème à explorer.

- **Les dialogues communautaires (activité 2.2.2) devraient intégrer des thèmes permanents liés aux normes de genre, à l'inégalité du pouvoir de décision, aux normes de genre liées aux rôles acceptables des hommes et des femmes de tous âges,** ainsi que des dialogues axés explicitement sur les causes et les conséquences négatives du MEFC devraient être privilégiés.
- Lors de la sélection des Jeunes Leaders, envisagez de choisir également des jeunes mères (ou des jeunes filles récemment mariées), car ce sont des femmes et des jeunes filles particulièrement vulnérables qui bénéficieraient non seulement de l'approche, mais qui peuvent également parler de l'expérience de la majorité des jeunes filles, à savoir le CEFM et les grossesses précoces. De même, pour les *Jeunes leaders communautaires* (JLC), pensez à sélectionner des couples de pairs (mari/femme) qui peuvent être formés ensemble. Cela faciliterait également la promotion entre les sexes, car il est culturellement plus approprié pour les femmes de parler avec les femmes des questions liées à la SSR et le fait d'avoir une paire (couple) de jeunes leaders pourrait signifier que les couples rencontrent les couples pour promouvoir les comportements de recherche de la santé chez les jeunes.
- Toutes les formations destinées **aux jeunes devraient inclure un contenu transformateur de genre sur les normes de genre et la promotion de comportements équitables entre les sexes.** Les jeunes générations ont des normes plus équitables en matière de genre, mais les approches spécifiques aux jeunes incluent rarement un programme de transformation du genre, ce qui est une occasion manquée de promouvoir des pratiques plus égalitaires.
- Envisagez d'ajouter à la formation des *Pères et Mères Burkimbila* du contenu sur les **compétences de communication et de prise de décision en couple, la répartition équitable des tâches ménagères et les compétences de résolution pacifique des conflits.** D'autres sujets à inclure sont: La GBV et le CEFM.
- Si possible, envisagez une étude formelle, avec l'examen et l'acceptation du comité d'éthique, sur les " déviants positifs " ou les femmes/filles dans les zones rurales ciblées, qui ont cherché à obtenir un avortement sans risque. **DANS** le cadre de cette étude, Pathfinder pourrait comprendre l'environnement d'influence positif, etc. qui conduit à la décision de recourir à un avortement sans risque, afin de chercher à le reproduire. Dans le même temps, le projet pourrait obtenir une compréhension plus spécifique des obstacles typiques rencontrés dans la recherche d'un avortement sans risque dans les régions ciblées.

5. RESULTATS DE L'ANALYSE DE GENRE ET LES RECOMMANDATIONS: OBJECTIF 3

Objectif stratégique 3 : Créer un environnement politique, juridique, règlementaire et social habilitant pour l'offre et l'accès aux services d'avortement sécurisé.

Résultat intermédiaire 3.1 : Renforcer l'engagement des autorités locales, des leaders communautaires et organisations de la société civile en faveur de l'accès des femmes aux services d'avortement sécurisé.

Résultat intermédiaire 3.2 : Promouvoir / vulgariser les dispositions de nouveau code pénal 2018 et du protocole de Maputo sur l'accès des femmes à l'avortement sécurisé auprès des juristes, parajuristes et autres prestataires du droit au niveau local et régional.

Résultat intermédiaire 3.3 : Renforcer le plaidoyer pour la révision de la loi de la santé de la reproduction par la prise en compte des dispositions du nouveau code pénal de 2018 et du Protocole de Maputo.

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS OBJECTIF 3 :

Malgré les efforts du gouvernement pour augmenter l'offre de soins post-avortement par l'introduction de protocoles, de formations et de prestations de services, peu de choses semblent avoir été faites pour informer la population générale des dispositions légales autorisant l'avortement.^{ccxi} Une étude menée par l'Institut Guttmacher sur les avortements à risque au Burkina Faso a également mis en évidence le manque d'informations fournies par le gouvernement aux femmes et aux jeunes filles sur les circonstances dans lesquelles elles peuvent accéder à des avortements légaux.^{ccxli} Amnesty International confirme également que la grande majorité des femmes des zones rurales et urbaines n'étaient pas au courant des circonstances dans lesquelles elles pouvaient accéder aux services d'avortement.^{ccxlii} Le très faible nombre de femmes accédant chaque année à des services d'avortement sûrs et légaux, comparé aux femmes et aux jeunes filles nécessitant des soins post-avortement en raison de procédures clandestines, parle de lui-même.^{ccxliii}

Un groupe très motivé milite pour un avortement sans risque au Burkina Faso, mais la société civile dans son ensemble n'a pas encore abordé pleinement la question de l'avortement. Seul un nombre très limité d'ONG nationales, à l'exception de l'Association burkinabé pour le bien-être familial (ABBEF), l'affilié local de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) et de quelques autres, aborde directement la question de l'avortement. La plupart des organisations se concentrent sur la promotion de la planification familiale et des soins post-avortement, des sujets considérés comme moins controversés. Récemment, un groupe de dirigeants de la société civile et d'ONG a commencé à se réunir pour organiser des activités visant à élargir l'accès à l'avortement. Ils se sont réunis en juillet 2015 pour élaborer un plan de travail pour les activités futures. En 2008, l'ABBEF a lancé un programme appelé Comprehensive Abortion Care qui comprend la fourniture de misoprostol, d'AMIU et de Medabon (une combinaison de misoprostol et de mifépristone) pour les patientes recherchant des soins d'avortement complets. Marie Stopes International (MSI) fournit des services cliniques au Burkina Faso et a commencé en 2013 à commercialiser sa propre marque de misoprostol, appelée Misoclear^{ccxliv}

L'avortement provoqué est autorisé au Burkina Faso uniquement pour sauver la vie et protéger la santé d'une femme enceinte, ou dans les cas de viol, d'inceste et de malformation grave du fœtus. Dans le monde entier, l'avortement à risque est le plus dangereux là où son accès est le plus limité par la loi.^{ccxlv} La loi sur la santé de la reproduction de 2005 et le Code pénal révisé en mai 2018 sont les deux principaux documents du Burkina Faso régissant l'accès à l'interruption de grossesse. Suite aux révisions du Code pénal par l'Assemblée nationale, l'interruption volontaire de grossesse n'est actuellement autorisée que dans les cas suivants :^{ccxvi}

- Pour préserver la santé de la femme à tout âge gestationnel si un médecin certifie que la grossesse la met en danger ;
- Pendant les 14 premières semaines pour les cas de viol et d'inceste attestés par le procureur de la République ;

EXCERPTS FROM THE PROTOCOL TO THE AFRICAN CHARTER ON HUMAN AND PEOPLES' RIGHTS ON THE RIGHTS OF WOMEN IN AFRICA (MAPUTO)

Article 14: Health and Reproductive Rights

States Parties shall ensure that the right to health of women, including sexual and reproductive health is respected and promoted.

States Parties shall take all appropriate measures to...

c) protect the reproductive rights of women by authorizing medical abortion in cases of sexual assault, rape, incest, and where the continued pregnancy endangers the mental and physical health of the mother or the life of the mother or the fetus.

Note : In this context, "medical abortion" denotes safe abortion. Source: reference 11.

- Ou s'il existe une malformation fœtale reconnue comme incurable par un médecin au moment du diagnostic.

La loi sur la santé génésique de 2005 n'est pas à jour car elle n'inclut pas les modifications du code pénal.

En outre, les conditions légales pour l'avortement, malgré leur récent assouplissement, sont si lourdes que peu de femmes sont en mesure de les respecter. Le Code pénal impose une chaîne complexe d'étapes et un accès difficile à l'avortement, en particulier pour les femmes vivant dans les zones rurales.^{ccxlvii} Pour obtenir une ordonnance d'interruption de grossesse, les femmes doivent se soumettre à un examen médical par un médecin afin de démontrer que la santé de la mère est en danger, qu'il y a eu une agression sexuelle ou qu'il y a une malformation incurable du fœtus. Cela peut constituer un obstacle insurmontable pour les femmes vivant dans les zones rurales, car les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des zones rurales ne disposent pas de médecins ni de l'équipement nécessaire pour fournir des services de qualité.^{ccxlviii} Les femmes doivent se rendre à l'hôpital, ce qui peut nécessiter un voyage difficile et coûteux.^{ccxlix} Pour avoir accès à un avortement, il faut remplir une condition légale/procédurale, à savoir qu'un procureur doit établir qu'un crime de viol ou d'inceste a été commis. L'obligation pour le procureur d'établir qu'un crime a été commis dans les cas de viol ou d'inceste constitue un obstacle supplémentaire à l'accès à un avortement légal ; cela est particulièrement problématique compte tenu des limites de gestation courtes évoquées précédemment.^{cc} Un procureur a déclaré à Amnesty International que le viol étant un crime, la procédure judiciaire peut être extrêmement longue (jusqu'à 10 ans), d'autant plus que le tribunal compétent - la Cour pénale - ne siège pas en permanence.^{ccli}

Bien que l'avortement soit autorisé par la loi dans ces cas, de nombreux obstacles empêchent les femmes d'accéder à ce service. Le premier obstacle est la méconnaissance des lois qui prescrivent les cas où l'avortement est autorisé. En effet, seules 37% des femmes en âge de procréer connaissent ces lois.^{cclii} Comme l'a dit un prestataire de soins de santé:^{ccliii}

Il n'y a même pas une semaine nous avons dû recevoir un coup de fil par un agent de santé qui ne croyait pas à un juge et qui veut être sûr qu'effectivement le code pénal a été révisé au Burkina ici et en capitale donc vous savez vous voyez donc c'est vrai pour que la femme vraiment puisse en jouir il faut qu'elle connaisse. On peut rendre toutes les lois favorables mais si elles n'utilisent pas ces lois parce qu'elles ne les connaissent pas elles ne vont pas en jouir.

Il y a également un manque de connaissance de la loi parmi les prestataires de services, bien que cela mérite une enquête supplémentaire.

L'absence de preuves bien documentées de l'impact néfaste des grossesses non désirées et des avortements à risque sur la vie de nombreuses femmes réduit la probabilité d'améliorations.

Pour que les planificateurs de la santé et les défenseurs de la santé des femmes puissent s'attaquer au problème plus vaste des grossesses non désirées et de leurs conséquences néfastes pour les femmes, leurs familles et le pays dans son ensemble, il est essentiel de disposer d'estimations fiables du nombre de femmes qui subissent des avortements à risque, du coût de ces procédures dangereuses et des effets des avortements à risque sur les femmes et leur santé génésique.

La gouvernance reproductive au Burkina Faso est beaucoup plus orientée vers la PF que vers l'accès à l'avortement sécurisé. La gouvernance reproductive fait référence à la manière dont les décideurs politiques nationaux et internationaux, la société civile et les travailleurs de la santé produisent des objectifs et des logiques reproductifs dominants qui sont liés aux politiques officielles de l'État.^{ccliv}

La gouvernance reproductive est souvent promulguée d'en haut - sous la forme de lois, de politiques et de programmes d'État.^{cclv} Au Burkina Faso, la gouvernance reproductive se manifeste par la manière dont le gouvernement, les institutions internationales, les ONG et les organisations locales partagent un engagement politique envers l'objectif d'augmenter la prévalence des contraceptifs modernes dans la population générale.^{cclvi} Le GdBF a pris des mesures notables pour respecter, protéger et réaliser les droits des femmes et des filles en matière de SSR ; cependant, des lacunes subsistent. À partir de 2019, le GdBF s'est engagé à fournir des services de PF gratuits, notamment des contraceptifs et des consultations médicales. Bien que la loi de 2005 sur la santé reproductive ait établi le droit à l'information sur la PF, le GoBF n'a pas encore lancé la campagne de sensibilisation globale et nationale nécessaire pour en faire une réalité.^{cclvii}

En outre, le Plan National d'Accélération de la Planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020 n'a pas abordé de manière adéquate les principaux obstacles liés au genre à l'adoption de la PF, notamment les relations inégales entre les sexes au niveau des ménages qui laissent aux femmes peu de pouvoir de décision sur leur propre santé ou de ressources à utiliser à cet égard.

Bien que le GdBF soit en train de rédiger une nouvelle stratégie, le plan national précédent n'a pas abordé les principaux obstacles liés au genre et s'est plutôt concentré sur l'augmentation des connaissances et de l'accès. Il s'agit d'une bonne première étape, mais le deuxième plan devrait se concentrer sur la transformation des normes sexospécifiques néfastes qui empêchent les couples de communiquer et de prendre ensemble des décisions saines concernant l'utilisation de la contraception.

Le Burkina Faso a commencé à mettre en œuvre la politique de gratuité pour les services et les soins liés à la PF en avril 2016 et en 2018. Ces politiques visaient à réduire les obstacles financiers et à améliorer l'accès aux services de SSR, de PF, de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) pour les femmes et pour les enfants de moins de 5 ans.^{cclviii} Ces exemptions de paiement direct pour les services de santé essentiels sont conformes à l'engagement du pays en faveur des soins de santé universels et contribueront à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Cependant, leur mise en œuvre est difficile dans un environnement où l'insécurité est croissante et où les conflits sociaux compromettent la prestation des services de santé. De plus, **seuls les coûts des SAA sont couverts par la politique, ce qui réduit l'accès des femmes et des jeunes filles à un avortement sûr.** Le coût des soins de santé empêche toujours les femmes et les filles de recevoir des traitements vitaux, et les familles doivent presque toujours payer plus qu'elles ne le devraient dans la pratique.^{cclix}

4.2 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES OBJECTIF 3 :

- Travailler avec le **ministère de la Santé pour s'assurer que les changements apportés au code pénal en 2018 sont reflétés dans la loi sur la santé reproductive de 2005.** Les efforts de plaidoyer permettraient également de s'assurer que la loi révisée inclut un décret d'application. Le décret d'application d'une loi révisée fournira aux prestataires de services des indications sur le moment où il faut légalement pratiquer un avortement sans risque. L'Assemblée nationale pourra alors adopter cette nouvelle loi.
- Encourager et soutenir le ministère de la santé à inclure l'avortement médical sûr et légal dans les responsabilités de routine des sages-femmes et des soins qu'elles prodiguent, et former les infirmières et les infirmiers à la réalisation de ces soins. Cela permettra aux femmes, en particulier celles vivant dans les zones rurales, d'avoir accès à un avortement médicalisé et sûr dans le cadre du CSPPS.

- Encouragez le GoBF à s'attaquer aux obstacles aux services légaux, tels que l'obligation d'avoir plusieurs médecins pour autoriser les avortements. Une solution de bon sens à la rareté et au coût des médecins de haut niveau consiste à réécrire les lois pour permettre à l'ensemble des professionnels de la santé de pratiquer des avortements. ^{cclx}
- Traduire les textes politiques et judiciaires qui **autorisent l'accès à l'avortement sans risque et aux SPA dans les langues locales** et travailler à la distribution des textes aux principales parties prenantes et aux participants au projet.
- Au Burkina Faso, où la loi oblige la plupart des avortements à être clandestins, le GoBF et les ONG, dont Pathfinder International, devraient envisager des stratégies de réduction des risques pour l'utilisation du misoprostol qui ont fonctionné dans d'autres parties du monde où les lois sur l'avortement sont restrictives. Par exemple, les pays pourraient suivre les exemples de l'Amérique latine et mettre en place des stratégies pour partager les informations sur l'utilisation du misoprostol. ^{cclxi} De telles stratégies doivent être adaptées pour tirer parti de la technologie - par exemple, les plateformes de téléphonie mobile - qui fonctionnerait le mieux dans le contexte du Burkina Faso.
- Travailler avec les ministères concernés, notamment en partenariat avec le ministère de l'Action sociale, pour développer des procédures accélérées pour les victimes de violences sexuelles, car le processus actuel est trop laborieux et représente un obstacle parfois insurmontable pour certaines femmes et filles. Ce travail devra peut-être être accompagné d'une évaluation des capacités afin de comprendre les besoins en formation sur la manière d'identifier et de répondre aux cas de VBG et de VEFG.
- Dans toutes les formations axées sur la formation des dirigeants communautaires, veillez à inclure les **barrières sexospécifiques qui entravent l'accès à l'avortement sans risque, notamment les normes sexospécifiques sur le rôle « acceptable » des hommes et des femmes, le faible pouvoir de décision des femmes en ce qui concerne leur propre santé et la résistance à l'utilisation de la contraception moderne.** (Activités 3.1.1, 3.1.2).
- Lors de la sélection des leaders locaux champions, assurez-vous qu'il s'agisse d'hommes et de femmes, ou éventuellement de couples champions, car les normes de genre concernant les dynamiques de pouvoir inégales sont à l'origine d'une faible participation à la SSR/PF et de la perpétuation d'avortements clandestins non sécurisés. La représentation d'images positives de couples qui discutent et prennent des décisions ensemble, à cet égard, peut être très puissante.

6. IMPACT DU CONFLIT ET DU COVID-19 SUR LES RESULTATS EN MATIERE DE GENRE

Le conflit en cours dans la partie nord du pays, associé à la pandémie de COVID-19, a aggravé l'accès aux soins de santé, en particulier pour les femmes et les filles. Au 26 avril 2021, 76 des 1 269 centres de santé (6 %) dans six régions du Burkina Faso touchées par l'urgence étaient fermés et 245 (19 %) offraient des services réduits. ^{cclxii} On estime que 809 608 personnes n'avaient pas ou peu accès aux services de nutrition et de santé. ^{cclxiii} De nombreux centres de santé sont fermés parce que le personnel du ministère de la Santé (MdS) a peur d'y rester. ^{cclxiv} D'autres fois, les travailleurs ne peuvent plus atteindre les centres de santé qui restent ouverts parce qu'il n'y a pas de moyens de transport disponibles. ^{cclxv} Même lorsque les centres de santé restent ouverts, les femmes, qui se déplaçaient souvent à pied ou se rendaient aux centres de santé à vélo ou à moto, ne peuvent pas effectuer ce trajet en toute sécurité en raison de la situation sécuritaire.

Selon le Programme alimentaire mondial (PAM), il y a eu une augmentation significative des dépenses sociales des ménages qui est liée à la pandémie de COVID-19 ; en particulier, les dépenses de santé et de communication ont augmenté de 26 %.^{cclxvi} Cela limite d'autant plus la capacité des ménages à se faire soigner.

Le conflit et l'impact du COVID-19 ont eu des effets dévastateurs sur la capacité des femmes à accéder à des services de santé maternelle, infantile et reproductive adéquats. Les femmes supportent le poids de la crise, et les attaques ont entravé leur capacité à accéder aux soins de SSR, y compris les services prénataux et postnataux et la contraception. Selon l'UNFPA, en juillet 2020, environ 113 centres de santé étaient fermés et 156 étaient inutilisés en raison d'activités terroristes, privant ainsi 1,5 million de personnes d'un accès aux soins de santé.^{cclxvii} Une estimation plus récente indique qu'au moins 12 % des centres de santé ont été fermés et que ceux qui fonctionnent ont une capacité minimale, avec des médicaments et des équipements clés en rupture de stock.^{cclxviii}

Une autre étude récente de la région du Sahel enquêtant sur le nombre habituellement élevé de décès maternels institutionnels de fin 2019 - 2020 a révélé une réduction significative de l'utilisation des services de santé, y compris les services de PF, les accouchements dans les centres de santé, et un taux élevé de décès maternels institutionnels par rapport au nombre d'accouchements.^{cclxix} L'étude a également révélé qu'au niveau communautaire, il y avait un suivi inadéquat des grossesses, un nombre élevé d'accouchements à domicile et un refus des membres de la communauté de se faire soigner dans un centre de santé en raison de l'insécurité et des coûts élevés du transport communautaire.^{cclxx} En outre, 12 pour cent des centres de santé ont fermé ou fonctionnent à une capacité minimale, les médicaments et les équipements essentiels étant en rupture de stock.^{cclxxi} L'accès à ces services de santé essentiels est plus difficile pour les personnes déplacées qui ne connaissent pas les services de santé locaux disponibles et qui risquent d'alourdir un système de santé déjà surchargé.^{cclxxii}

La fermeture des transports publics et la restriction des déplacements en raison de la COVID-19 ont encore réduit l'accès des femmes aux soins. Une étude portant sur les impacts de la COVID-19 sur les questions liées au genre a révélé que 66 % des femmes ne se rendaient pas dans les centres de santé pour des consultations liées à la santé sexuelle et reproductive depuis le début de la COVID-19.^{cclxxiii}

Au Burkina Faso, les hommes sont moins bien informés sur le COVID-19 que les femmes et sont également plus exposés au risque d'infection. L'étude du MFSNFAH a révélé que les femmes au niveau national sont beaucoup plus informées sur le COVID-19 que les hommes (34% des femmes contre 29% des hommes).^{cclxxiv} Cela est probablement lié à la stricte division du travail qui confère aux femmes le rôle des soins ménagers. De même, les hommes sont plus exposés au COVID-19 que les femmes.^{cclxxv} Au 14 avril 2021, le ministère de la Santé a confirmé 13 064 cas (4 903, soit environ 38 %, étaient des femmes).

COVID-19 a exacerbé la condition précaire de la population mais en particulier des PDI. Malgré les interventions du gouvernement et des ONG, l'accès aux abris/logements, à l'eau et à la nourriture est resté un problème crucial pour les PDI. Le maire de la commune de Fada N'Gourma (région Est) a révélé que les femmes pouvaient parfois passer toute la journée à faire la queue à un point d'eau local, en vain.^{cclxxvi} Un autre problème majeur pour les personnes déplacées et les ménages en général est que les activités économiques ont été contrecarrées et que, par conséquent, le pouvoir d'achat a sévèrement diminué. Selon une étude, près des trois quarts des hommes et des femmes ont estimé que COVID-19 avait eu un impact négatif sur leurs activités économiques.^{cclxxvii} L'insécurité alimentaire et la malnutrition s'aggravent également. En août 2020, l'ONG Davycas, avec le soutien du PAM et de l'UNICEF, a mené une enquête nutritionnelle pour le ministère de la Santé dans 11

communes du pays à forte concentration de personnes déplacées. L'enquête a montré que plus de 535 500 enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition aiguë globale, dont 156 500 souffraient de malnutrition sévère.^{cclxxviii}

La situation sécuritaire et la COVID-19 ont réduit l'accès des membres de la communauté à l'éducation, avec un impact négatif probablement disproportionné sur les filles. Dans un rapport de mai 2021, HRW a documenté l'utilisation présumée de 10 écoles par les forces de sécurité gouvernementales à des fins militaires dans les régions Centre-Nord et Sahel en 2019.^{cclxxix} Dans au moins huit cas, les écoles auraient fermé en raison de l'insécurité avant l'occupation. En juillet, au moins 13 écoles ont été incendiées dans la région de l'Est.^{cclxxx} Les jeunes filles sont 2,5 fois plus susceptibles d'être déscolarisées en raison d'un conflit que les garçons. La perte des écoles oblige les élèves à parcourir de longues distances et à rester souvent loin de chez eux, une solution qui n'est pas acceptable pour les parents des filles.^{cclxxxi} De plus, l'éducation des filles est un moyen éprouvé de prévenir le CEFM, et l'accès réduit en raison des crises en cours a probablement eu un impact sur la prévalence de cette pratique.

Augmentation de l'incidence de la VBG, y compris du CEFM, en raison de la pandémie et de la crise sécuritaire en cours. Dans la région du Burkina Faso touchée par le conflit, les cas d'agression sexuelle sont passés de deux à dix au cours d'une période de trois mois l'année dernière, selon un rapport des groupes humanitaires, dont les Nations Unies. Quelque 85 % des survivants étaient des personnes déplacées, vivant principalement dans des camps de fortune.^{cclxxxii} En outre, l'afflux quotidien de personnes déplacées pèse sur les ressources naturelles et met les femmes en danger en les obligeant à s'aventurer plus loin dans la brousse pour ramasser du bois pour cuisiner.^{cclxxxiii}

De plus, les données régionales montrent que les restrictions de mobilité dues à la COVID-19 ont augmenté le risque de violence domestique pour les femmes et les filles, surtout lorsque les ménages sont soumis à un stress supplémentaire et à des revenus limités.^{cclxxxiv} **La loi COVID-19 et la crise sécuritaire exposent également les filles à un risque accru de MCEF.**^{cclxxxv} Les familles peuvent adopter des stratégies d'adaptation négatives en raison de la perte de revenus et des difficultés économiques - y compris la pratique du CEFM chez les filles au Burkina Faso. Cette pratique est probablement utilisée comme un mécanisme d'adaptation nuisible pour accéder aux ressources économiques par le biais du prix de la fiancée, exacerbant une pratique déjà répandue.^{cclxxxvi}

Enfin, l'insécurité alimentaire, associée à l'impact de COVID-19 sur les moyens de subsistance des familles, a probablement entraîné une augmentation du sexe transactionnel, où les dirigeants exploitent les femmes et les filles pour des relations sexuelles en leur promettant de les aider à obtenir une aide alimentaire.^{cclxxxvii}

La situation de conflit dans la région ciblée empêche les parties prenantes de collecter des données importantes sur le genre, y compris sur la VBG.^{cclxxxviii} Il y a un manque de preuves sur la situation des femmes et des filles dans ce contexte de conflit, et leurs besoins uniques ne sont pas vus et ne sont pas satisfaits. Leur âge et leur sexe les rendent particulièrement vulnérables à la violence environnante, avec laquelle beaucoup ont vécu toute leur vie, et qui affecte tous les aspects de leur existence. Cependant, leurs voix sont rarement entendues, et leurs droits à la sécurité, à l'éducation et à la santé - qui ne sont pas protégés dans le meilleur des cas - sont rarement respectés dans le pire des cas.^{cclxxxix} **De même, il n'existe pas de données complètes sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins des survivants de la violence sexiste.**

Les acteurs de la réponse humanitaire dans les régions du Burkina Faso touchées par le conflit continuent de ne pas accorder suffisamment d'importance à la prévention et à la réponse à la VBG. Les Aperçus des besoins humanitaires 2020 et les Plans de réponse humanitaire ultérieurs du

Burkina Faso, du Mali et du Niger indiquent que 2,3 millions de femmes et de filles ont besoin de services de prévention, d'atténuation des risques et de réponse à la VBG. Cependant, seulement 1,2 % des demandes de financement dans les trois pays ont été consacrées à la GBV, et moins de 1 % du financement actuel du Burkina Faso et du Niger a été alloué à la VBHG.^{ccxc} Le manque de spécialistes de la GBV parmi les intervenants peut en être une raison ; au Burkina Faso, seuls 12 % des zones affectées sont couverts par des acteurs de la GBV.^{ccxi}

Les lois existantes contre la VBG sont mal appliquées. La loi n° 061-2015 comble des lacunes importantes en ce qui concerne la définition des différentes formes de VFFG (violence physique, morale/psychologique, sexuelle, économique, culturelle et politique). Elle prévoit des sanctions pour ces violences (y compris la discrimination à l'égard des femmes/filles) ainsi que la création de structures d'accueil pour les victimes. En vue d'assurer le suivi des VFFG, il a été prévu la création d'un fonds d'aide aux victimes et d'un observatoire national chargé d'élaborer un plan national de lutte contre les VFFG. Cependant, le décret d'application et le budget de ces structures font défaut, ce qui constitue une limite à l'efficacité de la loi.

Les femmes sont extrêmement sous-représentées dans les postes de décision et de direction à tous les niveaux, ainsi qu'en ce qui concerne la participation aux comités d'intervention d'urgence. En raison de diverses barrières socioculturelles, les femmes sont largement sous-représentées dans les structures décisionnelles. C'est en partie parce qu'ils en sont conscients que les textes relatifs à l'organisation des comités de développement villageois (CVD) exigent la présence d'au moins deux femmes.^{ccxii} Cette obligation est désormais imposée à toutes les autres structures. Malgré ces exigences, la participation des femmes reste symbolique. Pourtant, le rôle des femmes et des jeunes femmes est crucial, notamment en ce qui concerne la consolidation de la paix et les services d'intervention d'urgence.

ANNEXE B: NOTES DE BAS DE PAGE

ⁱ PMA 2020. Burkina Faso. ([Lien](#)).

ⁱⁱ Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F. and Guillaume, A., 2018. Managing unwanted pregnancies in Benin and Burkina Faso: affective situations and popular abortion practices. *Anthropologie & Santé-Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (16).

ⁱⁱⁱ Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences. New York: Guttmacher Institute.

^{iv} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences. New York: Institut Guttmacher.

^v Population Reference Bureau. 2019. PRÉSERVER LA SANTÉ ET BATIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisé. *SAFE Engage Burkina Faso*.

^{vi} Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).

^{vii} Ibid.

^{viii} Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.

^{ix} WHO. 2015. Rôles des agents de santé dans la fourniture de soins d'avortement sans risque et de contraception post-avortement

^x Rossier, C., 2007. Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research*, 17, pp. 223-58.

^{xi} Ibid.

^{xii} Ibid. and Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2019 *Évaluation de la Politique Nationale Genre 2009 – 2019 : Burkina Faso Rapport final*.

^{xiii} Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).

^{xiv} Rossier, C., 2007. Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reproductive health matters*, 15(30), pp.230-238. ([Lien](#)).

^{xv} Ibid.

^{xvi} Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).

^{xvii} Ibid.

^{xviii} OMS. 2015. Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception.

^{xix} Banque africaine de développement. 2020. Burkina-Faso - Country Gender Profile. Gender, women and civil society department/Burkina-Faso country office.

^{xx} Ministère de la sante. 2015. Plan stratégique sante des adolescents et des jeunes 2015 – 2020. Version Provisoire. Burkina Faso.

^{xxi} The World Factbook. Burkina Faso. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burkina-faso/>

^{xxii} Ministère de la sante. 2015. Plan stratégique sante des adolescents et des jeunes 2015 – 2020.

^{xxiii} Banque africaine de développement. 2020. Burkina-Faso - Country Gender Profile.

^{xxiv} Ibid.

^{xxv} USAID. 2017. *Sahel Youth Analysis. Building resilience to shocks and stresses and promoting alternatives to violent extremism in Burkina Faso and Niger*. Washington, DC.

^{xxvi} Programme des Nations Unies pour le développement. 2020. Human Development Report. ([Lien](#)).

^{xxvii} Ibid.

^{xxviii} Ibid.

^{xxix} Ibid.

^{xxx} Ibid.

PATHFINDER

Août 2021

- xxxvi Kierani, Caitlin; Grayii, Bobbi; Gashii, Megan. 2018. Understanding Gender Norms in Rural Burkina Faso: A Qualitative Assessment. *Grameen Foundation*, 59.
- xxxvii Sepahvand, Mohammad H. 2019. *Agricultural Productivity in Burkina Faso: The Role of Gender and Risk Attitudes*. Department of Economics, Working Paper 2019:3. Uppsala Universitet
- xxxviii Ibid.
- xxxix OCHA. Mai 2021. Burkina Faso, Mali and wester Niger: Humanitarian snap shot. ([Lien](#)).
- xl Ibid.
- xli Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam
- xlii UNICEF. 2021. *Country Office Humanitarian Report No. 2 : 1 Mars à 30 Avril 2021*.
- xliiii Ibid.
- xliiii Plan international. 2018. *Étude pour des interventions basées sur des évidences et un modèle de programme pour réduire les mariages d'enfants en Afriques de l'Ouest : Cas du Burkina Faso*.
- xl Doepke, M., & Tertilt, M. 2018, May. Women's empowerment, the gender gap in desired fertility, and fertility outcomes in developing countries. In *AEA Papers and Proceedings*, Vol. 108, pg. 358-62.
- xli Plan international. 2018. *Étude pour des interventions basées sur des évidences et un modèle de programme pour réduire les mariages d'enfants en Afriques de l'Ouest : Cas du Burkina Faso*.
- xlii Malé, Chata and Wodon, Quentin. 2016, March. *Basic Profile of Child Marriage in Burkina Faso*. The Health, Nutrition and Population Knowledge Brief. World Bank.
- xliiii Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID.
- xliiii Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- xlv Ministère de l'Economie et des Finances (Burkina Faso). 2011. Guide d'intégration du genre dans les politiques sectorielles.
- xlvi OECD. 2018. *Burkina Faso: Etude Pays Social Institutions Gender Index (SIGI)*. Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille, Institut National de la Statistique et de la démographie.
- xlvii Ministère de l'Économie et des Finances (Burkina Faso). 2011. Guide d'intégration du genre dans les politiques sectorielles. Septembre 2011
- xlviii Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID
- xlix Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.
- l Ibid.
- li Ibid.
- lii Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.
- liii Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID
- liiii Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.
- lv Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- lvi Ibid.
- lvii Ibid.
- lviii Turner, Katherine, et. al. 2015. « Conclusions de l'Analyse situationnelle : Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone. » *IPAS*.
- lix Ibid.
- lx Storeng, Katerini T., and Fatoumata Ouattara. 2014. « The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: The interface of local norms and global public health practice. » *Global Public Health* 9: 946–59.
- lxi Ministère de la Santé. 2015. *Plan stratégiques santé des adolescents et des jeunes 2015-2020*.
- lxii Ibid.
- lxiii Ibid.
- lxiv OECD. 2018. *Burkina Faso: Etude Pays Social Institutions Gender Index (SIGI)*. Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille, Institut National de la Statistique et de la démographie.

^{lxv} Ibid.

^{lxvi} Kierani, Caitlin, Grayii, Bobbi, and Gashii, Megan. 2018. Understanding Gender Norms in Rural Burkina Faso: A Qualitative Assessment. Grameen Foundation.

^{lxvii} Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.

^{lxviii} Ibid.

^{lxix} Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.

^{lxx} Kierani, Caitlin; Grayii, Bobbi; Gashii, Megan. 2018. Understanding Gender Norms in Rural Burkina Faso: A Qualitative Assessment. Grameen Foundation.

^{lxxi} Pathfinder. 2021. Exploring Couple Dynamics with First-Time Parents in Burkina Faso and Acceptability of Couple-Focused Interventions to Improve Their Sexual and Reproductive Health. The Evidence to Action (E2A) Project, Study Brief.

^{lxxii} Ibid.

^{lxxiii} Stevanovic, Natacha, et.al. 2015. Child Marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa. UNICEF and ICRW.

^{lxxiv} Ibid.

^{lxxv} Girls not Brides. 2019. Girls not Brides: Burkina Faso. ([Lien](#)).

^{lxxvi} Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.

^{lxxvii} Lee, Connie and George Rouamba. 2021. « Exploring Couple Dynamics with First-Time Parents in Burkina Faso and Acceptability of Couple-Focused Interventions to Improve Their Sexual and Reproductive Health. » Washington, DC: Evidence to Action Project.

^{lxxviii} Zougouri, Sita and Cook-Lundgre, Emily. 2016. *Gender Analysis Report: Se lever project Burkina Faso*. ASI.

^{lxxix} INSD and ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland: INSD and ICF International

^{lxxx} Zougouri, Sita and Cook-Lundgre, Emily. 2016. *Gender Analysis Report: Se lever project Burkina Faso*. ASI.

^{lxxxi} ACDI/VOCA. 2020. *Victory Against Malnutrition Plus (VIMPLUS)- Gender analysis Report*.

^{lxxxii} West Africa Brief. 2019. Burkina Faso still has a long way to go on gender equality. Accessed June 10, 2021.

^{lxxxiii} Ibid.

^{lxxxiv} Ibid.

^{lxxxv} Kierani, Caitlin, Grayii, Bobbi, and Gashii, Megan. 2018. Understanding Gender Norms in Rural Burkina Faso: A Qualitative Assessment. Grameen Foundation.

^{lxxxvi} Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID

^{lxxxvii} Ibid.

^{lxxxviii} OECD. 2018. Burkina Faso: Etude Pays Social Institutions Gender Index (SIGI). Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille, Institut National de la Statistique et de la démographie.

^{lxxxix} Ibid.

^{xc} Sepahvand, M. H. 2019. *Agricultural productivity in Burkina Faso: The role of gender and risk attitudes*. Working Paper 2019:3. Uppsala Universitet.

^{xci} Ibid.

^{xcii} Zougouri, Sita and Cook-Lundgre, Emily. 2016. *Gender Analysis Report: Se lever project Burkina Faso*. ASI.

^{xciii} OECD. 2018. Burkina Faso: Etude Pays Social Institutions Gender Index (SIGI). Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille, Institut National de la Statistique et de la démographie.

^{xciv} ACDI/VOCA. 2020. *Victory Against Malnutrition Plus (VIMPLUS)- Gender analysis Report*.

^{xcv} Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2020. *Stratégie Nationale Genre (SNG) : Burkina Faso (2020-2024)*.

^{xcvi} Inter-Parliamentary Union. 2021. Women in Parliament in 2020: The Year in Review. Geneva.

^{xcvii} Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID.

^{xcviii} Ibid.

^{xcix} Ibid.

^c Ibid.

^{ci} Ibid.

^{cii} OECD. 2018. *Burkina Faso: Etude Pays Social Institutions Gender Index (SIGI)*. Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille, Institut National de la Statistique et de la démographie.

^{ciii} Ibid.

^{civ} Some. Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II Gender Analysis*. USAID.

^{cv} Ibid.

^{cvi} Save the Children. 2020. *Victory Against Malnutrition plus (VIMPLUS) Youth Needs Assessment*. Washington, DC: USAID.

^{cvi} Ibid.

^{cvi} WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division. 2019. *Maternal Mortality Ratio in Burkina Faso*. In *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017*. Geneva. Organisation mondiale de la santé. ([Lien](#)).

^{cix} Turner, Katherine, et. al. 2015. « Conclusions de l'Analyse situationnelle : Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone. » *IPAS*.

^{cx} Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

^{cx} UNFPA-UNICEF. 2019. *Burkina Faso Country Profile*. Global Programme to End Child Marriage. ([Lien](#))

^{cxii} Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

^{cxiii} Ibid.

^{cxiv} United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2013. *Tableau A.6. Mean age at first birth*. World Fertility Report 2012. ([Lien](#)).

^{cxv} Stevanovic, Natacha, et.al. 2015. *Child Marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa*. UNICEF and ICRW.

^{cxvi} Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

^{cxvii} Evidence to Action (E2A) project. 2019. « *Addressing Reproductive, Maternal and Child Health, and Family Planning Needs of Young, First-Time Parents in the Eastern and Center North Regions of Burkina Faso* ». USAID & Pathfinder International ([Lien](#)).

^{cxviii} Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

^{cxix} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.

^{cxix} Ibid.

^{cxix} Ibid.

^{cxix} Akinrinola, Bankole, et.al. 2014. *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences*. Guttmacher institute. ([Lien](#)).

^{cxix} Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2019 *Évaluation de la Politique Nationale Genre 2009 – 2019 : Burkina Faso Rapport final*.

^{cxix} Ibid.

^{cxix} Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

^{cxix} Ibid.

^{cxix} Social Institutions and Gender Index (SIGI). 2019. Burkina Faso. OECD Development Centre. ([Lien](#))

- ^{cxviii} Some, Batamaka. 2018. *Resilience in the Sahel Enhanced (RISE) II: Gender Analysis*. USAID
- ^{cxvix} <https://www.familyplanning2020.org/burkina-faso>
- ^{cxvxx} https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/09/Gratuite-in-Burkina-Faso_18-September-2020.pdf
- ^{cxvxxi} Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD/Burkina; ICF International. 2010. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. Calverton, MD: Institut National de la Statistique & ICF International.
- ^{cxvxxii} Akinrinola, Bankole, et.al. 2014. *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et consequence*. Guttmacher institute.
- ^{cxvxxiii} Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD/Burkina; ICF International. 2010. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. Calverton, MD: Institut National de la Statistique & ICF International.
- ^{cxvxxiv} PMA 2020. Burkina Faso. ([Lien](#)).
- ^{cxvxxv} Ibid.
- ^{cxvxxvi} Ibid.
- ^{cxvxxvii} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- ^{cxvxxviii} Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F. and Guillaume, A., 2018. Managing unwanted pregnancies in Benin and Burkina Faso: affective situations and popular abortion practices. *Anthropologie & Santé-Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (16).
- ^{cxvxxix} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- ^{cxl} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- ^{cxli} Turner, Katherine, et. al. 2015. « Conclusions de l'Analyse situationnelle : Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone. » *IPAS*.
- ^{cxlii} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- ^{cxliiii} Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- ^{cxliv} Ibid.
- ^{cxlv} Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD/Burkina ; ICF International. 2010. *Enquête Démographie et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. Calverton, MD : Institut National de la Statistique & ICF International.
- ^{cxlvi} Population Reference Bureau. 2019. PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisée. *SAFE Engage Burkina Faso*.
- ^{cxlvii} Population Reference Bureau. 2019. PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisée. *SAFE Engage Burkina Faso*.
- ^{cxlviii} Ibid.
- ^{cxlix} Ministère de la sante. 2015. Plan stratégique sante des adolescents et des jeunes 2015 – 2020. Version Provisoire. Burkina Faso. Mars 2015
- ^{cl} Ibid.
- ^{cli} Gender-Based Violence AoR Global Protection Cluster. 2020. Évaluation Rapide de la situation des violences basées sur le genre et la COVID-19 dans la région de l'Est.
- ^{clii} Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- ^{cliii} Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- ^{cliv} Ibid.
- ^{clv} Rossier, C., 2007. Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research*, 17, pg. 235.

-
- clvi Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2019 *Évaluation de la Politique Nationale Genre 2009 – 2019 : Burkina Faso Rapport final*.
- clvii Amnesty International. 2010. *Burkina Faso: Briefing to the Committee of the Elimination of Discrimination Against Women*.
- clviii Ibid.
- clix Ibid.
- clx Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- clxi Population Reference Bureau. 2019. *PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisée. SAFE Engage Burkina Faso*.
- clxii Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- clxiii Ibid.
- clxiv Ibid.
- clxv Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- clxvi Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- clxvii Girls not Brides. 2019. *Girls not Brides: Burkina Faso*. ([Lien](#)).
- clxviii Girls not Brides. 2020. *Child Marriage in Humanitarian Contexts*. ([Lien](#)).
- clxix <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> and <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>
- clxx OMS. 2015. *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*.
- clxxi Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- clxxii Lee, Connie and George Rouamba. 2021. « Exploring Couple Dynamics with First-Time Parents in Burkina Faso and Acceptability of Couple-Focused Interventions to Improve Their Sexual and Reproductive Health. » Washington, DC: Evidence to Action Project.
- clxxiii Stevanovic, Natacha, et.al. 2015. *Child Marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa*. UNICEF and ICRW
- clxxiv Stevanovic, Natacha, et.al. 2015. *Child Marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa*. UNICEF and ICRW.
- clxxv Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD/Burkina; ICF International. 2010. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV)*. Calverton, MD: Institut National de la Statistique & ICF International
- clxxvi Ibid.
- clxxvii Stevanovic, Natacha, et.al. 2015. *Child Marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa*. UNICEF and ICRW.
- clxxviii Ibid.
- clxxix Rossier, C., 2007. Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research*, 17, pp. 223-58.
- clxxx Ibid.
- clxxxi Ibid. and Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2019 *Évaluation de la Politique Nationale Genre 2009 – 2019 : Burkina Faso Rapport final*.
- clxxxii Hinson L., et. al. 2020. *A Game, a Passport, and a Poster: Changing Contraceptive Attitudes, Intentions, and Behaviors Among School Girls in Urban Burkina Faso*. (re)solve project evaluation report. Pathfinder International
- clxxxiii Institut National de la Statistique and ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Guinée 2018*. Conakry, Guinée, and Rockville, Maryland, United States of America.
- clxxxiv Ibid.
- clxxxv Lee, Connie and George Rouamba. 2021. « Exploring Couple Dynamics with First-Time Parents in Burkina Faso and Acceptability of Couple-Focused Interventions to Improve Their Sexual and Reproductive Health. » Washington, DC: Evidence to Action Project.
- clxxxvi Ibid.
- clxxxvii Ibid.
- clxxxviii Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.

-
- clxxxix Kieran, C., Gray, B., & Gash, M. 2018. Understanding Gender Norms in Rural Burkina Faso: A Qualitative Assessment. *Grameen Foundation*, 59.
- cx c Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- cxci Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- cxcii Polic eval
- cxciiii Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- cxciiv Ibid.
- cxci v Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. 2019 *Évaluation de la Politique Nationale Genre 2009 – 2019 : Burkina Faso Rapport final*.
- cxci vi Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- cxci vii Lee, Connie and George Rouamba. 2021. « Exploring Couple Dynamics with First-Time Parents in Burkina Faso and Acceptability of Couple-Focused Interventions to Improve Their Sexual and Reproductive Health. » Washington, DC: Evidence to Action Project.
- cxci viii Storeng, Katerini T., and Fatoumata Ouattara. 2014. The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: The interface of local norms and global public health practice. *Global Public Health* 9: 946–59.
- cxci ix Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- cc Ibid.
- cci Ibid.
- ccii Hinson L., et. al. 2020. A Game, a Passport, and a Poster: Changing Contraceptive Attitudes, Intentions, and Behaviors Among School Girls in Urban Burkina Faso. (re)solve project evaluation report. Pathfinder International, pg. 24.
- cciii Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- cciv Ibid.
- ccv CGD 2010
- ccvi Storeng, Katerini T., and Fatoumata Ouattara. 2014. The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: The interface of local norms and global public health practice. *Global Public Health* 9: 946–59.
- ccvii Rossier, C., 2007. Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reproductive health matters*, 15(30), pp.230-238. ([Lien](#)).
- ccviii Ibid.
- ccix Ibid.
- ccx Ibid.
- ccxi Ibid.
- ccxii Ibid. p. 234.
- ccxiii Ibid.
- ccxiv Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences. New York: Guttmacher Institute.
- ccxv Ibid.
- ccxvi Ibid.
- ccxvii Rossier, C., 2007. Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso. *Demographic Research*, 17, pg.23-58.
- ccxviii Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- ccxix Ibid.
- ccxx Ibid.
- ccxxi Ouedraogo, R. 2014. « Social Determinants and Access to Induced Abortion in Burkina Faso: From Two Case Studies. » *Obstetrics and Gynecology International*, Volume 2014, Article ID 402456, pg. 5.
- ccxxii Hinson L., et. al. 2020. A Game, a Passport, and a Poster: Changing Contraceptive Attitudes, Intentions, and Behaviors Among School Girls in Urban Burkina Faso. (re)solve project evaluation report. Pathfinder International.
- ccxxiii Ibid.
- ccxxiv ACIDI/VOCA. 2020. *Victory Against Malnutrition Plus (VIMPLUS)- Gender analysis Report*.
- ccxxv Ibid.

- ccxxvi Ibid.
- ccxxvii Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- ccxxviii Institut Ibid.
- ccxxix Ouedraogo, R. et. al. 2019. « I wasn't ready »: abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *International Journal of Public Health* (2020) 65:477–486.
- ccxxx Ibid.
- ccxxxi Ibid.
- ccxxxii Ibid.
- ccxxxiii Ibid., pg. 483.
- ccxxxiv Ibid.
- ccxxxv ACDI/VOCA. 2020. *Victory Against Malnutrition Plus (VIMPLUS)- Gender analysis Report*.
- ccxxxvi Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- ccxxxvii Ibid.
- ccxxxviii Ibid.
- ccxxxix Drabo, S., 2020. Beyond 'Family Planning'—Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11).
- ccxl Ibid.
- ccxli Akinrinola, Bankole, et.al. 2014. *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquence*. Guttmacher institute.
- ccxlii Ibid.
- ccxliiii Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- ccxliv Turner, Katherine, et. al. 2015. *Conclusions de l'Analyse situationnelle : Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone*. IPAS.
- ccxlv Susheela Singh et al., *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal (New York, Institut Guttmacher, 2018)*.
- ccxlvi Assemblée Nationale du Burkina Faso, « Loi No. 025-2018/an portant Code Pénal, Révisions proposées au Code Pénal » (Mai 2018), consulté à l'adresse <https://academiedepolice.bf/index.php/telechargement/category/38-codes?download=163:la-loi-portant-code-penal> le 18 décembre 2018.
- ccxlvii Population Reference Bureau. 2019. PRÉSERVER LA SANTÉ ET BATIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisée. *SAFE Engage Burkina Faso*
- ccxlviii Amnesty International, 2009, *Giving Life, Risking Death Maternal Mortality in Burkina Faso*, <https://www.amnesty.org/download/Documents/44000/afr600012009en.pdf>
- cclix Ibid.
- cccl Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- cccli Ibid.
- ccclii Bankole, Akinrinola, et. al. 2014. *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences*. New York: Guttmacher Institute.
- cccliii Population Reference Bureau. 2019. PRÉSERVER LA SANTÉ ET BATIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : Rendre accessible l'avortement sécurisée. *SAFE Engage Burkina Faso*. pg., 8.
- cccliv Drabo, S., 2020. Beyond « Family Planning » — Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11), p.212.
- ccclv Drabo, S., 2020. Beyond « Family Planning » — Local Realities on Contraception and Abortion in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Sciences*, 9(11), p.212.
- ccclvi KI, B. 2017. Towards increasing con-traceptive prevalence in Burkina Faso through task sharing. *Women's Health Open Journal* 3: 59–60.
- ccclvii Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.
- ccclviii Boxshall, Matt, Joel Arthur Kiendrébéogo, Yamba Kafando, Charlemagne Tapsoba, Sarah Straubinger, Pierre-Marie Metangmo, 2020. « An Overview of the User Fee Exemption Policy (Gratuité) in Burkina Faso. » Washington, DC: Recherche pour la Santé et le Développement and ThinkWell.
- ccclix Amnesty International. 2016. *Coerced and Denied: Forced Marriages and Barriers to contraception in Burkina Faso*.

- ccix OMS. 2015. Rôles des agents de santé dans la fourniture de soins d'avortement sans risque et de contraception post-avortement
- ccxi Pan American Health Organization. 2012. Changing Relationships in the Health Care Context: The Uruguayan Model for Reducing the Risk and Harm of Unsafe Abortion. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Publication-EN-BP-Uruguay-2012.pdf>.
- ccxii UNICEF. 2021. *Country Office Humanitarian Report No. 2 : 1 Mars à 30 Avril 2021*. ([Lien](#)).
- ccxiii Ibid.
- ccxiv Ibid.
- ccxv Ibid.
- ccxvi Ibid.
- ccxvii Mednick, Sam. 2020. Surging violence in Burkina Faso threatens women's access to health care. *Devex*. Accessed June 18, 2021
- ccxviii Ibid. & <https://www.unocha.org/story/risk-spread-covid-19-increases-sahel>
- ccxix OMS. 2020. *Review of maternal deaths and the continuity of essential reproductive, maternal, and child health services in the context of COVID-19 and the Humanitarian Crisis in the Sahel, Burkina Faso*. ReliefWeb. Accessed June 15, 2021.
- ccxx Ibid.
- ccxxi Ibid. & <https://www.unocha.org/story/risk-spread-covid-19-increases-sahel>
- ccxxii Mednick, Sam. 2020. Surging violence in Burkina Faso threatens women's access to health care. *Devex*. Accessed June 18, 2021
- ccxxiii Ouattara Mariamé and Koanda, Moumouni, 2020. ANALYSE GENRE DES EFFETS DE LA MALADIE A CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) DANS LES SECTEURS SOCIO-ECONOMIQUES AU BURKINA. Ministre de la Femme, de la solidarité nationale, et la famille et de l'action humanitaire, UNDP, UNFPA, et Plan international.
- ccxxiv Ibid.
- ccxxv Ouattara Mariamé and Koanda, Moumouni, 2020. ANALYSE GENRE DES EFFETS DE LA MALADIE A CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) DANS LES SECTEURS SOCIO-ECONOMIQUES AU BURKINA. Ministre de la Femme, de la solidarité nationale, et la famille et de l'action humanitaire, UNDP, UNFPA, et Plan international.
- ccxxvi United States Department of State. 2020. Burkina Faso 2020 Human Rights Report.
- ccxxvii Ouattara Mariamé and Koanda, Moumouni, 2020. ANALYSE GENRE DES EFFETS DE LA MALADIE A CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) DANS LES SECTEURS SOCIO-ECONOMIQUES AU BURKINA. Ministre de la Femme, de la solidarité nationale, et la famille et de l'action humanitaire, UNDP, UNFPA, et Plan international.
- ccxxviii United States Department of State. 2020. Burkina Faso 2020 Human Rights Report.
- ccxxix Human Rights Watch. 2020. *Burkina Faso : Events of 2020*. Accessed June 15, 2021
- ccxxx United States Department of State. 2020. Burkina Faso 2020 Human Rights Report.
- ccxxxi Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- ccxxxii Mednick, Sam, 2021. Women fleeing Burkina Faso violence face sexual assault. *ABC News*. Accessed June 18, 2021.
- ccxxxiii Ibid.
- ccxxxiv Banyan Global. 2020. *USAID/Sahel Regional Office COVID-specific Gender Analysis: USAID TerresEauVie- Burkina Faso and Niger*.
- ccxxxv United States Department of State. 2020. Burkina Faso 2020 Human Rights Report.
- ccxxxvi Banyan Global. 2020. *USAID/Sahel Regional Office COVID-specific Gender Analysis: USAID TerresEauVie- Burkina Faso and Niger*.
- ccxxxvii Mednick, Sam, 2021. Women fleeing Burkina Faso violence face sexual assault. *ABC News*. Accessed June 18, 2021.
- ccxxxviii <https://www.devex.com/news/in-burkina-faso-access-to-gender-data-is-complicated-by-conflict-97360>
- ccxxxix Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.
- ccxc Gender-Based Violence AoR Global Protection Cluster. 2020. GBV IN THE CENTRAL SAHEL GBV AoR West and Central Africa Briefing Document for the Central Sahel Ministerial Meeting - 20 October 2020. ([Lien](#)).
- ccxci Ibid.
- ccxcii Labaume, Cendrine. 2020. *Survivors and heroines: Women in the Crisis in Burkina Faso*. Oxfam.