

202.1 98RE

202.1-98RE-15309



## SOMMAIRE

<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Contexte et justification</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Buts et objectifs</b>	<b>13</b>
1.2.1. <i>Objectif général</i>	<i>13</i>
1.2.2. <i>Objectifs spécifiques</i>	<i>13</i>
<b>1.3. Méthodologie</b>	<b>16</b>
1.3.1. <i>La revue documentaire</i>	<i>17</i>
1.3.2. <i>La carte de village</i>	<i>17</i>
1.3.3. <i>Le calendrier saisonnier</i>	<i>17</i>
1.3.4. <i>Les profils</i>	<i>17</i>
1.3.5. <i>Les Groupes de discussion dirigée</i>	<i>18</i>
1.3.6. <i>Recueil de dictons et proverbes</i>	<i>18</i>
1.3.7. <i>Interviews individuels</i>	<i>18</i>
1.3.8. <i>Choix des villages</i>	<i>18</i>
1.3.9. <i>Déroulement de l'étude</i>	<i>19</i>
<b>II. PRESENTATION DES RESULTATS</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Carte des villages échantillonnés</b>	<b>21</b>
2.1.1. <i>Profil des villages selon les cartes</i>	<i>21</i>
2.1.2. <i>Les problèmes de santé les plus marquants                   dans la communauté</i>	<i>23</i>
2.1.3. <i>Les groupes cibles les plus atteints</i>	<i>26</i>
2.1.4. <i>Les endroits où les populations se soignent</i>	<i>27</i>
<b>2.2. L'appréciation de la position de la femme dans le           développement socio-sanitaire communautaire</b>	<b>27</b>

2.2.1. <i>L'accès aux services de santé et bien être Socio-sanitaire et socio-économique</i>	27
2.2.2. <i>L'accès aux ressources et leur contrôle</i>	32
2.2.3. <i>L'accès des femmes à l'information</i>	34
2.2.4. <i>Conscientisation des femmes et des hommes sur leur position et les possibilités de changements par rapport à leurs rôles traditionnels</i>	34
2.2.4.1 <i>Le profil des activités</i>	34
2.2.4.2 <i>Attitudes sur les changements de rôles et statuts</i>	36
2.2.4.2.1. <i>Sur la présence des femmes dans les Comités de Gestion</i>	36
2.2.4.2.2. <i>Sur d'autres rôles traditionnels dévolus aux hommes et aux femme</i>	40
2.2.5. <i>Participation des femmes au processus décisionnel</i>	45
2.2.6. <i>Position de la fille (0 – 14) et les effets de cette position sur sa survie</i>	46
2.2.6.1 <i>Par rapport au droit aux soins de santé</i>	46
2.2.6.2. <i>Par rapport au droit à l'éducation</i>	46
2.2.6.3. <i>Par rapport au droit à une bonne nutrition</i>	47
2.2.6.4. <i>Par rapport à leur droit de participer aux décisions qui la concernent</i>	49
2.2.6.5. <i>Les pratiques culturelles néfastes pour la santé de la fille: mariage forcé</i>	52
2.2.6.6. <i>Les pratiques culturelles néfastes pour la santé des filles : l'excision</i>	55
<b>2.3. Identification des besoins spécifiques des femmes en rapport avec les aspects clés du renforcement de la position de la femme selon le concept Genre et Développement</b>	<b>57</b>
<b>2.4. Identification des facteurs favorisant la participation des femmes comme actrices du développement socio-sanitaire de la région de Kaya</b>	<b>59</b>

2.4.1. <i>Les stratégies développées au sujet des femmes par le programme</i>	59
2.4.2. <i>Contexte national : la politique de la femme au Burkina Faso</i>	61
<b>2.5. Identification des difficultés / contraintes entravant le développement socio-sanitaire et économique des femmes</b>	<b>63</b>
2.5.1. <i>Positionnement du personnel par rapport au Genre</i>	64

## LISTES DE SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	:	Accoucheuse Auxiliaire
ADRK	:	Association pour le Développement de la Région de Kaya
AIS	:	Agent Itinérant de Santé
ATS	:	Agent Temporaire de Santé
CG	:	Comité de Gestion
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CMA	:	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CPN	:	Consultation Pré-Natale
CSPS	:	Centre de Santé de Promotion Sociale
DBC	:	Distribution à Base Communautaire
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
ECD	:	Equipe Cadre de District
FS	:	Fille de Salle/Formation Sanitaire
GDD	:	Groupe de Discussion Dirigée
GS	:	Garçon de Salle
IB	:	Infirmier Breveté
IDE	:	Infirmier D'Etat
IEC	:	Information Education Communication
IFD	:	Intégration de la Femme au Développement
IPD AOS	:	Institut Panafricain de Développement / Afrique de l'Ouest Sahel
MEG	:	Médicament Essentiel Générique
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
ONG	:	Organisme Non Gouvernementale
PASSPK	:	Programme d'Appui aux Soins de Santé Primaire de la région de Kaya
PEDI	:	Programme de Développement Intégré
PEV	:	Programme Elargie de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement

PSP	:	Poste de Santé Primaire
SFE	:	Sage Femme d'Etat
SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	:	Service National d'Information Sanitaire
SPA	:	Service Provincial de l'Agriculture
SR	:	Santé de la Reproduction
SSC	:	Soins de Santé Communautaire
SSP	:	Soins de Santé Primaire
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	:	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU N°1	:	Profil accès aux ressources et leur contrôle
TABLEAU N°2	:	Profil d'activités
TABLEAU N°3	:	Profil socio-politique des femmes par rapport à leur position
TABLEAU N°4	:	Statistiques scolaires de zone d'étude
TABLEAU N°5	:	Régime alimentaire de l'enfant suivant l'âge
TABLEAU N°6	:	Formations reçues par les membres des ECD

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1	:	Exemple Carte de Village
ANNEXE 2	:	Exemple Calendrier Saisonnier



## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### ***Position de la femme***

L'étude aura été l'occasion de confirmer que le statut de la femme reste en tous points inférieurs à celui de l'homme et cela constitue un frein au développement.

Dans le domaine de la communauté, malgré les velléités ponctuelles de se libérer qui sont apparues timidement dans certains groupes, la culture générale admise est la gérontocratie, le patriarcat et dans beaucoup de cas, le machisme.

Partout, la femme (et avec elle, la fille) est apparue comme un être inférieur : dans certains milieux, elle a même été présentée comme estropiée, infirme, inachevée. Cela signifie qu'elle a besoin d'être soignée, complétée, possédée. Les hommes estiment qu'ils doivent être, qu'ils sont les maîtres, et en général, les femmes l'acceptent. Leurs attitudes et comportements viennent d'une socialisation dont les traits caractéristiques sont les stéréotypes sexistes acceptés comme parole d'évangile.

Pour les leaders rencontrés, le monde est ordonné, et l'ordre est intemporel, il est attribué à Dieu. Celui qui possède un pouvoir le tient de l'Être Suprême, et ce pouvoir ne doit pas être contesté. Il n'est même pas pensé comme contestable. Tout a une finalité, même l'excision est pensée comme un ordre divin, donc un ordre autorisé.

Tout ce qui constitue POUVOIR, RICHESSE, et AUTORITE est approprié et maîtrisé par les hommes. La femme est un être fait pour être soumis, elle n'a ni autorité ni morale.

### ***Genre et Santé***

Un aspect de l'importance de l'amélioration de santé des population sont les rôles et la réalité des hommes et des femmes ("genre"). Genre est la définition culturelle de la division des tâches et des domaines de responsabilités, des pouvoirs et de la coopération entre les hommes et les femmes. Pour chaque amélioration de santé, il faut demander s'il concerne les hommes, les femmes ou les deux et si chaque

catégorie a des besoins, des priorités et des ressources différentes. La motivation des hommes pour soutenir et d'adopter les comportements hygiéniques sont différents des facteurs qui stimulent les femmes.

La recherche action a constaté que les hommes ne se sentent pas responsable pour le changement de comportements en matière de la santé. Il est important pour le programme de s'adresser aux hommes directement sur leurs comportements et leurs responsabilités concernant la santé.

Le programme soit donc s'adresser aux hommes séparément, en tenant compte de leurs comportements et de leurs responsabilités et des facteurs qui peuvent les stimuler à changer eux-mêmes et à soutenir les améliorations du ménage. Une autre raison pour faire participer les hommes est la division du travail pour assurer que la responsabilités des changements ne retombe pas seulement sur les femmes, mais soit répartie équitablement.

### **Recommandations**

La période écoulée a connu une recherche action sur la femme et santé dans les 4 districts de la région sanitaire de Kaya. D'une manière générale les activités des districts sont exécutées de façon satisfaisante. Toutefois, des efforts restent à faire dans les sens de l'amélioration de la stratégie notamment en ce qui concerne la qualité des soins et la poursuite des activités soins de santé communautaire.

Il faut aussi remarquer que compte tenu du contexte particulièrement féodal, gérontocratique, phallocratique, tous les changements ne sont pas possibles à court terme. Nous suggérons d'adopter des stratégies progressives. Mais auparavant il faudra que le cadre logique pour chaque projet/programme ait été revu pour intégrer la dimension de Genre. Cela peut se faire lors d'un atelier de planification qui précisera les stratégies et les activités.

## 1. A propos de l'institutionnalisation de Genre

L'intégration des aspects 'genre' dans le programme de santé ne devrait pas être considérée comme une activité séparée ou supplémentaire du programme, mais en fait comme un élément intégral dans toutes les activités effectuées par la Direction Régionale de la Santé de Kaya. La première chose à faire pour intégrer l'approche 'genre' dans toutes les activités, sera de l'institutionnaliser auprès du Direction. Pour atteindre cet objectif, les actions suivantes sont recommandées:

- Il faut incorporer le concept 'genre' dans tous les processus et les documents politiques. Le texte de ces documents doit être sensible au concept 'genre', par exemple dans le recrutement de nouveau personnel, et il doit reconnaître le besoin d'augmenter les possibilités des femmes d'obtenir des fonctions cadres supérieurs. On pourrait ajouter une phrase indiquante qu'on stimule les femmes à postuler ces fonctions de niveau plus élevé. Le texte pourrait également stipuler que dans le cas où une femme et un homme possédant les mêmes qualifications, postulent une place, la femme aura la priorité sur l'homme.
- Dans le Ministère de la Promotion Féminines il existe un point focal qui essaie de répondre aux questions relatives au concept 'genre'. Cette personne ou ces personnes devraient être invités à collaborer avec la Direction, fournir des conseils et l'aider à incorporer les aspects 'genre' dans le programme de santé. Ainsi il est recommandé que la Direction collabore dans une façon formel avec le point focal du Ministère pour que le dernier puisse l'assister à mettre en pratique les aspects 'genre' dans la politique du secteur de la santé.
- Des questions relatives au sujet de 'genre' demandent une expertise que le personnel de la santé ne possèdent pas. Dans ce cas, il est recommandé de chercher d'autres organisations ou personnes dans la région qui possèdent l'expertise nécessaire. On pourrait engager ces experts comme consultants pour exécuter des activités spécifiques. Il est nécessaire de garder un fonds pour l'engagement de ces experts.

## **2. A propos de l'amélioration de qualité de soins**

- assurer le fonctionnement des structures sanitaires et la disponibilité des médicaments (paquet minimum) en quantité suffisante dans toutes les formations sanitaires.
- rechercher des innovations en matière de financement communautaire afin de réduire le poids du paiement direct des soins
- collaborer avec d'autres organisations, en vue d'introduire des activités de développement communautaires dans la région afin d'augmenter les ressources communautaires

## **3. A propos des activités des soins de santé communautaires**

- accorder une priorité aux activités d'éducation communautaire sur les thèmes: l'eau et l'assainissement, santé de la reproduction y inclus MST/SIDA, l'excision et la nutrition.
- introduire d'une stratégie d'éducation par les paires (hommes et femmes/ filles et garçons) en identifiant les hommes, les femmes et les jeunes leaders pour l'éducation (IEC) sur les thèmes mentionnés.
- introduire des outils participatifs et étendre leur utilisation pour encourager les communautés à analyser leur situation et suggérer elles-mêmes les solutions qui leur conviennent le mieux. Ces outils peuvent être utilisés pendant les séances d'animation et d'éducation communautaire.
- renforcer l'encadrement des comités de gestion par l'introduction d'une stratégie claire stipulant les rôles et responsabilités de chaque acteur, sur le plan d'action, le suivi et l'évaluation.

- accorder la priorité d'investir les financement pour les activités d'alphabetisation des femmes dans la region. Ces activités peuvent être mise en oeuvre par les autres organisations (ONG par exemple).

#### 4. A propos de la participation des femmes et des hommes (Genre)

Les consultantes soutien d'observation que la participation équilibrée des femmes et des hommes ont besoin la renforcement. Domaines pour la renforcement sont a) la participation égales des femmes dans les réunions, les formations, et à la prise de décisions; b) augmentation des responsabilités en santé prise par les hommes.

- formation des personnels de la santé à tous niveaux sur le concept genre et comment utiliser le genre pour résoudre les problèmes. Les personnels doivent au cours de cette formation apprendre à intervenir au village avec un regard sur une perspective de genre. Proposer aux agents des méthodes participatives différentes qu'ils peuvent utiliser en toute situation de non participation.
- Lors de formations pour les agents sur le terrain: Il faut attirer l'attention des membres sur la nécessité de prendre en compte les contraintes sociales pour mener les activités. Aussi dans ce groupe, il faut faire comprendre aux hommes les raisons d'impliquer les femmes aux activités et la notion d'équité entre les deux membres de l'équipe.
- Dans le village: introduire une stratégie de genre. La stratégie aura plusieurs approches en fonction des différentes situations auxquelles elle devra s'appliquer:
  - sensibiliser les personnes influentes (bénéficiaires d'une audience honorable dans le village pour sensibiliser à leurs tours les autres villageois. Cette approche a pour but de responsabiliser les genres.
  - conscientiser les hommes en tant que responsables de famille, et détenteurs de tout pouvoir décisionnel et financier afin qu'ils mettent à la disposition des femmes les moyens nécessaires et certains droits conjugaux pour appliquer

les messages.

- dans les villages où les moeurs et les coutumes ne favorisent pas la réunion des hommes et des femmes pour mener des activités: prendre séparément les hommes et les femmes en tenant compte des responsabilités et des comportements des deux genres en matière de santé.
- tenir compte de l'emploi de temps journalier des femmes pour planifier les activités santé communautaire.

## I. INTRODUCTION

### 1.1. Contexte et Justification

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé des populations dans les provinces du Bam, du Namentenga et du Sanmatenga, un plan quinquennal de développement sanitaire a été élaboré dans chacune de ces provinces. Celles-ci relèvent de la région sanitaire de Kaya qui compte 4 Districts.

La mise en œuvre de ces plans quinquennaux est rendue possible grâce au Programme d'Appui aux Soins de Santé Primaires de la région sanitaire de Kaya financé par la Coopération Néerlandaise et l'ONG Save the Children (Pays-Bas) à travers la convention de collaboration signée avec le Ministère de la Santé du Burkina Faso en Mars 1994.

La durée du programme est de cinq (5) ans et s'étale de la manière suivante :

- District Sanitaire de Kongoussi dans la province du Bam : du 01/01/95 au 31/12/99 ;
- District Sanitaire de Boulsa dans la province du Namentenga : du 01/07/95 au 30/06/2000 ;
- District Sanitaire de Kaya et de Barsalogo dans la province du Sanmatenga : du 01/07/95 au 30/06/2000.

Ce programme est exécuté à travers des plans d'opération annuels et des programmes de travail trimestriels avec budgets.

L'un des objectifs du programme d'appui aux SSP est de promouvoir la participation des femmes à la gestion des activités. Selon la politique nationale des Pays-Bas (co-baillieur) les programmes d'appui qui bénéficient de son financement doivent répondre à quatre critères :

- Intégration des besoins et des intérêts des femmes, dès la phase préparatoire des projets.
- Participation active des femmes avec accès direct aux ressources et à leur contrôle non seulement en tant que bénéficiaires, mais

également en tant que participantes au processus décisionnel.

- Création de conditions propres pour l'autonomie des femmes (autonomie financière, autonomie physique, autonomie socio-politique...).
- Utilisation de l'expertise femmes dès la phase de planification et tout au long du processus de développement.

Dans la région sanitaire de Kaya, le programme volet "**femme et santé**" n'est pas suffisamment élaboré. Les équipes de santé ont eu quelques difficultés à déterminer un contenu adéquat.

Jusqu'à nos jours, les actions programmées se sont limitées au rôle de procréation de la femme.

Cette approche prend seulement en compte le rôle biologique de la femme et non comme un acteur de développement socio-économique et sanitaire. La distinction utile entre "**sexe**" et "**Genre et Développement**" n'est pas faite.

Pour apporter des mesures correctives à toute cette situation et impliquer les femmes à part entière dans le processus de développement sanitaire dans la région sanitaire de Kaya, les équipes cadres ont entrepris une étude sur les besoins spécifiques des femmes en matière de développement socio-sanitaire et les facteurs à prendre en compte pour assurer des changements positifs.

## **1.2. Buts et objectifs**

### **1.2.1. Objectif général**

Le but global de la recherche est de dresser un profil "**Femme et Développement**" axé sur le Développement socio-sanitaire qui permette une meilleure connaissance des besoins spécifiques des femmes. Les contraintes et les besoins identifiés serviront de base pour planifier et réaliser un programme de promotion à la fois "**globale**" et "**spécifique**" de la situation socio-sanitaire de la femme dans les districts et la région sanitaire de Kaya.



### **1.2.2. Objectifs spécifiques**

Plus spécifiquement, l'étude doit :

1. Déterminer la position des hommes et des femmes au sein des équipes de santé chargées de la gestion du Programme d'Appui aux Soins de Santé Primaires Région Sanitaire de Kaya (PASSPK) SCPB (Comité de Suivi et Equipe de la DRS, Equipes Cadres de District, Agents de Santé et Comité de Gestion des Formations Sanitaires).
2. Analyser les mécanismes et stratégies développées lors des planifications annuelles pour identifier les problèmes spécifiques des femmes et leur prise en compte.
3. Apprécier la position des femmes dans le développement socio-sanitaire
  - Accès aux services de santé
  - Bien-être socio-sanitaire et économique (différence de la situation entre homme et femme exprimée en termes d'indicateurs).
  - L'accès aux ressources et leur contrôle
  - L'accès à l'information (y compris la connaissance des hommes et des femmes sur les critères de risque de mortalité maternelle).
  - Conscientisation des femmes et des hommes sur leur position et les possibilités de changements par rapport à leurs rôles traditionnels.
  - Participation au processus décisionnel
4. Faire ressortir la position de la fille et les effets de cette position sur sa survie, en rapport avec les aspects suivants :
  - Droit aux soins de santé
  - Droit à l'éducation
  - Droit à une bonne nutrition
  - Droit à participer aux décisions qui la concernent
  - Les pratiques culturelles néfastes pour la santé
  - Les relations parentales (père, frère, mère, sœur)
  - Equité entre les filles et garçons

5. Identifier les facteurs favorisant (acquis et potentialités) la participation des femmes comme acteurs du développement socio-sanitaire dans la région de Kaya :
6. Identifier les besoins spécifiques des femmes en rapport avec les aspects clés du renforcement de la position de la femme selon le concept genre et développement :
  - Le bien être socio-sanitaire et économique
  - L'accès
  - La participation
  - Le contrôle
7. Identifier les difficultés / contraintes entravant le développement socio-sanitaire et économique des femmes :
8. Formuler des recommandations pour permettre aux équipes cadres des districts sanitaires et à la DRS de mettre en place un programme « femme santé » qui favorise une participation responsable et équitable de tous les acteurs et actrices aux activités de développement socio-sanitaire.

### **1.3. Méthodologie**

La présente étude est une Recherche Action Participative ; cela signifie que les représentants des communautés à la base, les responsables et membres des ECD, le personnel de santé, ont collaboré, en tant que groupe de référence, dans toutes les étapes du processus de recherche.

En l'occurrence, les partenaires et responsables du Programme d'Appui aux SSP et acteurs sur le terrain ont été également impliqués comme faisant partie de l'équipe de chercheurs. Un atelier de planification a été organisé en début d'étude, où les principaux partenaires ont indiqué leurs attentes, et où toute l'équipe de recherche a été impliquée pour une meilleure compréhension et prise en compte des objectifs dans la conduite de l'étude.

Dans cette perspective, les consultants se sont considérés comme des appuis techniques et des facilitateurs sur le plan méthodologique et ont travaillé en symbiose avec les acteurs, pour chaque étape de la Recherche.

Un ensemble d'outils participatifs ont été utilisés pour la génération des données dans un processus itératif ; ce sont :

### **1.3.1. La revue documentaire**

La première phase de l'étude a été une revue documentaire et statistique en vue de collecter des données qui permettent de répondre à certains questionnements sous tendus dans les objectifs.

### **1.3.2. La carte de village**

Il s'agit d'un outil participatif de génération d'informations. Ici, les données collectées correspondent aux ressources (points d'eau, terre) à certaines infrastructures (centre de santé, tradipraticiens, routes) aux différents groupes ethniques, etc. qui seront situés sur la carte. La carte a été établie pour chacun des villages enquêtés avec les femmes, puis les hommes.

### **1.3.3. Le calendrier saisonnier**

Cet autre outil participatif a permis de collecter en fonction de la variable saison, des données sur les produits agricoles, la disponibilité de la nourriture, l'utilisation de l'eau, l'utilisation du bois, les activités artisanales, la fréquence des maladies, la disponibilité des ressources financières, etc. Le calendrier a été établi avec le groupe des hommes et celui des femmes dans chaque village.

### **1.3.4. Les profils**

Cet outil typiquement genre a visé à collecter/discuter les données sur les profils d'activités (Production, Reproduction, Gestion Sociale), le profil accès et contrôle par rapport aux ressources foncières, l'éducation, les crédits, l'équipement, les services, etc., pour mesurer le degré d'implication de chaque genre et évaluer les

changements intervenus. Ces informations ont été collectées auprès des hommes, puis des femmes. On a aussi collecté des données sur le profil politique, qui a été l'occasion de discuter uniquement avec les femmes sur leur positionnement en rapport avec le pouvoir.

### **1.3.5. Les Groupes de discussion dirigée (GDD)**

Certains des questionnements des objectifs ont fait l'objet de discussions de groupes dirigées, pour bénéficier de l'effet de dynamique de groupes. Les GDD ont concerné prioritairement les questions de maladies et de soins, ainsi que les déterminants des attitudes et pratique vis-à-vis de ces questions. On aussi interrogé les populations sur l'attitude qu'elles ont par rapport à certains domaines de changements, et sur l'image de la femme. A ce niveau, les discussions ont concerné 4 groupes par village : hommes mariés, femmes mariées, jeunes hommes, jeunes filles.

### **1.3.6. Recueil de dictons et proverbes**

L'objectif a été de collecter auprès des personnes ressources des dictons et proverbes en rapport avec les relations Femme/Homme, comme moyen d'avoir des données complémentaires sur l'image de la femme.

### **1.3.7. Interviews individuelles**

Les interviews individuelles ont été ciblées sur les membres des ECD et quelques agents de santé, en vue de collecter des données sur les profils des prestataires.

**N.B.** *La collecte des données s'est faite selon le processus itératif propre aux méthodes participatives.*

### **1.3.8. Choix des villages**

8 villages ont été sélectionnés pour la réalisation de l'enquête, soit 2 pour chacun des 4 districts sanitaires, selon les critères suivants :

- Proximité/éloignement d'une Formation Sanitaire ;
- Site de CSPS avec COGES fonctionnel ;

- Non site de CSPS avec COGES non fonctionnel.

Seulement 8 villages ont été retenus compte tenu du temps disponible (les enquêtes ont commencé en fin Juillet, et les résultats exigés en début ou mi Septembre). Bien plus, la nature qualitative des données, l'homogénéité culturelle de la région concernée, font qu'il n'est pas nécessaire d'enquêter dans tous les villages. Un critère opérationnel d'accessibilité du village a été ajouté, les enquêtes s'étant déroulées en pleine saison de pluies.

Les villages retenus sont :

Barsalogo	:	Dablo et Tankienga
Boulsa	:	Mokin – Yarcé et Talfago (remplacé par Piliga/Tougouri - car inaccessible)
Kaya	:	Kiemna et Raguitenga
Kongoussi	:	Ipala (Tikaré) et Sabcé

### **1.3.9. Déroulement de l'étude**

L'étude a été exécutée comme dans le chronogramme ci-après :

<b>ACTIVITES</b>	<b>DATES ET DUREE</b>	<b>RESSOURCES</b>
1. Atelier de planification	20-21 Juillet (2 jours)	
2. Elaboration outils formation des chargés d'enquêtes.	22-25 Juillet (4 jours)	DRS, ECD, SCPB, Consultants
3. Enquêtes de terrain	28 Juillet – 26 Août (30 jours)	Chargés d'enquête, Superviseurs, Consultants
4. Dépouillement, analyse, rédaction du rapport	Septembre	Consultants avec l'appui des superviseurs

L'étude a été conduite sous la responsabilité de 2 Consultants principaux (une femme et un homme), qui ont coordonné l'ensemble de l'étude avec l'appui et la

collaboration de la DRS. Ils se sont plus spécialement occupés de faciliter l'atelier de préparation, d'élaborer les outils d'enquêtes, d'assurer la formation des équipes à l'utilisation des outils, de conduire certains entretiens, d'élaborer le rapport d'étude.

Ils ont été appuyés par 2 chargées de supervision, qui ont à l'occasion participé à la collecte des données, et au dépouillement. 4 chargés d'enquêtes émanant de la DRS (un homme et 3 femmes) ont assuré la collecte des données.

## II. PRESENTATION DES RESULTATS

### 2.1. La carte des villages échantillonnées (Annexe 1)

#### 2.1.1. Profils des villages selon les cartes

##### **Structure Sanitaire:**

Parmi les 8 villages concernés par l'enquête, 4 disposent d'un CSPS. Dans les 4 autres il existe un PSP qui est souvent non fonctionnel. Les formations sanitaires sont inaccessibles en saison hivernale à cause du mauvais état des routes qui mènent dans les différents villages. C'est le cas par exemple de Mokin - Yarcé.

Les populations des villages qui sont dépourvus de CSPS sont obligées de parcourir en moyenne 35 km pour bénéficier des soins (cas par exemple de Tankienga).

En cas de maladies, les populations font d'abord recours aux tradipraticiens ou aux charlatans. Dans tous les villages, il existe au moins un tradipraticien ou une tradipraticienne, sauf à Ipala. Ils soignent toutes sortes de maladies : les céphalées, les maux de ventre, la jaunisse, les douleurs articulaires, le paludisme, la toux, la gonococcie, la diarrhée, les troubles mentaux, des maladies non définies, les fractures, les morsures de serpent, etc.

Les formations sanitaires constituent le second recours au cas où les malades ne trouvent pas satisfaction chez les tradipraticiens.

##### **Groupes Ethniques**

Dans chaque village, plusieurs ethnies cohabitent. Ce sont généralement les Mossi, les Yarcé et les Peul.

##### **Approvisionnement en Eau**

Pour leur approvisionnement en eau, chaque village dispose de forages, de puits modernes et des sources traditionnelles.

L'eau des forages et des puits est utilisée pour les besoins personnels et l'abreuvement des animaux. Celle des sources traditionnelles est utilisée pour les

travaux de construction, l'abreuvement des animaux et le maraîchage.

L'eau des forages est accessible en toutes saisons sauf en cas de panne. Celle des puits et des sources traditionnelles est accessible uniquement en saison hivernale.

### **Structure Scolaire et Administrative**

Dans le domaine de l'éducation, chaque village dispose au moins d'une école à 3 ou 6 classes, sauf à Tankienga, à Kiemna et à Piliga. Certaines écoles sont fonctionnelles mais d'autres sont toujours en construction. Dans toutes les écoles, l'effectif des garçons est supérieur à celui des filles.

Les villages disposent d'un centre d'alphabétisation sauf à Piliga. A Kiemna et à Mokin, l'effectif des femmes alphabétisées est supérieur à celui des hommes. Le contraire a été constaté à Sabcé, à Tankienga, à Dablo et à Raguitenga.

Les habitants de Tankienga souhaitent vivement l'implantation d'une école primaire dans le village. A Sabcé, il existe même un CEG mais il n'est pas encore fonctionnel.

Sabcé et Dablo sont des chefs lieu de département. Plusieurs structures administratives y sont représentées. A Sabcé, il y a la Poste et les Télécommunications, l'Environnement, le Commissariat de Police, la Préfecture et le SPA. A Dablo, en plus des services cités plus haut il y a celui de l'Elevage, le PDI et l'ADRK.

### **Activités Socio-Economiques**

Chaque village possède un moulin sauf Piliga et Ipala. Les moulins sont fonctionnels et appartiennent en majorité à des particuliers. A Mokin et à Dablo, le Groupement Villageois Féminin et le Groupement Villageois Mixte sont propriétaires des moulins.

On a enregistré l'existence d'une banque de céréales à Tankienga, Raguitenga, Ipala et Mokin-Yarcé.

Dans les autres villages, les activités de loisirs se font au centre ville devant les concessions. Ce sont des danses traditionnelles (Salou, Kigba, etc.).



Le centre de loisir de Mokin - Yarcé est fréquenté par les jeunes filles et les garçons. Les loisirs se résument aux danses modernes et soirées culturelles.

Il existe dans tous les villages un marché qui a lieu tous les 3 jours, une mosquée, et des églises.

En plus de l'agriculture, on pratique exceptionnellement le maraîchage à Kiemna, et à Sabcé.

Il existe un périmètre aménagé à Dablo sur lequel on pratique la riziculture.

### **2.1.2. Les problèmes de santé les plus marquants dans la communauté**

Selon les données des GDD, les problèmes de santé d'une manière générale marquent toute la communauté dans les différents villages ciblés par l'enquête, mais on peut relever tout de même que les urgences diffèrent selon les groupes et genres de personnes rencontrées.

Dans tous les villages, les jeunes filles ont évoqué comme problèmes de santé les plus marquants :

- Le manque d'eau potable pour les besoins de la population : cela entraîne la consommation d'eau souillée des barrages et des mares qui sont sources de maladies, douleurs abdominales.
- L'éloignement des CSPS des villages : c'est le cas des villages de Raguitenga (6km) Piliga (5 km) Tankienga (35 km) Ipala (9 km).
- Les maladies dues au manque de soins de santé primaires, les plaies, les diarrhées.
- Le problème de la famine qui entraîne une malnutrition ou une sous alimentation chronique.
- L'inexistence de centres de santé dans certaines localités.
- Le manque de ressources financières pour s'approvisionner en produits de première nécessité, comme les médicaments essentiels génériques.
- La persistance de la pratique de l'excision, comme c'est le cas à Dablo, qui entraîne des complications mortelles.
- Le coût des produits pharmaceutique très élevé (ex 6.000 F pour traiter le

paludisme à Kaya) qui n'est pas toujours à la portée des paysans.

- Les grossesses précoces ou indésirées qui sont aussi sources de problèmes.
- Enfin les maladies qui persistent : la pneumopathie, le paludisme, les douleurs abdominales, la méningite, les diarrhées, le goitre, la varicelle, la rougeole, la bilarziose, les dracunculoses, les règles douloureuses (dysménorrhées), la coqueluche, les oreillons, le scorbut, la jaunisse, le choléra.

Les problèmes évoqués par les jeunes filles sont repris par les femmes mariées qui relèvent en plus :

- L'absence de moulin dans certaines localités afin de faciliter la tâche des femmes.
- Le manque d'accoucheuse auxiliaire par exemple à Kiemna qui pourra prendre sous sa responsabilité la maternité car avec le personnel masculin, les femmes se sentent mal à l'aise quant aux services de certains soins.
- Les difficultés d'évacuations sanitaires des malades vers le CHR de Kaya par manque d'ambulance à Kiemna.
- L'absence de formation sanitaire dans le village de Piliga.
- L'alimentation non équilibrée qui est source de maladies dans les familles.
- A Dablo, elles évoquent le coût très élevé des frais d'accouchement (2.000 F en plus des frais d'hospitalisation, 250 F/J pour celles qui prennent des agrafes), l'amende de 3.000 F pour accouchement à domicile, la consultation prénatale (1.000F) pour la première fois et 250 F pour les autres, sont d'un coût très élevé pour les femmes ménagères du village. Il y a aussi le fait que la consultation pour les nourrissons soit faite une fois par semaine et que le nombre d'enfants consultés est limité ; ce qui fait qu'il faut être parmi les premières pour avoir la consultation, ou dormir au CSPS.
- L'état défectueux de certaines voies en période hivernale (cas de Tankienga) rend inaccessible la Formation Sanitaire.

- Enfin, le manque d'emploi pour les femmes est un obstacle pour la prise en charge elles-mêmes de leur santé.

Au niveau des jeunes garçons rencontrés dans tous les villages les mêmes problèmes reviennent ; mais chaque groupe a aussi sa propre vision ; c'est ainsi qu'entre autre les jeunes garçons ont évoqué :

- Le manque de service de santé et de pharmacie (Raguitenga) et d'ambulance pour l'évacuation à Korsimoro.
- La non-disponibilité des produits dans les dépôts existants dans les localités (Kiemna par exemple).
- L'absence d'une formation sanitaire (cas de Piliga).
- L'insuffisance du personnel de santé (3 agents pour le CSPS de Dablo, AA, AIS, IB).
- Le matériel médico-technique faisant défaut limite les performances de l'examen médical, qui se réduit à la prescription d'ordonnances ; ainsi comme évoqué plus haut, le manque de personnel se traduit par une charge de travail élevée obligeant le peu d'agents à se concentrer plus sur le curatif au détriment du préventif et du promotionnel.
- L'analphabétisme des jeunes fait que l'éducation en matière de santé est un peu réduite, il y a aussi que les tamis filtres ne sont pas beaucoup utilisés alors que les forages pour eau potable ne sont pas disponibles ; les conséquences sont les maladies d'origine hydriques et infectieuses en plus des maladies citées par les autres groupes.

Les hommes mariés sont tous unanimes que les frais des produits pharmaceutiques sont excessivement élevés surtout compte tenu des réalités vécues au niveau des villages.

Outre les problèmes déjà cités, ils évoquent le fait que :

- La population ne soit pas sensibilisée en matière de prévention des maladies parce qu'il n'existe pas de personnes formées au sein de la communauté à cet effet.
- Les femmes enceintes ne sont pas suivies médicalement (cas de Sabcé)

et la vaccination des enfants programmée deux fois par an n'est pas suivie.

- Le personnel est très insuffisant au sein de la Formation Sanitaire (Dablo).
- Pour toujours, le manque d'ambulance fait que les frais d'évacuation d'un malade au CHR de Kaya montent à 21.000 F CFA, somme élevée pour un paysan.

### **2.1.3. Les groupes cibles les plus atteints**

Les groupes cibles les plus atteints par les différents problèmes de santé sus énoncés, sont les mêmes dans tous les villages, et selon les différents groupes de discussions ; ce sont :

- Toute la population d'une manière générale pour tous les problèmes de santé et des maladies fréquentes dans les localités.
- Les enfants en bas âge de 0 à 5 ans pour les maladies comme la fièvre, le paludisme, les pneumopathies.
- Les personnes âgées sont affectées par les lombalgies, les hernies, les pneumopathies.

En général ce qui occasionne plus de décès dans les villages ce sont :

- La rougeole, les diarrhées, la méningite, le paludisme qui tuent surtout les enfants ;
- Les ostéites (maladies des os et des articulations) chez les personnes âgées ;
- Les maladies d'origine hydrique dues à la consommation d'eau souillée.

Enfin les problèmes les plus importants qui peuvent occasionner des décès sont : la famine qui découle d'un manque de ressources financières pour s'approvisionner en céréales.

L'éloignement de certaines formations sanitaires des villages comme c'est le cas dans les villages de Raguitenga (6 km), Piliga (5 km), Tankienga (35 km) et Ipala (9 km). Cet état des choses fatigue les malades lors des évacuations et les expose plus

à la mort.

Il y a aussi le manque d'argent pour honorer les ordonnances. Ainsi beaucoup de paysans préfèrent se soigner à chez le tradipraticien ou par l'automédication traditionnelle ce qui n'est pas toujours approprié.

Par ailleurs dans le village de Sabcé, les jeunes filles évoquent les avortements et le SIDA qui sont aussi causes de décès.

#### **2.1.4. Les endroits où les populations se soignent**

Les populations se soignent de façon générale dans tous les villages de façon traditionnelle, en consultant les tradipraticiens, et les charlatans. Elles font aussi l'automédication par l'achat des produits sur la place du marché.

Pour les jeunes filles de Dablo, certaines personnes ont recours à la prière au niveau de l'église. Cet aspect religieux des soins est également évoqué par les jeunes garçons et les hommes de Ipala, Tankienga, Kiemna.

*C'est en derniers recours que la population part dans les formations sanitaires modernes (PSP, CSPS, CMA et CHR).*

## **2.2. L'appréciation de la position des femmes dans le développement socio-sanitaire communautaire**

### **2.2.1. L'accès aux services de santé et bien être socio-sanitaire et économique**

En dépit de nombreuses difficultés de développement socio-sanitaire, d'ordre infrastructurel, économique, social et culturel, l'on constate que les femmes de la région ont un accès aux services de santé. Lorsqu'il existe un centre de santé les femmes presque autant que les hommes ont accès aux soins. Presque dans tous les domaines d'intervention des services de santé, soins généraux, accouchement, planning, vaccination, la femme est bénéficiaire.

Il est à remarquer cependant que dans certaines urgences, comme les évacuations et la médication, la femme se trouve défavorisée.

De façon générale le bien être socio-sanitaire des femmes dépend du niveau de développement socio-sanitaire de toute la société. Dans ce cas précis, au regard de l'insuffisance et de la précarité des infrastructures socio-sanitaires de la région et des activités de production modestes, tous, hommes comme femmes, manquent d'un bien-être satisfaisant.

C'est ainsi que les besoins des femmes sur le plan socio-sanitaire sont passablement satisfaits.

Ceci s'explique non seulement par le nombre limité des centres de santé, mais aussi par l'éloignement (le cas des villages de Raguitenga, Tankienga, Ipala, etc.) et l'inaccessibilité de ceux-ci en hivernage.

Il faut remarquer que l'accès aux services de santé, le bien être socio-sanitaire et économique dépendent surtout du statut de la femme. Le chapitre suivant montre qu'elle ne contrôle que très rarement les ressources quand bien même elle y a accès. Examinons quelques facteurs déterminants que sont les calendriers de travail et les revenus.

Sur le plan économique, les différentes activités de production essentiellement agricoles et pastorales devraient générer des revenus suffisants pour satisfaire au bien-être économique des femmes, si les aléas climatiques ne compromettaient pas leur succès et si elles en avaient le contrôle. Le manque de développement et d'organisation de certains secteurs comme l'artisanat et le commerce, diminue les chances d'augmentation des sources de revenus devant améliorer le bien-être économique des femmes. L'inorganisation du secteur agricole et le manque d'aménagement du terroir (périmètres irrigués, sauf à Sabcé) ne permet pas la pratique des cultures de contre saison génératrices de revenus.

## **Calendrier Saisonnier**

Pour le calendrier saisonnier, on remarque qu'il n'existe pas de différence dans la production des hommes et celle des femmes. Le calendrier saisonnier a été conçu pour chaque village en rapport avec les activités agricoles et artisanales, la disponibilité de la nourriture et des ressources financières, la recherche du bois de chauffe, la migration, le besoin en eau, les activités de loisir, le maraîchage, les fêtes coutumières et les funérailles, la fréquence des maladies.

L'intensité des activités a été appréciée avec des cailloux de la manière suivante : 1 caillou pour très peu, 2 pour un peu, 3 pour moyen, 4 pour beaucoup. Les activités agricoles s'étalent sur 9 mois dans l'année, c'est-à-dire d'Avril à Décembre. Elles sont relaxes en Avril et Mai, et très intensifiées de Juin à Décembre. D'Avril à Mai, ce sont les défrichages des champs, de Juin à Juillet les semences, d'Août à Septembre le labour, d'Octobre à Novembre la récolte, et enfin en Décembre c'est le ramassage des récoltes et la mise en grenier.

Les produits vivriers cultivés dans les villages sont le mil, le sorgho, le maïs, l'arachide, le haricot, le pois de terre, le sésame, le tabac. Le coton est cultivé à Kiemna, Dablo, Ipala et Raguitenga. Le riz est cultivé uniquement à Dablo.

La nourriture commence à être disponible à partir de Septembre avec la récolte du maïs, des arachides etc. De Novembre à Février c'est généralement l'abondance. A partir de Mars, les greniers deviennent de plus en plus vides, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus rien entre Juin et Août.

Les villageois font l'artisanat pendant la période de repos selon le calendrier agricole, c'est-à-dire de Décembre en Avril. Cette activité est beaucoup pratiquée en Janvier, Février et Mars. L'immigration se fait entre Janvier et Mai et concerne uniquement les hommes et les garçons. Ils vont en Côte d'Ivoire ou dans les grandes villes du Burkina comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Ils n'ont pas d'emploi défini, ils exercent toutes sortes d'activités. C'est par exemple le travail de boy, de cuisinier, de gardien ou de cultivateur dans les plantations.

Les villageois utilisent l'eau durant les 12 mois de l'année. Cependant le besoin en eau est très grand de Mars à Mai. Pendant l'hivernage, l'utilisation de l'eau n'est plus importante. La recherche du bois de chauffe est un travail dévolu aux femmes. Certains hommes le font pour un but commercial. Le bois de chauffe est généralement utilisé pour la consommation personnelle. Les femmes font le stock en saison sèche, car les activités de recherche de bois sont suspendues en hivernage au profit de l'agriculture.

Dans le domaine de la santé, les villageois disent que les maladies sont très fréquentes durant l'harmattan (Janvier - Février) et pendant la chaleur (Mars - Avril). Des cas de maladies sont également enregistrés pendant l'hivernage.

Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, la méningite, la rougeole, les céphalées, la diarrhée et les vomissements chez les enfants, la jaunisse, les conjonctivites, la coqueluche, les dermatoses. Selon les villageois, la disponibilité des ressources financières va de pair avec celle de la nourriture. La vente des céréales constitue l'activité qui procure le plus de revenus dans les villages, ce qui reste une prérogative des hommes.

Les fêtes coutumières et les funérailles se tiennent généralement de Janvier à Mai. Les fêtes coutumières ont lieu en Janvier au cours desquelles les habitants demandent aux ancêtres de les protéger de tout au long de l'année.

Cependant dans les villages où la quasi-totalité de la population appartient à la religion musulmane comme par exemple à Mokin Yarcé et à Ipala, il n'existe pas de funérailles ni de fête coutumières.

Seules les fêtes musulmanes (Ramadan, Tabaski, Mouloud etc. ) et les "Doiga" de 7è ou de 40è jours sont considérées. Celles-ci varient en fonction des années.

Dans certains villages, les activités de loisir commencent pendant la période des récoltes et se terminent au début des travaux agricoles (Octobre à Mars). Dans d'autres, ces activités ont lieu uniquement à l'occasion des mariages et des baptêmes. Ce sont généralement des soirées dansantes, des danses traditionnelles



(yarma, warba, salou, tarkai, Kiegba etc.), les matchs de football, les jeux pendant le clair de lune etc.

Le maraîchage n'est pas pratiqué dans tous les villages à cause du manque d'eau. Cette activité est surtout pratiquée de Décembre à Mars et concerne les villages Raguitenga Sabcé, Kiemna et Mokin - Yarcé. Les légumes cultivés sont les tomates, les choux, les aubergines, le piment, les oignons, les carottes, le gombo, la salade, le haricot vert etc.

L'ensemble du calendrier laisse voir que hommes et femmes sont impliqués dans une agriculture de subsistance, ce que la matrice des revenus va confirmer.

Les revenus des populations sont appréciés selon les canevas suivants résultant de synthèses de tous les groupes rencontrés.

MATRICES DES REVENUS/FEMMES MARIEES			HOMMES MARIES	
- Les produits agricoles	66	1er	- Elevage	6
- Elevage	57	2è	- Petit commerce	41
- Produits de transformation	34	3è	- Migration	29
- Petit commerce	32	4è	- Artisanat	29
- Artisanat	25	5è	- Produits de transformation	22
- Tontine	20	6è	- Tontine	18
- Migration	20	6è	- Maraîchage	18
- Maraîchage	20	6è	- Exploitation minière	6
- Exploitation minière	7	7è	- Les produits ocile	6

**N.B.** Les chiffres correspondent aux points donnés pendant la collecte des données.

Les deux matrices montrent que l'un des problèmes majeurs rencontrés est l'absence de source de revenus pour les femmes, qui ne contrôlent<sup>1</sup> ni les revenus des produits agro-pastoraux, ni ceux du commerce, du maraîchage, de l'exploitation minière, de l'artisanat, de la migration.

### **2.2.2. L'accès aux ressources et leur contrôle**

**Tableau N°1: Profil accès aux ressources et leur contrôle (Synthèse de toutes les cibles)**

RESSOURCES	ACCES		CONTROLE	
	H	F	H	F
Animaux	23	12	19	04
Eau	02	16	10	12
Produits vivriers	25	14	18	04
Main d'œuvre	16	04	16	01
Connaissance d'un métier	18	08	16	0
Equipement agricole	22	08	17	02
Moyen de déplacement	22	13	15	1
Moulin	13	10	16	04
Equipements de l'eau	13	04	14	02
Caisse populaire	09	14	12	03
Organisation de crédits	09	12	11	04
Terre	24	11	16	00
Responsabilité pour la terre	16	04	16	01
Revenu de transformation	05	15	04	11
Revenu vivrier	23	13	17	08
Revenu de l'artisanat	14	11	13	07
Dote	18	18	11	06
Présence d'un projet	17	13	11	06
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>190</b>	<b>252</b>	<b>75</b>

**N.B.** Les chiffres correspondent au nombre de points d'évaluation de la question par les cibles

<sup>1</sup> Contrôle: le fait de se maîtriser

De façon générale l'accès aux diverses ressources et à leur contrôle reflète l'organisation de la société traditionnelle, où toute l'autorité revient à l'homme. La région étudiée n'échappe pas à ce canevas. En effet, nous constatons par le tableau ci-dessous que les hommes ont plus d'accès que les femmes aux ressources matérielles, financières, naturelles et humaines en tant que chefs de famille. Dans certains domaines d'accès aux ressources, les chances sont paritaires entre l'homme et la femme, c'est le cas de l'accès au moulin et à la dote. Ceci s'explique par le rôle particulier dévolu à la femme dans ces domaines.

Nous pouvons remarquer avec étonnement que les femmes sont majoritaires dans le crédit et l'épargne et pour le revenu de transformation. On peut comprendre cette situation par le fait que les femmes sont plus économes et surtout plus prévenantes que les hommes. La possibilité de crédit et épargne est donnée aux femmes plutôt qu'aux hommes grâce en majeure partie aux produits agricoles et à l'élevage. Les activités de transformation qu'elles mènent (beurre de vache, de karité, bière de mil, fruits et légumes séchés, poisson séché) permettent le petit commerce qui génère un revenu pécunier.

C'est au niveau du contrôle des ressources que l'on peut savoir qui détient le véritable pouvoir économique. Nous remarquons effectivement que la quasi - totalité du contrôle revient à l'homme. Ce qui veut dire qu'en définitive la décision de l'utilisation des ressources revient à ce dernier aussi. Sur le tableau nous pouvons voir que dans certains cas le pouvoir de contrôle de la femme est nul (terre, connaissance d'un métier) ou presque nul (main d'œuvre, équipement agricole, moyen de déplacement, équipement eau etc.). Il apparaît aussi que dans les domaines où les femmes ont un large accès aux ressources, leur pouvoir de contrôle s'avère restreint. C'est le cas de l'épargne crédit, la dote, etc.

*En définitive on peut dire que l'accès des femmes aux ressources et à leur contrôle est restreint dans la région ciblée.*

Dans la société traditionnelle l'information suit la hiérarchie existant entre les couches sociales (âge, sexe, classe). Dans les villages cibles, l'information suit cette courbe.

### **2.2.3 L'accès des femmes à l'information**

L'information en tant qu'accès à la connaissance et pouvoir de sensibilisation, de mobilisation et de motivation, passe par les hommes qui occupent les postes de responsabilité pour aller aux femmes. L'exemple des comités de gestion et la responsabilité au niveau de la nutrition où ce sont les hommes qui occupent les postes de décision et d'information est un cas.

L'inexistence parfois de cadres de rassemblement pour les femmes (associations, groupements féminins) dans bien de villages rend difficile leur information sur plusieurs sujets qui pourraient promouvoir leur position dans la société. En somme la femme accède à l'information mais difficilement par manque de structures et d'organisation dans le domaine, en plus de la structure de la société qui la défavorise.

### **2.2.4. Conscientisation des femmes et des hommes sur leur position et les possibilités de changements par rapport à leurs rôles traditionnels.**

#### **2.2.4.1. Le profil des activités**

**Tableau N°2: Profil d'activités ( Synthèse / Hommes – Garçons - Femmes - Filles)**

<b>ACTIVITES REPRODUCTIVES</b>	<b>HOMMES</b>	<b>FEMMES</b>	<b>GARCONS</b>	<b>FILLES</b>
<b>Soins dans la famille</b>				
- Amener le malade à l'hôpital	43	24	34	04
- Acheter les médicaments	47	15	07	01
- Suivi des soins	34	13	36	03
- Apporter la nourriture à l'hôpital	04	41	20	27
<b>Ménages</b>				
- Faire la cuisine	-	56	01	37
- Chercher l'eau	03	44	07	49

- Chercher le bois	04	45	06	46
- Laver les enfants	-	46	-	36
- Piler le mil	-	35	-	54
- Education des enfants	38	51	-	-
- Balayer la maison/cour	07	54	02	32
<b>Agricole</b>				
- Défrichage	49	20	44	20
- Semence	53	32	48	47
- Labour	51	32	48	41
- Sarclage	43	35	47	38
- Récolte	38	42	43	44
- Mise en grenier	33	42	36	33
- Construction de grenier	44	-	34	-
- Pêche	18	07	36	14
- Chasse	29	-	22	-
- Epandage fumier	37	25	47	33
<b>Elevage</b>				
- Achat des animaux	47	03	30	-
- Embouche	23	45	21	17
- Vente animaux	30	-	22	-
- Pâturage/garde des animaux	01	-	45	32
<b>ACTIVITES DE TRANSFORMATION</b>	<b>HOMMES</b>	<b>FEMMES</b>	<b>GARCONS</b>	<b>FILLES</b>
- Beurre de vache (lait)	01	36	-	10
- La bière de mil (dolo)	-	43	-	30
- Légumes et fruits séchés	-	48	02	33
- Du poisson séchés	07	36	08	14
<b>Artisanat</b>				
- Tissage	43	06	20	02
- Poterie	15	40	08	15
- Vannerie	42	-	23	01
- Cordonnerie	38	-	13	01
- Forge	32	-	19	-
- Maroquinerie	15	-	06	-

<b>ACTIVITES COMMUNAUTAIRES</b>	<b>HOMMES</b>	<b>FEMMES</b>	<b>GARCONS</b>	<b>FILLES</b>
<b>Entretien des points d'eau</b>				
- Hygiène autour du point d'eau	31	38	03	02
- Réparation	36	03	12	-
- Entretien du forage/puits	32	13	02	01
- Salubrité du village	33	24	10	06
- Construction des latrines	29	02	19	-
- Education en hygiène	38	32	07	04
- Soins des animaux	43	09	11	-
- Elevage des volailles	52	24	04	01
<b>Maraîchage</b>				
- Préparation	13	09	11	04
- Achat des semis	11	03	07	-
- Arrosage	12	12	16	10
- Préparer les pépinières	09	05	10	03
- Repiquage	14	11	13	09
- Entretien	13	07	13	05
- Récolte	14	13	12	11
- Vente	11	12	10	09
<b>Transformation des produits : fabrication et vente de</b>				
- Beurre de karité	02	45	-	23
- Soubala	01	49	1	22
- Savon	02	32	-	10
- huile d'arachide	-	48	-	25

**N.B.** Les chiffres correspondent aux points d'évaluation donnés par les cibles.

#### **2.2.4.2 Attitudes sur les changements de rôles et statuts**

##### **2.2.4.2.1. Sur la présence des femmes dans les Comités de Gestion**

D'une façon générale, les CG sont appréciés positivement par les populations qui en donnent les raisons suivantes : les CG dénotent l'implication même des populations

dans la prise en charge et la résolution de leurs problèmes de santé ; ils permettent de suivre clairement la gestion des structures de santé qui leur sont données, et de ne pas accuser les agents publics de santé qui sont en service sur place.

Les CG aident à la sensibilisation des populations sur la vaccination des enfants, les soins de santé primaire, les problèmes de santé sont mieux gérés car les membres connaissent très bien les populations et leurs problèmes plus que les agents de la santé, ils sont plus aptes à trouver les solutions qui s'imposent.

En outre les CG jouent un rôle de sensibilisation, d'explication de certaines difficultés liées à la santé, et enfin de conseillers pour que les populations acceptent mieux les différentes décisions des agents de santé.

En somme les CG sont des intermédiaires indispensables entre les populations et les agents publics de santé pour une meilleure prise en charge des soins de santé.

### **Principe du bénévolat**

Pour les populations des différents villages ciblés par l'enquête, le principe du bénévolat est justifiable car les CG travaillent au nom de la communauté qui les a mandatés, donc de ce fait travaillent pour eux-mêmes car faisant partie intégrante de la communauté. Elles illustrent cet état des choses par cet adage **"si on te frotte le dos, alors lave-toi la figure"**. Toutefois excepté le village de Tankienga qui n'a pas de CSPS donc pas de CG, les jeunes filles de Dablo, les jeunes garçons de Ipala, les femmes mariées de Piliga et de Kiemna, les hommes mariés de Piliga, d'Ipala, de Sabcé et de Dablo trouvent que le principe du bénévolat n'est pas une bonne chose, car disent-ils :

- Les membres délaissent leurs travaux champêtres au profit de ces activités sans pour autant être rémunérés.
- Pendant le renouvellement des CG certains sont reconduits sans leur avis ;
- Ils sont chargés de gérer des fonds alors qu'ils ne sont pas rémunérés ;

Aussi ils préconisent des encouragements en espèce ou en nature, c'est-à-dire la prise en charge gratuite de leurs problèmes de santé dans la famille.

A Mokin – Yarcé, les femmes mariées trouvent qu'il est trop tôt pour donner une appréciation conséquente sur le bénévolat, car ils sont nouvellement installés.

### **Appréciation des leaders**

Exceptés les leaders du village de Pîliga qui ne connaissent pas de CG car leur village n'en possède pas, les appréciations des autres leaders de villages sont les suivantes :

- Les Comités de Gestion facilitent l'accès des populations aux soins médicaux et aux produits pharmaceutiques. Ils ont contribué à augmenter le taux de fréquentation des populations dans les différents CSPS des villages.
- Les CG par leurs conseils, l'encadrement, ont aussi contribué à améliorer l'état de santé des populations.
- La mise en place des CG a été une bonne initiative en ce sens que s'ils éclairent les populations sur les problèmes de santé, il y a des perspectives de résolutions possibles en la matière.
- Avec l'existence des CG, la mobilisation des populations est devenue très facile dans les villages, autour de leurs problèmes de santé. Les informations en matière de santé circulent au sein de la population plus facilement.
- Nous pensons que le principe du bénévolat entrave le bon fonctionnement des CG, et nous proposons qu'ont prélève dans la caisse du CSPS quelque chose de substantiel pour les encourager. Nous pensons que le bénévolat ne peut durer assez longtemps car, les membres des CG finiront par se lasser s'ils ne sont pas rémunérés.
- Pour certains leaders de Dablo, le principe du bénévolat n'entrave pas le bon déroulement des activités des CG, car les membres sont conscients qu'ils travaillent pour le développement de leur village ou



de leur communauté.

- Enfin avec l'existence de CG, les problèmes de santé sont mieux gérés d'une façon générale, et les populations fréquentent davantage les formations sanitaires.

La présence des femmes au sein des CG est appréciée positivement de manière générale par tous les groupes cibles de discussions. Les raisons de cette appréciation sont multiples : ainsi pour les jeunes garçons, les femmes sont ainsi associées à la prise de décision sur les problèmes de santé de la communauté. Les messages de santé peuvent mieux être véhiculés parmi elles car elles en assument les premières responsabilités, et beaucoup d'entre elles en général préfèrent se confier l'une à l'autre, des problèmes de santé qui les préoccupent. La fréquentation de la population féminine dans les centres de santé est plus accrue, du fait de la sensibilisation faite par les membres de sexe féminin des CG.

Pour les jeunes filles, les femmes ont aussi de très bonnes initiatives qui doivent être acceptées par les hommes et concourir à la résolution des différents problèmes de santé. Les femmes ne se sentent pas étrangères au sein du groupe des hommes et souvent travaillent plus minutieusement que ces derniers. Les femmes sont les plus grandes mobilisatrices pour les activités de vaccination. Leur participation dans la prise de décision est très importante car elles connaissent mieux les problèmes auxquels elles sont confrontées.

Les femmes mariées quant à elles soulignent que la femme est le pilier du foyer et doit à ce titre être associée aux prises de décisions qui concernent la santé de la communauté.

Les femmes ont parfois des stratégies de résolutions des différents problèmes que les hommes ignorent.

La prise de décisions issues d'une confrontation d'idées mixtes est plus viable et plus utile.

Les hommes mariés eux aussi saluent positivement la présence des femmes dans les CG car elles ont parfois des idées meilleures pour la résolution des problèmes;

beaucoup de messages en matière de santé ne peuvent être véhiculés que par les femmes dans les villages. Leur présence dans les CG stimule les autres femmes à avoir plus accès à la parole, et être actives dans les prises de décisions pour le bon fonctionnement des formations sanitaires.

Le chef peul de Dablo pense que les femmes voient ou perçoivent plus clairement les problèmes que les hommes et à ce titre peuvent prendre des initiatives.

Le chef du village de Raguitenga pense que les femmes se battent dans les CG pour l'entretien des enfants en matière de leur nutrition. Quant au catéchiste de Dablo, les femmes dans le CG prennent des initiatives car leurs besoins diffèrent de ceux des hommes en matière de santé, et ainsi toutes les activités menées au niveau des femmes émanent de leur propre initiative.

*Les contraintes existent et l'imam de Dablo pense que les hommes n'écoutent pas assez les femmes au niveau des CG. Pour le catéchiste, la femme a déjà beaucoup trop à faire en dehors de sa présence dans le CG.*

#### **2.2.4.2.2. Sur d'autres rôles traditionnels dévolus aux hommes et aux femmes**

Dans cette partie nous avons interrogé l'attitude des hommes et des femmes en rapport avec certains rôles traditionnellement divisés entre les sexes.

##### **Des Jeunes Filles**

Pour les filles, une femme ne peut pas être imam car elle a des menstruations qui ne lui permettent pas de prier par moment (car selon l'islam elle est sale).

Une femme ne peut offrir des sacrifices sanglants.

Prononcer un baptême est le rôle de l'imam, du pasteur ou du prêtre. La femme ne peut le faire car l'enfant ne lui appartient pas.

La femme ne peut répudier son mari, parce que la cour ne lui appartient pas, la seule chose qu'elle peut faire c'est de quitter en le laissant seul chez lui.

C'est l'homme qui commande dans le foyer.

La femme ne peut pas aller à la chasse car elle est peureuse. Ces sont des rôles qui sont dévolus aux hommes.

La femme ne peut célébrer un mariage car c'est le rôle des hommes (Imam, Pasteur, Prêtre).

Elle peut être guérisseur, tradipraticienne.

Certaines participantes voudraient que la femme puisse jouer le même rôle que les hommes car ces derniers ne veulent pas qu'elles acquièrent certaines connaissances afin qu'elles restent toujours inférieures à eux (filles de Dablo).

Cependant les filles de Mokin – Yarcé estiment ne pas vouloir de changement dans les domaines, ci-dessus dont les rôles sont dévolus naturellement aux hommes.

Les filles trouvent que l'homme peut préparer si la femme est malade.

Les hommes mariés n'ont pas le droit de piler le mil mais les jeunes garçons peuvent le faire, par contre l'homme peut aller chercher l'eau, balayer la maison, laver les enfants et leurs habits en l'absence de sa femme ou si cette dernière est malade.

Un homme ne peut pas habiter dans le village de sa femme car il considère que cela est une honte. L'homme qui le fait est jugé sans valeur.

Enfin au niveau des différents villages il est ressorti qu'un homme n'est pas habilité à faire du dolo, c'est très mal vu par les populations.

### **Femmes Mariées**

Les femmes mariées relèvent qu'elles ne peuvent jouer les rôles suivants : aller à la chasse car elle est peureuse ; être imam car les règles du Coran l'interdisent, prononcer un baptême car c'est un rôle dévolu aux imams, offrir des sacrifices sanglants parce que les terres n'appartiennent pas aux femmes, et la femme qui le fera sera considérée comme une sorcière, répudier son mari, car la femme est logée chez le mari qui est chef de la famille et de la concession.

Par contre elle peut être guérisseur, défricher un nouveau champ si elle obtient la terre et la permission de son mari, faire de la forge si on lui apprend comment travailler, célébrer un mariage mais dans le domaine moderne comme à la mairie.

Les femmes de Tankienga et Ipala souhaitent qu'excepté le fait qu'une femme ne puisse pas être imam, un changement soit opéré afin que plusieurs rôles dévolus auparavant aux hommes soient aussi exercés par les femmes.

Pour les autres groupes de femmes dans les villages restants, elles souhaitent qu'il n'y ait aucun changement (oui, les femmes souhaitent qu'il n'y ait aucun changement !).

Pour le groupe de femmes un homme peut jouer le rôle suivant : faire la cuisine, balayer la maison, aller chercher de l'eau, laver les habits de ses enfants et les laver, si toutefois la femme est malade ou empêchée de quelque manière que ce soit ; par contre, il ne peut piler le mil, laver les habits de ses femmes, préparer le dolo, car cela sera mal perçu par les autres hommes du village.

De manière générale, les femmes veulent un changement afin que les maris puissent les aider dans les tâches ménagères, car elles sont très chargées.

### **Hommes Mariés**

Les groupes des hommes affirment que : une femme ne peut pas être imam car les règles du Coran l'interdisent, une femme ne peut offrir des sacrifices sanglants car les sacrifices sont adressés aux ancêtres et la femme venant d'un autre village ne peut s'adresser à ces ancêtres.

De plus elle n'a pas de droit sur les terres du village donc sur les lieux sacrés ; une femme ne peut pas prononcer un baptême car elle a quitté ses parents pour venir vivre avec l'homme, et ce dernier est le chef de famille ; une femme ne peut pas aller à la chasse car elle est peureuse, une femme ne peut pas faire la forge car elle n'a pas la force nécessaire.

Par contre : une femme peut défricher un champ nouveau avec la permission des propriétaires terriens et de son mari, une femme peut être guérisseur, si elle en a le don, tous les groupes d'hommes à l'unanimité souhaitent qu'il n'y ait aucun changement dans cet ordre des choses.

Pour 3 groupes d'hommes (Piliga, Sabcé, Raguitenga) l'homme en aucun cas ne peut faire la cuisine car cela serait une malédiction. Pour ce qui est des autres tâches il ressort des réponses de tous les groupes que : en cas de maladies ou d'indisposition quelconque de la femme l'homme peut alors, faire la cuisine, piler le mil, laver les habits de la femme et des enfants, aller chercher de l'eau, aller rendre visite à ses beaux-parents mais ne pas y habiter.

Pour les hommes dans les différents villages aucun changement n'est souhaitable dans ce domaine.

Tous les groupes cibles rencontrés estiment qu'une femme peut posséder des troupeaux mais dans le strict respect de son mari ; quand la femme atteint 50 ou 70 ans elle peut avoir des champs pour elle-même qu'elle exploite, sinon les jeunes femmes n'ont que des petits lopins de terres donnés par le mari ou la famille du mari pour qu'elles exploitent.

### **Les Leaders**

Tous les leaders pensent que la femme ne peut jamais jouer le rôle de l'imam.

Les leaders religieux affirment que la femme ne peut pas prononcer un baptême car le Coran ou la bible ne le permet pas. Pour les chefs de villages, ils ne l'ont jamais vu de leur vie.

Aucun des leaders n'a jamais vu une femme faire la forge et ils pensent tous que ce n'est pas son rôle.

Pour la chasse, les leaders trouvent que la femme est peureuse pour jouer ce rôle, d'autre part, les coutumiers avouent qu'il est interdit à une femme de tuer des bêtes.

Pour les leaders, la tradition religieuse et coutumière met toujours la femme sous la responsabilité de l'homme.

Tous les leaders pensent que dans ce domaine ; aucun changement n'est souhaitable ; ils veulent que cela reste ainsi.

Certains leaders trouvent et affirment qu'un homme ne peut pas faire la cuisine, car c'est le rôle de la femme, et que parfois c'est une malédiction pour l'homme que de faire la cuisine ou que c'est la société qui l'interdit. de même, ce n'est pas possible pour un homme de piler le mil ; et que c'est même interdit (Imam de Tankienga).

L'homme peut balayer la maison ; les Imam de Raguitenga celui de Kiemna, Mokin-Yarcé trouvent que cela est impossible pour l'homme ; beaucoup des leaders trouvent que l'homme ne pourra pas gérer sa famille s'il habite dans le village de sa femme.

On peut remarquer que dans les faits, la place et le rôle des femmes n'ont pas vraiment subi de modification : tous se retrouvent dans les activités de production plus ou moins à égalité, tandis que l'implication des hommes est moindre dans les activités de reproduction, sauf là où il faut des ressources autres que la force physique (ressources en connaissances ou savoir-faire, ressources matérielles).

Quand on a interrogé l'attitude des leaders, et des autres membres de la communauté sur certains rôles précis, on arrive au constat que peu de choses évoluent ou selon les personnes rencontrées, peu de choses devraient changer. Cependant on remarquera que quand les femmes ont eu l'occasion d'être intégrées à des sphères traditionnellement masculines, elles sont positivement appréciées.

Il est compris de tous que des changements doivent intervenir pour permettre une vie sociale plus égalitaire sans cependant bafouer l'autorité établie, donc tout en sauvegardant l'ordre établi.

### **2.2.5. Participation des femmes au processus décisionnel**

La position de la femme est subalterne généralement dans la société traditionnelle ce qui rend minime ou quasi - nul son pouvoir de décision.

Force est de constater dans les villages enquêtés que la participation de la femme dans les prises de décision est faible ou quasi inexistante.

**Tableau N°3: Profil socio-politique des femmes par rapport à leur position**

<b>POSITION DES FEMMES PAR RAPPORT AUX HOMMES</b>	<b>MOINS</b>	<b>EGALE</b>	<b>MIEUX</b>
<b>1. Participation des femmes dans la prise des décisions</b>			
- Au niveau de concession	7	1	
- Au niveau communautaire	7		1
- Au niveau de la société	7		1
<b>Santé familiale</b>			
- Prise de décisions dans le Comité de Gestion	5	2	
- Prise de décisions dans la recherche de soins	5	2	1
- Prise de décisions par rapport à la PF	5	2	1
<b>2. Image de soi</b>			
- Image de la femme d'elle-même	8		
- Image de la femme par la société	8		
<b>3. Capacité organisationnelle</b>	3	3	1
<b>4. Aptitude technique</b>	2	5	1

**N.B.** Les chiffres correspondent au nombre de groupes ayant évalué la question.

Le tableau établi avec les femmes, confirme le caractère phallocratique et patriarcale de la culture dans la zone étudiée. Pour la majorité des groupes (8) la participation de la femme est moindre, sauf au niveau de l'aptitude technique.

## **2.2.6 Position de la fille (0 - 14) et les effets de cette position sur sa survie**

Il y a bien des distinctions qui sont faites entre garçons et filles sur certains domaines précis des futurs rôles et responsabilités, mais on ne perçoit pas toujours ces spécificités dans les domaines ci-dessous. Le petit garçon partage donc souvent le sort de la petite fille.

### **2.2.6.1. Par rapport au droit aux soins de santé**

La position de la fille est liée à celle de la femme dans la société. Aussi l'accès aux soins de la fille suit celle de la femme. Généralement ce sont les mères qui surveillent la santé de la fille, car tout cela fait partie de l'éducation / conseil qu'elles lui donnent. Les filles sont amenées aux soins de santé. Elle est traitée en la matière à part égale avec le garçon. Mais la faiblesse du pouvoir d'achat rend difficile l'accès aux soins de tous donc des filles.

### **2.2.6.2. Par rapport au droit à l'éducation**

Le droit à l'éducation est théoriquement égal pour tous. Mais la tradition aidant et le manque de sensibilisation et donc de compréhension s'ajoutant font que le droit à l'éducation scolaire des filles est mal perçu dans les communautés cibles.

Dans les villages ciblés, les filles ont moins d'accès à l'éducation scolaire que les garçons. Quoique des efforts soient fournis par les autorités dans le domaine scolaire et de l'alphabétisation, les filles demeurent en arrière par rapport aux garçons. Tous les villages possèdent une école d'au moins 3 classes sauf les villages de Tankienga et de Kiemna. Dans toutes ces écoles, l'effectif des garçons est supérieur à celui des filles. Des centres d'alphabétisation sont implantés dans tous les villages sauf à Tankienga et Piliga. Les statistiques collectées sont résumées dans le tableau suivant.



**Tableau N°4: Statistiques scolaires de la zone d'étude**

Provinces	Etablissements	N. Ecoles	N. Classes	Garçons	Filles	Total	N. Enseignants	Taux scolarisation	
								G	F
Sanmatenga	Privé et Public	149	487	15150	7651	22801	485	8,20	2,77
Bam	Privé et Public	86	286	8999	5141	14140	279	8,75	3,96
Namentenga	Privé et Public	-	-	6984	3265	10249	280	13	5,206
<b>TOTAL</b>		<b>235</b>	<b>773</b>	<b>31124</b>	<b>16057</b>	<b>47181</b>	<b>1044</b>		

*Sources Statistiques du MEBA*

Nous avons constaté que même dans le domaine de l'éducation en hygiène les filles restent en arrière.

L'éducation ménagère est assumée par la maman qui ne manque pas à sa tâche, comme un rôle traditionnel.

### **2.2.6.3. Par rapport au droit à une bonne nutrition**

L'enfant dans le milieu traditionnel est considéré comme une bénédiction divine, aussi l'entoure-t-on de soins prévenants. Cette prise en charge fondée sur les règles de la tradition conduit souvent loin des résultats attendus.

Dans tous les villages enquêtés, les communautés s'occupent de la nutrition de l'enfant. Selon l'âge, la fille comme le garçon jouissent des mêmes privilèges alimentaires. Nous avons dressé un tableau du régime alimentaire suivant les âges.

**Tableau N°5 : Régime alimentaire de l'enfant suivant l'âge**

AGES	REGIME		INTERDITS	
	GARCON	FILLE	GARCON	FILLE
0 à 6 mois	Lait maternel	Lait maternel	-	-
6 à 12 mois	Lait maternel, bouillies, sauces	Lait maternel, bouillies, sauces	-	-
1 à 3 ans	Lait maternel, Lait d'animaux, bouillies, sauces repas légers des grands	Lait maternel, Lait d'animaux, bouillies, sauces repas légers des grands	Œuf tant que l'enfant ne parle pas	-
3 ans et suivants	Même nourriture que les grands	Même nourriture que les grands	Lièvre, poulet chez le 1 <sup>er</sup> fils	Œuf de poule, rate, pigeon sauvage, rat voleur, lièvre, hérisson

Le tableau indique que l'enfant quelque soit son sexe jouit d'un même régime alimentaire de 0 à 12 mois. A cet âge l'enfant est nourri au lait maternel et à partir de 6 mois de sauces et de bouillies. Nous constatons qu'à partir d'un certain âge le régime alimentaire s'améliore. On ajoute à la ration habituelle du nourrisson les repas légers des grands. Certains mets, pourtant riches en protides et en vitamines sont interdits aux nourrissons des 2 sexes, sous couvert de prescriptions médicales traditionnelles. Les œufs sont en effet interdits à l'enfant tant qu'il n'a pas encore parlé, car dit-on, cela peut causer le mutisme et quelque fois la carie dentaire chez certains enfants.

A partir de 3 ans l'enfant a le même régime que les grandes personnes. Il apparaît en ce moment toutes sortes d'interdits alimentaires dans le régime de la fille comme du jeune garçon. Ces interdits sont surtout d'ordre culturel. Chez la fille nous rencontrons les interdits suivants : œufs de poule, pigeon sauvage, rat voleur, lièvre, rate, hérisson.

Les raisons avancées pour interdire ces aliments pourtant riches sont :

INTERDITS	DUREE	RAISONS
Œuf de poule	Avant ménopause	Maladie d'utérus "Mînche"
Pigeon sauvage	Avant ménopause	Empêche d'avoir le lait
Rat voleur	Avant ménopause	Donne des enfants voleurs
Lièvre	Pendant l'enfance	Maladie "Songuoûga" chez l'enfant

Rafé	Avant ménopause	Maux de côtes chez leurs enfants
Hérisson	Avant ménopause	Accouchement difficile

#### **2.2.6.4. Par rapport au droit de participer aux décisions qui la concernent**

La participation aux prises de décisions de la femme est minime en général dans la société même pour celles la concernant. Le même problème se pose pour la fille.

Par rapport aux points importants de sa vie, comme au sujet de la santé sexuelle et le mariage, sa marge de liberté est nulle. Dans le premier cas, la fille est obligée de subir l'excision qui est une pratique culturelle toujours tenace dans bien de villages qui nous intéressent. Au sujet du mariage aussi, où particulièrement les sentiments tiennent le centre, ce sont les parents qui ont toujours décidé à la place de la jeune fille.

La situation des droits inexistantes des enfants est construit traditionnellement selon les jeunes filles. Aujourd'hui ce système est vraiment anachronique mais les parents ne vivent pas avec l'évolution des temps et pour cela, restent sourds à tout changement. Aussi cet état de chose pose beaucoup de problèmes aux enfants, qui n'ayant pas droit à la parole en famille, ne savent vraiment à qui se confier ; cela crée alors un esprit de révolte chez l'enfant. Les sujets sur lesquels les parents doivent leur donner des explications sont considérés comme tabous par ces derniers. Les mêmes appréciations se retrouvent chez les jeunes garçons qui considèrent que les parents ont parfois une vision erronée des choses dans la vie et évitent de divulguer leurs secrets selon eux. Cet état de chose est dû à la tradition sur laquelle les parents s'accrochent alors que les temps ont évolué. L'ouverture d'esprit dans l'environnement actuel du monde est toujours limité chez les parents.

Les femmes mariées disent que la situation d'inexistence des droits des enfants est basée sur la tradition, et l'éducation de base dans les villages s'appuie sur cette tradition. Toutefois dans le village de Sabcé où les gens sont majoritairement catholiques, les femmes mariées affirment que l'enfant peut discuter de ces problèmes avec ses parents et de l'illustrer avec le proverbe suivant **"un enfant**

***quelle que soit sa petitesse peut donner conseil à ses parents***".

Les hommes mariés de Sabcé, Pilga, Dablo, Ipala affirment que la situation des droits inexistantes de l'enfant est naturelle.

Pour eux l'enfant n'a pas droit à la parole devant les adultes, ceci pour sa propre protection ; il revient aux parents de lui enseigner les nobles vertus de la société sans en référer à sa conception personnelle. Ils ont reçu cette façon d'agir de leur ancêtres, et ils continueront comme tel. Pourtant une infime minorité parmi ces gens reconnaissent quand même que c'est une situation socialement construite n'ayant rien à voir avec la nature. Pour ces derniers, autrefois l'enfant écoutait ses parents et émettait des avis, maintenant si un père appelle son fils ou sa fille, il ou elle ne l'écoute même pas. Un vieux prépare son fils à sa relève en lui apprenant tout ce qu'il faut faire dans la société.

Ceux de Raguitenga, Tankienga, Kiemna, Mokin – Yarcé reconnaissent que cette situation est socialement construite alors que l'enfant a aussi des idées justes qui peuvent guider les parents. Autant les parents peuvent donner des conseils aux enfants, autant les enfants peuvent les leur donner en retour. Mais nos ancêtres pensaient que la manière qu'ils utilisent pour éduquer les enfants étaient la bonne ; aujourd'hui avec l'instruction, l'ouverture des villages vers d'autres horizons, on commence à comprendre le bien fondé des droits des enfants.

Dans les perspectives de changements, il faut dire que les avis divergent. Ainsi surtout pour les hommes mariés des villages de Dablo, Piliga, et Ipala, il n'est pas opportun que cela change : car l'enfant ne peut pas être associé à toutes les décisions. Il faut selon eux que l'enfant écoute les parents sinon ce sera mauvais pour lui, surtout dans le domaine des coutumes.

Pour les autres groupes cibles, il faudrait que cela change et qu'il y ai un dialogue franc et cordial entre parents et enfants. Ainsi en tenant compte toujours des ressentiments des enfants on peut améliorer leur avenir.

Cette situation doit évoluer car selon les femmes mariées, la vie est en pleine évolution, et qu'on le veuille ou non l'enfant d'hier ne ressemble pas à celui d'aujourd'hui, qui se permet des comportements et des habitudes que celui d'hier n'oserait pas.

Quant aux jeunes filles et jeunes garçons, ils aimeraient être le plus associés aux décisions parentales qui les concernent, afin que le respect qu'ils doivent à leurs parents demeure. Mais pour eux ce changement ne se fera pas du jour au lendemain, mais d'une manière progressive (jeunes filles de Piliga).

La majeure partie des hommes mariés qui veulent le changement préconisent ou aimeraient que les enfants gardent un minimum de respect pour leurs parents. Ils souhaitent une bonne éducation au sein des écoles pour les enfants afin que le changement puisse se faire sans accrocs majeurs entre les parents et leurs enfants.

Pour ce qui est des femmes mariées, c'est la sensibilisation massive sur les droits des enfants, afin qu'on puisse leur permettre de s'exprimer librement (femmes d'Ipala).

Les femmes de Tankienga préconisent l'alphabétisation intensive, la création des écoles afin de donner plus de connaissances sur les droits des enfants, et la sensibilisation des parents.

Par ailleurs les femmes de Dablo estiment que les enfants doivent écouter leurs parents et ne pas prendre trop de liberté car cela conduirait à la délinquance.

Les jeunes filles souhaitent l'augmentation du taux de scolarisation des enfants et la sensibilisation des parents au sujet des droits des enfants (jeunes filles de Dablo).

Elles aimeraient aussi que les parents les consultent dans la prise de décision qui les concernent, et l'instauration d'un dialogue franc entre parent et enfant. En somme elles souhaitent un véritable changement de mentalité.

Les jeunes garçons estiment que les autorités doivent mettre en place un système de réhabilitation de l'enfant. que les parents acceptent la sensibilisation dans ce domaine et reconnaissent leurs erreurs.

Enfin ils aimeraient pouvoir échanger librement avec leurs parents.

Pour les leaders des villages de Dablo, de Tankienga, la situation des droits inexistantes des enfants est socialement construite.

Pour ceux de Raguitenga, l'imam de Raguitenga, et le chef des foubé de Dablo, la situation des droits inexistantes des enfants est naturelle.

Mais tous les leaders sont unanimes que cette situation peut changer et doit changer.

Ainsi les besoins spécifiques dans le domaine sont savoir associer les enfants dans les prises de décisions qui les concernent ; avoir des conseils pour nous mêmes pour nous permettre de mieux éduquer, et instaurer une communication franche entre les enfants et les parents afin de résoudre les différents problèmes qui se poseront ; L'acceptation par les parents que le monde a évolué, et cette acceptation doit découler d'une sensibilisation soutenue.

L'information sur les droits des enfants doit être véhiculée et fournie à tous les parents ; Une ouverture d'esprit des parents dans tous les domaines de la vie (imam de Raguitenga) ;

Pour l'imam de Pilga, l'éducation des enfants doit s'effectuer de la même façon que les anciens l'ont fait pour eux. Tandis que le chef de village de Pilga affirme que c'est la coutume, et aujourd'hui ils sont obligés d'accepter l'éducation du **"blanc"**.

#### **2.2.6.5. Le mariage forcé**

Les jeunes filles trouvent que le mariage forcé est une construction sociale des anciens, qui voulaient être reconnaissants envers leurs amis. **"Il est mauvais car, il ne tient compte d'aucun avis ni de la mère, ni de la fille. Aussi constate -t - on que le plus souvent les maris bénéficiaires de ces filles données sont très**

***vieux et proches de la mort. Ce qui laisse présager un veuvage précoce de la femme, et un remariage".***

De façon unanime les jeunes filles estiment que cette façon de faire va et doit changer car elles ont le droit d'être heureuse avec leurs maris.

Les besoins spécifiques dans ce domaine sont que les parents soient sensibilisés pour changer.

C'est aussi le point de vue des garçons, qui ajoutent que le mariage forcé peut entraîner de mauvaises conséquences : la femme ne vit que dans la souffrance d'autant plus qu'il n'y a pas d'amour. Les jeunes de Sabcé estiment que c'est une honte pour notre société car c'est faire de la femme un être sans volonté, ni décision.

Unaniment les jeunes de tous les villages souhaitent que cela change, et espèrent que cela changera car aujourd'hui, les parents sont de plus en plus conscients des problèmes qui résultent du mariage forcé : fuites des jeunes filles des cours conjugales, amours brisés, etc.

Les femmes mariées estiment que traditionnellement le mariage forcé était une sorte de lien, de sauvegarde d'amitié entre les familles ; mais aujourd'hui avec l'ouverture d'esprit et l'évolution, on constate qu'il engendre beaucoup de problèmes. Par ailleurs elles constatent que de plus en plus les jeunes garçons et les jeunes filles à travers les religions, ont compris la joie du mariage consentant, ce qui pousse les parents à changer de comportements.

***"Nous voulons que cette situation change mais tout dépend de nos maris car c'est eux qui décident des sorts de nos enfants, nous les femmes n'avons aucun droit (Femme d'Ipala)".***

De façon générale toutes les mères souhaitent que cette pratique disparaisse. Aussi elles préconisent l'installation des centres d'alphabétisation pour permettre une ouverture d'esprit des enfants et des parents, pour que tous connaissent les droits dévolus à chacun. Il n'y aurait plus de problème si l'on consulte la jeune fille sur les décisions qui la concernent.

Contrairement aux sous groupes précédents, les hommes estiment que le mariage forcé doit continuer. Dans le village de Mokin – Yarcé par exemple les réflexions suivantes sont ressorties : **"Le mariage forcé est une bonne chose car on ne donne pas sa fille à son ennemi. Les hommes que nous sommes, ont toujours fait ainsi, et cela continuera. Le mariage entre les forgerons et nous ou entre les peul et nous est interdit. La pratique est naturelle et inscrite dans le Coran"**.

Pour les hommes de Ipala, le mariage forcé est socialement construit et cette pratique ne devrait pas finir, car elle arrange certaines situations comme les filles qui présentent un handicap physique ou mental : **"Le mariage forcé est une construction des hommes pour pérenniser les relations interhumaines. De l'expérience tirée de cette pratique, nous pensons qu'elle est meilleure car nous constatons aujourd'hui que les jeunes gens ne veulent même plus se marier ; il n'y a pas un seul village où vous ne trouverez un nombre assez important de filles mères ou non mariées ; dans le cas de figure du mariage forcé, l'homme fera tout pour entretenir la femme"** (hommes du village de Sabcé).

Pour ceux de Kiemna, dans aucune partie du Coran, cela n'a été notifié ; c'est seulement une question d'entretenir des relations entre amis du côté des parents.

Les hommes de Ipala pensent que le mariage forcé permet de protéger la jeune fille : si un homme épouse une jeune fille sans le consentement des parents, il pourra lui faire tout ce qu'il voudra. Un participant en prenant la parole dira ceci **"si je viens prendre ton sac sans ton consentement tu peux me le retirer ou me laisser partir, dans le second cas je pourrais soit vendre le sac ou le jeter : c'est la même chose avec la jeune fille qui se marie sans le consentement de ses parents"**.

Mais dans tous les villages les hommes ont constaté que cette pratique diminue, et tend à disparaître parce que les jeunes d'aujourd'hui ne veulent plus se marier. D'autre part ils disent ne plus avoir un grand pouvoir sur leurs enfants comme au



temps des anciens ; de plus le monde évolue et les mentalités changent progressivement, ***"les jeunes garçons abandonnent les femmes que nous leur donnons (village Sabcé) et tout le fardeau retombe sur nous les vieux"***.

**Pourtant pour beaucoup d'hommes des villages de Mokin – Yarcé, Ipala, Dablo, Sabcé, Tankienga, Kiemna, Piliga, le mariage forcé se pérennisera s'ils en avaient les moyens, car leurs ancêtres ont fait la même chose. C'est leur vœu le plus cher. Tous ont dit que seule la contrainte les fera renoncer à la pratique.**

L'imam de Tankienga trouve que le mariage forcé ***"est un fondement de Dieu"***. Mais tous les leaders dans leur grande majorité pensent que cette pratique va changer (même si c'est malgré eux) ;

Cependant les chefs de villages de Piliga, de Tankienga, les imam de Tankienga, de Piliga souhaitent que cela ne change absolument pas, car se serait encourager les jeunes filles à ne pas respecter leurs parents, et déshonorer les coutumes. Pour l'imam, la continuation de cette pratique est le respect de la parole de Dieu.

#### **2.2.6.6. Les pratiques culturelles néfaste pour la santé des filles : l'excision**

L'ensemble des jeunes filles estiment que l'excision est une pratique nuisible à la santé de la jeune fille et peut souvent entraîner la mort. Elles considèrent que c'est une pratique construite socialement et non naturelle. Aussi elles sont d'avis que cette pratique doit et va changer, car en définitive elle n'est pas utile, sinon que cela apporte des conséquences négatives sur la vie de la jeune fille et ultérieurement sur sa vie de femme au foyer.

Elles voudraient que la sensibilisation au niveau des parents soit plus accentuée afin que les ignorances soient levées car disent les jeunes filles de Mokin – Yarcé ***"il y a des personnes qui pensent toujours aujourd'hui qu'une fille non excisée ne peut accoucher"***.

Par ailleurs la politique gouvernementale en matière d'excision doit tenir compte des pesanteurs religieuses et commencer par sensibiliser et convaincre les chefs religieux sur le bien fondé de l'abolition de l'excision ; c'est à ce prix que le message sera entendu et suivi.

De façon unanime les garçons reconnaissent que l'excision est une construction de la société, et nuisible à la jeune fille, future mère. Les jeunes de Mokin – Yarcé et Tankienga relèvent qu'elle n'est enseignée ni dans la Bible, ni dans le Coran **"ce serait une histoire de jalousie entre les deux épouses d'un chef religieux en Arabie Saoudite, qui serait à l'origine de son institution"**. On a néanmoins rencontré des jeunes qui souhaitent le maintien de la pratique, sinon **"nous ne pourrions jamais épouser plus d'une femme puisque nous ne pourrions pas lui donner satisfaction"**.

Dans nos sociétés l'ignorance des méfaits par les populations fait qu'elle perdure, et en plus les pesanteurs de l'Islam en la matière rendent les musulmans sourds à la sensibilisation.

Pour les garçons, les filles ont le droit de vivre pleinement leur sexualité, alors que l'excision est un frein à cela.

Ils espèrent et souhaitent que cette pratique disparaisse dans nos sociétés car les conséquences sont multiples ; MST, SIDA, accouchements difficiles et même la mort. Les femmes mariées estiment que l'excision est une construction sociale très nuisibles pour leur santé. Les femmes de Dablo relèvent que les ancêtres croyaient bien faire **"cela facilitait l'accouchement"**.

Celles de Mokin – Yarcé ne sont pas pour la pratique, mais leurs maris disent que la prière d'une femme non excisée n'est pas acceptée de Dieu. A cette assertion une participante a répliqué **"qui a déjà vu Dieu descendre, dire que la prière d'une fille non excisée n'est pas prise en compte"**. Pour celle de Raguitenga, cela fait 9 ans que leurs filles ne sont plus excisée à cause de la sensibilisation sur les conséquences négatives de l'excision.

Les appréciations au niveau des différents groupes d'hommes mariés divergent d'un village à un autre : ainsi à Mokin – Yarcé, les hommes pensent que l'excision est ***considérée dans le Coran comme une bonne chose, que la femme doit être purifiée, car une femme non excisée est considérée comme cafre et ses prières ne sont pas exhaussées par Dieu***.

Dans le village de Piliga, les hommes disent ne pas pouvoir apprécier car l'excision est une ***"affaire de femmes et c'est à elles de décider d'en finir" "Dieu n'a jamais dit d'exciser les jeunes filles"*** et que les hommes ne doivent pas s'en mêler.

Mais de façon générale, exceptés les hommes de Mokin – Yarcé qui veulent que cette pratique reste, car pour eux une fille non excisée n'aura pas de mari, les différents groupes ont estimé que cette pratique va et doit changer.

### **2.3. Identification des besoins spécifiques des femmes en rapport avec les aspects clés du renforcement de la position de la femme selon le concept genre et développement**

A travers les entretiens sur les problèmes spécifiques des femmes se dégagent des besoins qui sont propres aux femmes en vue du renforcement de leur position.

Les besoins spécifiques qu'on peut recenser sont les suivants :

- être écoutées par les hommes, la société dans laquelle elles vivent. Qu'on leur laisse un droit à l'expression pour qu'elles fassent connaître ce qui les préoccupe ;
- ceci implique la liberté de participation aux prises de décision sur les divers problèmes que peut connaître la communauté. Etant le plus souvent la première à affronter les difficultés, la femme est une interlocutrice qui peut proposer des solutions réalistes et pratiques ; il y aurait donc besoin de son intégration dans les groupes de décisions qui président à la destinée de la communauté locale, ceci à tous les niveaux de la vie de la société : social, économique,

politique...

- à ce titre que la présence de la femme soit renforcée dans les comités de gestion de santé pour permettre une plus grande sensibilisation de la population sur les questions de santé et pour une meilleure santé. Mobilisation pour la fréquentation des centres de santé et donc une meilleure santé de la population;
- dans le domaine de la santé, qu'il y ait plus de femmes parmi le personnel soignant pour une meilleure prise en charge des besoins de santé de la femme et de l'enfant ;
- sensibilisation des parents pour une liberté plus grande des filles pour leur choix conjugal en vue de fonder des foyers stables et durables.
- Permettre aux femmes d'avoir un degré d'autonomie sur le plan économique, et qu'elles ne dépendent pas toujours entièrement des hommes
- Echanger avec les hommes sur leurs besoins d'équité, d'accès aux ressources et leur contrôle.

Au total, deux aspects clés peuvent être retenus :

1. Acquisition de pouvoir (organisationnel, politique, économique ect), ce qui renvoie au problème de disposer de revenus, mais surtout d'être dans un environnement favorable. Elle même doit acquérir confiance en elle et pouvoir, et se battre pour y arriver. Cela suppose qu'elle prenne conscience.
2. Les hommes n'acceptent pas forcément ce qu'ils considèrent comme une prise d'indépendance des femmes. Il faut donc commencer par les associer à toutes les initiatives, en les sensibilisant d'abord.

Il faut que la problématique soit débattue de façon participative entre hommes et femmes, pour qu'elle soit appropriée par tous.

## 2.4. Identification des facteurs favorisant la participation des femmes comme actrices du développement socio-sanitaire dans la région de Kaya

### 2.4.1. Les stratégies développées au sujet des femmes par le programme

Il n'y a pas vraiment de stratégies différenciées, mais une démarche globale concernant l'implication active de la population dans la prise en charge de sa santé par la mise en place de Comité de Gestion dans chaque aire sanitaire conformément à l'initiative de Bamako, qui garantit la participation de la femme en lui accordant une place de choix. C'est la même approche au niveau de la cellule villageoise.

Dans le cadre de l'intensification des activités de formation, d'éducation et communication à l'endroit des populations, il a fallu former et recycler régulièrement les animatrices de groupement et les leaders d'Associations féminines en IEC sur les questions de santé, mettre un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant en ciblant les femmes afin de contribuer à relever le taux de fréquentation des formations sanitaires (9%), de couverture vaccinale, prénatale, post - natale, et l'adhésion à la planification familiale. On a ainsi pris en compte les préoccupations de la femme pour que l'IEC puisse contribuer à améliorer ses compétences en soins de santé au sein de la famille.

Dans le cadre du Projet Femme et Santé le CHR a été sacré "**Hôpital Ami des Bébé**s" ce qui montre l'importance de la protection du nouveau né et de la mère.

Dans le cadre de ce projet animé par l'IPD-AOS, les activités de promotion des programmes spécifiques de l'UNICEF ont été développées avec quelques groupements : promotion de l'allaitement maternel exclusif, promotion des vaccinations, lutte contre les maladies diarrhéiques, etc. Il faut cependant ajouter que dans la zone du projet (Sanmatenga) la notion de Genre dans le développement sanitaire n'a pas été clairement perçue par le personnel de santé.

Dans le District Sanitaire de Kaya, les stratégies générales en rapport avec la problématique de la femme ont été formulées comme suit pour l'année 1998 :

- Former les troupes Namalguebzanga et Kigba sur l'hygiène dans la chaîne de l'eau, des denrées alimentaires et la SMI/PF ;
- Associer les troupes formées à la sensibilisation dans 10 villages ;
- Identifier deux femmes leaders dans chaque village cible ;
- Former les femmes leaders identifiées en techniques d'animation ;
- Associer les femmes leaders formées dans l'exécution des activités ;
- Former les femmes leaders, des filles de bars, sur les MST/SIDA ;
- Développer des activités spécifiques en rapport avec les résultats de la recherche action "**Femmes et Santé**" ;
- Enfin, former 3 femmes leaders dans chacun des 7 secteurs de Kaya sur le concept Genre et Développement.

Dans la stratégie globale de résolution de la problématique de la femme dans le District Sanitaire de Kongoussi, on peut énumérer les points suivants :

- former des femmes leaders sur les thèmes de santé : PEV, Ver de Guinée, allaitement maternel, excision ;
- assurer le suivi des femmes leaders ;
- faire une évaluation interne des activités des femmes leaders, exploiter les résultats de l'enquête sur les besoins spécifiques des femmes ;
- harmoniser les outils de suivi des activités des femmes ;
- former des animatrices communautaires et les femmes leaders en PF.
- enfin exploiter les résultats de l'enquête sur les DBC. D'une façon générale le projet femme et santé est développé dans ses aspects de collaboration avec :
  - les associations féminines sur financement UNICEF ;
  - les femmes leaders identifiées dans les groupements villageois féminins, qui ont bénéficié d'une formation en IEC/Santé ;
  - un système de suivi et d'encadrement techniques des femmes leaders dans les formations sanitaires concernées ;
  - une implication des femmes à la DBC.

Dans le District Sanitaire de Boulsa, c'est le programme Femme et Santé qui a été l'occasion de penser une stratégie en rapport avec la problématique femme en

matière de santé.

Comme c'est le cas dans la province du Sanmatenga, ce programme a travaillé avec les groupements féminins pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif, de la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Il y a aussi des Formations pour la promotion des soins de santé communautaires et activités.

L'objectif était d'élaborer et d'exécuter un programme d'activité IEC à l'endroit des femmes :

- impliquer les femmes dans les cellules de santé villageoises et comité de gestion ;
- collaborer étroitement avec les groupements féminins villageois dans les activités d'IEC ;
- exécuter les visites médicales des serveuses et gens de bar ;
- exécuter les activités de consultations prénatales (CPN) ;
- former les agents de santé en approche Genre.

Dans le même cadre, les femmes organisées en groupement dans les différentes activités comprennent : Agriculteurs = 10 groupements féminins ; Maraîchage = 2 groupements ; Elevage = 1 groupement ; Artisanat = 2 groupements ; Epargne et crédit = 1 groupement.

#### **2.4.2. Contexte national : la politique de la femme au Burkina Faso**

Ainsi que nous l'avons dit dans les pages précédentes, au sein de la société traditionnelle burkinabé qui est en grande partie féodale, la femme a généralement un statut inférieur l'écartant de la prise de décision, des fonctions magico-religieuses et du pouvoir politique.

Elle est procréatrice et productrice, et délègue la défense de ses intérêts à l'homme, subissant passivement ses décisions.

Toutes les pratiques sociales qui concourent à son éducation (rites d'initiation, excision, apprentissage des tâches domestiques et matérielles, code de conduite

des femmes etc.) ont pour finalité de renforcer ses capacités à la soumission, à la fidélité, à l'obéissance dans l'acceptation de la division du travail par sexe.

Les femmes représentent un peu moins de 52% de la population burkinabè, et constituent la majorité de la population active. Cependant, elles occupent une place inférieure par rapport aux hommes en ce qui concerne l'éducation, l'alphabétisation et la formation professionnelle. Leur accès aux moyens de production reste limité. Dans le processus de production et de jouissance des biens économiques qu'elles ont largement contribués à créer, elles restent considérablement dominées et exploitées par les hommes.

Les autorités burkinabè sont conscientes de la marginalisation de la femme sur le plan économique, politique et social. Elles ont adopté une politique favorable à son égard., ayant fait de la promotion de la femme une composante essentielle de leurs politiques de développement.

Depuis le début des années 80, la prise de conscience du rôle et de la place de la femme dans le développement économique et social est de plus en plus aiguë. En témoignent la ratification par le Burkina en 1984 de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la multiplication des ONG et Associations féminines ,ainsi que la profusion du discours politique sur la promotion de la femme.

D'un point de vue historique, l'accès des femmes aux sphères d'autorité et de pouvoir a été facilité de manière déterminante par l'avènement de la révolution d'Août 1983. En effet, depuis cette date, les femmes assument en nombre toujours plus important tant au niveau gouvernemental, diplomatique qu'administratif et technique, des fonctions exécutives de premier plan.

Il y a également dans le cadre de la promotion de la femme : la lutte contre les stéréotypes infériorisant les femmes (exercices par la femme de professions jusque là réservées aux hommes, marché au masculin...), contre les pratiques néfastes aux femmes (comité national de lutte contre l'excision, commission nationale de lutte contre la



prostitution...), la souscription à de nombreuses conventions internationales ( UNESCO, OIT, charte internationale des droits de l'homme et des peuples.), l'adoption ou la révision des lois pour la protection juridique des femmes et des enfants (constitution du 2 Juin 1991, code des personnes et de la famille, code du travail, code de la sécurité sociale et code pénal).

Selon l'indication de la participation des femmes tel qu'élaboré par le PNUD dans son rapport mondial sur le développement humain, le Burkina Faso se classe 69<sup>e</sup> sur 94 pays analysés, soit une position très honorable.

En conclusion, si des faits tels que l'accès des femmes à des activités rémunératrices, la possibilité du choix du conjoint, le désir de plus en plus grand de scolariser les enfants (surtout les filles) contribue à améliorer le statut des femmes, certains faits tels que le désir contrarié de contrôle de la fécondité posent à nouveau le problème du pouvoir de décision des femmes en la matière. Car en matière de pouvoir, beaucoup reste à faire.

## **2.5. Identification des difficultés/contraintes entravant le développement socio-sanitaire et économique des femmes**

Les enquêtes ont révélé que pour les cibles, les points suivants étaient essentiels :

- L'environnement culturel gérontocratique féodal, phallocratique, est pérennisé par l'absence de connaissance sur les modes d'action des stéréotypes sexistes ;
- La femme ne participe pas à la prise de décision
- Manque d'autonomie sur le plan économique car elles n'ont pas l'accès à des activités rémunératrices et le contrôle sur les ressources;
- La faiblesse du pouvoir d'achat due aux méthodes culturelles archaïques et au manque d'activités productives;
- Manque de personnel féminin dans les structures sanitaires surtout dans les positions décisionnel;
- La charge de travail énorme qui n'elles permet pas d'être

associées avec d'autres activités hors de ses responsabilités ménagères;

- La défection ou le manque de réseau de communication ;
- Insuffisance de la mobilisation des femmes au sein d'Associations féminines pouvant les motiver à des actions;
- Manque de confiance en elles

A ces considération, ajoutons l'insuffisance de profil genre dans le programme comme développé ci-après :

### **2.5.1. Positionnement du personnel par rapport au Genre**

Le programme emploie 375 agents au total dans les 4 districts sanitaires, dont les détails sont les suivants :

- District de Kongoussi : 108 agents
- District de Boulsa : 105 agents
- District de Barsalogo : 63 agents
- District de Kaya : 99 agents

Les districts sanitaires de Barsalogo, Boulsa, Kongoussi et Kaya totalisent 26 agents de santé membres des équipes cadre de districts, médecins chef compris.

L'âge moyen de ce personnel est de 31 ans dont le moins âgé compte 26 et le plus âgé 39 ans.

**La répartition selon le sexe comprend 24 hommes et 2 femmes.**

De leur formation de base on relève : quatre (4) médecins, treize (13) infirmiers diplômés d'état (IDE), quatre (4) préparateurs d'état en pharmacie, deux (2) comptables, un (1) adjoint des cadres hospitaliers.

Par ailleurs les formations dont ils ont été bénéficiaires tout au long des années sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°6****Formations reçues par les membres des ECD**

FORMATION	QUALIFICATOIN	ANNEE	NOMBRE DE PERSONNES
<b>Genre et développement</b>	IDE	1997	5
PIF counselling	IDE	94-97	3
Comptable d'exploitation PSP	IDE	97	2
Procédure de gestlon	IDE	97	1
Manuel de gestion	IDE-SSPIBAM Gestionnaire	96-98	6
MST / SIDA	IDE	97-98	2
Informatique	IDE	97	3
Cours reg District	IDE-PEP	95-98	6
Paludisme	IDE-PEP	98	3
Maladie diarrhéique	PEP	-	2
PEV	IB-PEP	94-95	4
MEG	PEP	-	4
Formation en management	Comptable	96-97	2
Chirurgie essentielle	Chirurgie d'urgence	97	2
IB	IDE	94-95-98	6
SSC	IDE	97	2
Avitaminose A	IB	94	1
Ver de Guinée	IB	95	1
Lèpre	IB	95	1
Tuberculose	IB membre de UICT/MR	97	1
Intégration des activités	-	96	1
Monitoring SSC	IDE	97-98	5
Micro planif. A-C	-	98	1
SMI / PF / Nutrition	-	97	4
Technique d'approche du counselling	-	97	1
SSC	-	97	2
Réseau femmes animatrices	-	97	1
Surveillance épidémiologique	-	97-98	2
SNIS	-	97	1
Animatrice d'un formateur	-	97	1
Prescription SP/IB/rationnelle	-	1998	2

On peut constater que les aspects 'genre' ne sont pas encore visibles dans la structure de santé des districts dans la région. La division du personnel en ce qui concerne les sexes le démontre. Ce n'est que récemment que l'organisation elle-même a commencé à faire attention aux questions de 'genre'. Ce développement a été probablement causé par la pression exercée par les bailleurs de fonds externes qui soutiennent le programme.

Depuis l'introduction des questions 'genre' auprès de l'organisation, on a fait des efforts pour créer des équipes des districts avec un nombre d'hommes et de femmes bien équilibré. Pourtant, les décisions stratégiques sont encore prises uniquement par les hommes. Egalement, ce sont seulement les hommes qui occupent les postes au niveau le plus élevé. Il faut stimuler les femmes à postuler des fonctions cadres et à participer à la prise de décision. Un stimulant pareil serait nécessaire en ce qui concerne les possibilités des femmes dans le contexte de formation.

Quant au problème de développement lié au statut de la femme dans leurs localités de travail respectives, 20 personnes sur 26 ont reconnu qu'il se posait, et cela est dû entre autre aux points suivants :

- les femmes ne sont pas associées au processus de développement
- les tâches agricoles et familiales sont exécutées par les femmes qui n'ont cependant aucun pouvoir de décision.
- la femme ne participe pas à la prise de décision sur la recherche de la santé de la famille.
- le mariage forcé et l'excision sont toujours pratiques courantes.
- l'émancipation de la femme reste toujours un "casse-tête"
- les pesanteurs socio-culturelles ne permettent pas aux femmes de prendre des initiatives.
- la femme n'a pas droit à la gestion des ressources.
- enfin la grande majorité des femmes ne sont pas instruites.
- Les tâches et les rôles sont inégalement repartis en fonction du sexe
- Enfin la femme est considérée comme objet de valeur appartenant

à l'homme et ceci explique sa sous estimation

Cependant les vingt six membres des ECD pensent que le statut socio-économique de la femme doit évoluer et peut évoluer.

Il doit évoluer par ce que disent-ils :

- il n'y a pas de développement véritable sans l'implication de la femme dans tous les domaines d'activité.
- la femme doit avoir aussi un pouvoir de prise de décision dans la famille
- la femme constitue le pilier de la famille
- enfin elle est responsable et la première concernée dans le domaine de la santé des enfants

Il peut évoluer que sous les influences et les conditions suivantes :

- par la prise de conscience de la femme, du rôle qu'elle doit jouer dans la société.
- a travers une sensibilisation soutenue à l'endroit des hommes.
- par le développement des activités rémunératrices des femmes.
- par le renforcement de l'IFD
- en impliquant les femmes dans les prises de décisions et dans les différentes associations communautaires.
- en intensifiant l'IEC à l'endroit des groupes spécifiques (femmes, hommes, adultes, jeunes etc....)
- modérer certaines coutumes (changement de mentalité).
- rendre obligatoire la scolarisation de la fille.
- impliquer la femme dans les différentes étapes, allant de l'organisation, l'élaboration, la planification, l'exécution et l'évaluation des activités.
- réduire la charge de travail journalière de la femme et sensibiliser les hommes afin qu'ils acceptent faire certaines tâches qui sont considérées comme activités de la femme.
- enfin initier des projets de développement à l'endroit des femmes et des hommes.



saïson	activité agricole	produits artisanaux	disponibilité nourriture	migration	besoin en l'eau	besoin en bois	fréquence des maladies	disponibilité ressources financières	activité de loisir	maraîchage
Mai	0	0	0	0	000	0000	0	0		
Juin	00		0	0	00	0000	0	0		
Juillet	000		0	0	0	00	0	0		
Aout	000		0	0			00	0		
Septembre	00		0	0	0		0	0		
Octobre	00		00	0	00	0	0	00	0000	
Novembre	0000		000	0	00	0	0	000	0000	
Décembre	0000		0000	0	00	0000	0	0000	000	0
Janvier		000	000	0000	00	000	0	000	00	0000
Février		000	00	0000	000	000	0000	00		0000
Mars	0	00	00	00	0000	00	0000	00		000
Avril	0	00	0	0	0000	0	000	0		00







