



Analyse secondaire des données de l'enquête démographique et de santé du Burundi (EDS 2016-2017)

Rapport de synthèse

Janvier 2019



unicef  pour chaque enfant



Sommaire

1	Contexte	6
2	Méthodologie	7
3	Résultats	8
1	Santé maternelle	9
2	Planification familiale	11
3	Mortalité des enfants	14
4	Santé de l'enfant	15
5	Malnutrition de l'enfant	20
6	État nutritionnel de la femme	24
7	Fécondité des adolescentes	26
8	Connaissance du VIH et dépistage	28
9	Eau, Assainissement et Hygiène	31
10	Scolarité	33
11	Enfants vivant séparés de sa famille.	35
12	Genre	36
4	Conclusions	40

Table des graphiques

graphique 1:	Taux d'utilisation de la contraception moderne et besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon la province	12
graphique 2:	Enfants de 12 à 23 mois non complètement vaccinés selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère (%)	15
graphique 3:	Enfants de 12 à 23 mois non complètement vaccinés selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction du père (%)	15
graphique 4:	Pourcentage d'enfants souffrant de symptômes de maladies respiratoires selon leur statut vaccinal	17
graphique 5:	Suivi de la grossesse et de l'accouchement de la femme (%)	26
graphique 6:	Indicateurs de santé de la mère et de l'enfant (%)	26
graphique 7:	Statut de la fréquentation scolaire selon l'âge (% d'enfants)	34
graphique 8:	Pourcentage d'enfants vivant séparés de leurs deux parents selon le lien avec le chef de ménage	35
graphique 9:	Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont recherché de l'aide pour mettre fin aux violences conjugales selon la province	37
graphique 10:	Indicateurs d'autonomie dans la prise de décision et la possession	39

Analyse secondaire des données de l'enquête démographique et de santé du Burundi (EDS 2016–2017)

Rapport de synthèse

Janvier 2019

REMERCIEMENTS

Les bureaux de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'ONU Femmes au Burundi remercient l'Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH) qui a soutenu l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) dans la conduite des analyses secondaires de la troisième enquête démographique et de santé du Burundi (EDSB – III).

Ces remerciements s'adressent particulièrement à Madame Lise Beck et à Monsieur Désiré Munezero, respectivement Chef de Projet et Consultant à Swiss TPH, ainsi qu'aux analystes nationaux de l'ISTEEBU, des autres services de statistiques étatiques et de l'Université du Burundi qui ont participé à des niveaux différents à la conduite des analyses secondaires de l'EDSB–III.

Enfin, les bureaux de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'ONU Femmes au Burundi saluent les efforts de toutes celles et de tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la conduite de ces analyses et les rassurent de leur reconnaissance.

Avant-propos

L'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), organe central du Système Statistique National (SSN), a entrepris et lancé, depuis 2014, un programme des analyses thématiques à partir des bases de données des différentes enquêtes réalisées au Burundi. Ce programme a comme ambition de donner plus de valeur ajoutée, en termes d'explications, au contenu des résultats de ces diverses investigations statistiques en décelant le plus possible les corrélations existantes entre certains phénomènes et permettre, par ricochet, aux décideurs et aux planificateurs d'avoir des informations assez bien documentées pour bien orienter ou planifier leurs projets/programmes.

En vue de pérenniser ce programme, l'ISTEEBU lance, chaque année, un avis de manifestation d'intérêt pour les analyses thématiques portant sur les enquêtes déjà réalisées par le SSN.

Pour l'année 2018, dans le cadre de la mise en œuvre de la 2^{ème} Stratégie Nationale de Développement de la Statistique du Burundi (SNDSB-II) et du Plan de Travail Annuel Statistique de 2018 (PTASTAT 2018), l'ISTEEBU, avec l'appui technique et financier de trois agences des Nations Unies au Burundi (UNICEF, UNFPA et ONUFEMMES), a décidé de valoriser, uniquement et le plus possible, les résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) au Burundi de 2010 et 2016/2017.

Les objectifs poursuivis consistaient, d'une part, à analyser les tendances, à identifier et comprendre les déterminants d'indicateurs clés en lien notamment avec la santé des femmes, des adolescents et des enfants et, d'autre part, proposer des pistes d'actions ou recommandations pour remédier aux goulots d'étranglements identifiés.

C'est donc avec un réel plaisir que l'ISTEEBU vous présente le contenu issu des réflexions scientifiques de dix analyses thématiques (santé maternelle; planification familiale; mortalité des enfants; santé de l'enfant; malnutrition de l'enfant; état nutritionnel de la femme; fécondité des adolescentes et connaissance du VIH; eau, assainissement et hygiène; scolarité; enfants vivants séparés de sa famille et genre) réalisées à partir des bases de données de ces EDS.

Il invite tout décideur et tout planificateur s'occupant des domaines concernés de s'y référer en vue de guider et d'éclairer la prise de ses décisions.

Tout en reconnaissant que les opinions émises dans ces analyses n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être considérées comme reflétant le point de vue de l'ISTEEBU, celui-ci félicite les analystes et les consultants qui les ont encadrés pour la qualité de leurs réflexions menées.

Que tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation et à la réussite de ce travail, spécialement les membres du Comité Technique d'Orientation (CTO) et les Agences des Nations Unies (UNICEF, UNFPA et ONUFEMMES), trouvent ici l'expression inestimable de la gratitude de l'ISTEEBU.

Nicolas Ndayishimiye
Directeur général de l'ISTEEBU



Préface

Je salue le soutien apporté par l'ONU Femmes, l'UNFPA et l'UNICEF, trois agences du Système des Nations Unies, à l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) pour la réalisation des analyses secondaires des données de la troisième Enquête démographique et de santé du Burundi (EDSB-III).

La génération des données de qualité est une étape essentielle dans le choix et la définition des politiques et stratégies de développement, tant pour les agences onusiennes que pour les autres acteurs de développement. En appuyant l'analyse secondaire des données de l'EDS, l'une des plus importantes sources de données au Burundi, les agences précitées de l'ONU nous ont permis de disposer des informations détaillées, actuelles, cohérentes et explicatives sur la situation sanitaire et sociodémographique des filles et garçons, des jeunes et des femmes ainsi que sur les discriminations et privations auxquelles ils sont confrontés. Je suis confiant que les résultats repris dans ce rapport rendront nos interventions plus efficaces et équitables, et renforceront la résilience des personnes vulnérables.

Outre les bénéfices liés à la planification, les résultats des analyses secondaires des données de l'EDSB-III contribuent à jeter des bases solides permettant au Gouvernement du Burundi et à ses partenaires de suivre la mise en œuvre et d'évaluer périodiquement la portée des interventions dans l'atteinte des objectifs de développement du Burundi définis dans les différents cadres de planification stratégique au niveau national, dont le Plan National de Développement 2018-2027, les Objectifs nationaux du développement durable et le Plan cadre des Nations unies pour le développement (UNDAF) 2019-2023.

L'analyse des données secondaires n'a pu se faire sans que l'EDS ne soit conduite. Ainsi, je remercie une fois de plus le Gouvernement du Burundi et tous ses partenaires – dont l'UNICEF et l'UNFPA – qui ont contribué au financement de l'EDSB-III.

Dans la mise en œuvre de nos interventions respectives pour accompagner le Burundi à atteindre ses objectifs de développement durable à l'horizon 2030, j'en appelle à tous les partenaires – Nations Unies, Gouvernement, Société civile, Partenaires de développement – à soutenir les efforts communs de génération des évidences, seul moyen de mesurer objectivement l'efficacité de notre action et de s'assurer qu'aucun Burundais – enfant, jeune ou adulte – ne soit laissé derrière.



Garry Conille

Coordonnateur résident du Système des Nations Unies au Burundi



1 Contexte

6

► Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) constituent la principale source de données dans les pays en développement. Le Burundi en a conduit trois, notamment en 1987, 2010 et 2016-2017. Les résultats produits dans le cadre des EDS sont représentatifs pour la plupart des indicateurs clés en milieu urbain et rural, ainsi qu'au niveau des provinces.

► L'UNICEF et l'UNFPA, tous deux partenaires techniques et financiers du système statistique du pays, sont intéressés à disposer d'information approfondie sur le suivi des conditions de vie des enfants, des femmes et des jeunes filles. UNWOMEN se joint à eux afin de disposer d'informations complémentaires, par le biais d'une analyse secondaire.

Des thématiques spécifiques ont été identifiées par les partenaires pour faire l'objet d'investigation approfondie. Il s'agit de la santé maternelle, la planification familiale, la mortalité et la santé des enfants, la nutrition de la mère et de l'enfant, la fécondité précoce, la connaissance du VIH et son dépistage chez les adolescents et les jeunes, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la scolarité, les enfants vivant séparés de leur famille et les violences basées sur le genre. L'objectif est d'aller au-delà des analyses menées dans le cadre du rapport officiel de l'EDS, intégrant les facteurs explicatifs de certains indicateurs clés liés à la santé des femmes, des adolescents et des enfants.

► Les informations issues de cette analyse serviront de base aux décisions stratégiques et la mise en place de programmes, pour influencer l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et évaluation (S & E) des politiques et programmes de santé ou de genre.

2 Méthodologie

► Dans un premier temps, **des analyses descriptives** ont été effectuées pour toutes les questions jugées pertinentes, afin d'avoir les caractéristiques des variables relatives aux différentes thématiques et pour identifier les déterminants potentiels qui sont associés à ces variables. Les variables identifiées lors de l'analyse descriptive ont toutes **fait l'objet d'un test** afin de détecter d'éventuelles colinéarités qui rendraient la lecture des résultats difficiles, mais aucune colinéarité n'a été observée. Lors de l'analyse descriptive, les questions ont été résumées selon les fréquences. Les variations entre les catégories ont été explorées avec des tests de significativité pour déterminer les différences statistiquement significatives et mesurer l'association entre les variables.

► Dans un second temps, **des modèles d'analyse multivariée** ont été développés pour identifier les déterminants des indicateurs clés et mesurer les liens de causalité entre les variables. Les variables considérées dans les modèles sont celles qui sont jugées a priori pertinentes sur la base des corrélations habituellement observées dans des études similaires ou à l'issue de l'analyse descriptive, et tiennent compte des autres variables présentes dans le modèle, toutes choses égales par ailleurs.

► Afin de tester **la qualité des données**, les fréquences ont été vérifiées pour chaque variable sélectionnée et la structure des données a été observée afin de déceler d'éventuelles anomalies. Des limites ont été observées concernant le calcul des indicateurs de mortalité maternelle pour lesquels des incohérences sur des variables clés ont été observées dans la base de données. Le module sur le travail des enfants présente des incohérences importantes concernant l'âge des enfants et cette thématique a dû être abandonnée. Concernant la scolarisation, la variable sur l'abandon scolaire est manquante, bien que le questionnaire ait prévu de collecter l'information.

3 Résultats

8

1 Santé maternelle

La mortalité maternelle revêt une ampleur considérable dans de nombreux pays en développement et apporte un indice sur le développement social et la situation des femmes. Les principales causes de décès restent largement liées aux complications souvent évitables, survenues pendant ou après la grossesse et l'accouchement. Les visites prénatales constituent alors un moment important de la grossesse des femmes. Elles sont l'occasion de s'assurer que la mère et le futur enfant se portent bien, de leur prodiguer les meilleurs soins possible pour s'assurer que leur état de santé sera le plus satisfaisant possible durant la grossesse et lors de l'accouchement.

CONSULTATIONS PRÉNATALES

L'OMS recommande aux femmes enceintes de faire au moins 4 visites prénatales durant leur grossesse afin d'assurer un suivi satisfaisant de la grossesse, de détecter et prendre en charge d'éventuels problèmes. Or, seule près de la moitié des femmes ont eu 4 visites prénatales ou plus ce qui reste insuffisant. Concernant l'**avancement de la grossesse à cette 1^{re} CPN**, les recommandations sont que la CPN1 soit effectuée durant le 1^{er} trimestre de grossesse mais là aussi, seuls 47,7 % des femmes ont déclaré avoir fait la 1^{re} CPN durant le 1^{er} trimestre de grossesse. Par contre, plus de 99 % des femmes ont bénéficié des **soins prénatals effectués par du personnel qualifié** conformément aux directives nationales, l'accès des femmes à un personnel qualifié est donc généralisé.

Pour ce qui est des facteurs influençant la fréquence et la survenue des CPN, on retient que les femmes sans instruction sont très défavorisées par rapport à celles ayant un niveau primaire ou au moins équivalent au secondaire. Les facteurs biologiques ressortent aussi comme des facteurs discriminants, ayant un effet négatif sur la fréquence et la survenue des CPN, lorsque l'intervalle entre les naissances est court (moins de 2 ans) et que l'âge de la mère est supérieur à 35 ans.

Concernant la qualité des services offerts aux femmes durant les visites prénatales, 48 % des femmes voient leur **tension artérielle** mesurée durant les visites prénatales, ce qui limite les possibilités de déceler les éventuels risques d'hypertension ou d'éclampsie. Plus le niveau d'instruction des femmes augmente, plus leur tension est mesurée. C'est aussi le cas lorsque la mère est plus jeune et qu'elle vit en milieu urbain. Il y a de fortes inégalités géographiques entre les provinces où la mesure de la tension durant les consultations est effectuée pour près d'un quart des femmes seulement.

L'**administration de fer folate** est un autre aspect de la qualité des services pour les femmes enceintes mais interpelle car la part des femmes enceintes bénéficiant de fer est réduite de 73 à 49 % entre les deux dernières EDS.

ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ

Les accouchements assistés par du personnel qualifié sont passés de près de 60 % à plus de 85 % entre 2010 et 2016-17, ce qui représente une progression importante et suggère que l'accès à des services de meilleure qualité durant l'accouchement s'est amélioré. Les femmes peu ou pas instruites ont moins de chances de bénéficier d'un accouchement assisté par du personnel qualifié, tout comme les femmes vivant en milieu rural et les plus pauvres. On note aussi que les femmes accouchant tardivement bénéficient de moins d'aide d'un personnel qualifié.

SOINS POSTNATALS DE LA MÈRE

L'EDS III révèle que 53,2 % des femmes ont bénéficié de soins postnatals **dans les 24 heures suivant l'accouchement**; plus le niveau d'instruction est élevé, plus les femmes en bénéficient. Un intervalle intergénérisique supérieur à 4 ans est également associé à une part plus importante de femmes recevant des soins postnatals.

Par ailleurs, les femmes vivant en milieu rural sont moins favorisées, tout comme celles vivant à Muramvya, Ruyigi et Bururi. De plus, le fait que la femme bénéficie d'une assurance médicale favorise son accès aux soins postnatals. Il semble que cela permette aux femmes de bénéficier de meilleures prestations durant leur grossesse et après leur accouchement.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

10

- * Les femmes enceintes doivent être davantage sensibilisées sur l'importance de faire au moins 4 CPN, de commencer la CPN1 durant le 1^{er} trimestre et d'accoucher dans une structure de soins.
- * La communauté doit être sensibilisée à l'importance des CPN aussi bien pour les mères que pour les enfants, et intégrée dans la sensibilisation faite aux femmes.
- * Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé quant à la qualité des prestations de soins prénatals offerts aux

femmes enceintes doit être mise en place, avec une attention particulière accordée au milieu rural.

- * Les capacités du plateau technique, en lien avec la santé maternelle et néonatale, doivent être renforcées. La gestion des urgences obstétricales et néonatales doit être renforcée à tous les niveaux de soins.

- * L'approvisionnement en fer folate doit être assuré dans les structures sanitaires afin que toute femme enceinte puisse en bénéficier systématiquement.

- * Les femmes devraient être davantage sensibilisées sur la planification familiale (PF), afin d'espacer, de limiter les naissances et d'éviter les grossesses précoces ou tardives.

- * L'offre des méthodes de PF doit être améliorée afin de réduire les besoins non satisfaits en PF.

- * L'assurance médicale devrait couvrir davantage de femmes quel que soit leur domaine d'activité, formel ou informel.



2 Planification familiale

La planification familiale est liée à l'accès aux services de soins de santé procréative et sexuelle. Le nombre d'enfants qu'a eu la femme, l'espacement de ses naissances, le fait que la mère soit trop jeune ou au contraire trop âgée au moment de l'accouchement sont des facteurs de risques importants pour la mortalité des enfants, la santé maternelle, leur état nutritionnel et celui de leur enfant. La planification familiale a ainsi un rôle important à jouer car elle permet d'agir sur ces facteurs.

UTILISATION DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

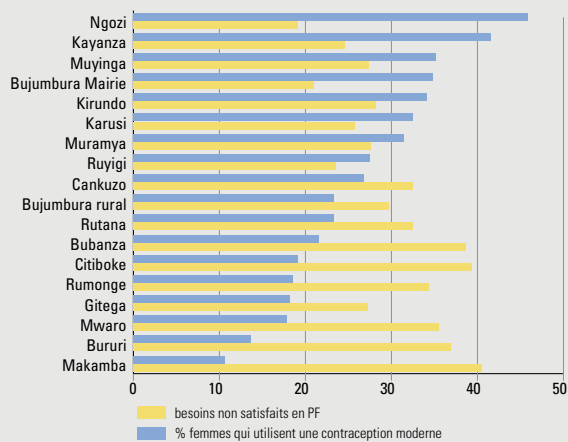
L'utilisation de méthodes contraceptives, modernes et traditionnelles, a augmenté entre 2010 et 2016-17 passant respectivement de 22 % à 29 %. Cette hausse a essentiellement concerné les méthodes de contraception modernes. Si on considère les femmes non enceintes et sexuellement actives*, 28 % d'entre elles utilisent une contraception moderne constituée essentiellement d'injections et d'implants.

Les principaux freins à l'utilisation de la contraception moderne sont le faible niveau d'instruction des femmes et un bien-être économique limité. Les femmes ayant accouché à 35 ans et plus utilisent moins la contraception moderne; et dans ce sens, une augmentation de la contraception après 35 ans permettrait de limiter les risques de santé pour la mère et l'enfant liés à un accouchement tardif.

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans vivant dans le ménage pourrait aussi inciter les femmes à davantage utiliser une contraception lorsqu'il y a déjà des enfants dans le ménage, ce qui pourrait indiquer une volonté de limiter ou d'espacer les naissances.

Les messages de PF à la radio semblent être efficaces pour sensibiliser, en effet celles qui ont entendu ces messages de PF à la radio au cours des douze derniers mois utilisent davantage la contraception moderne.

* C'est-à-dire qui ont eu des relations sexuelles au cours des 4 dernières semaines



Graphique 1: Taux d'utilisation de la contraception moderne et besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon la province

Concernant la prise de décision d'utiliser un moyen de contraception, dans 83 % des cas il s'agit d'une décision conjointe entre la femme et son mari. Lorsque la femme n'utilise pas de moyen de contraception, il s'agit dans 59,3 % des cas d'une décision conjointe et dans 26,5 % d'une décision de la femme seulement.

On constate des variations importantes dans l'utilisation de la contraception moderne selon les provinces (graphique 1). Les cinq provinces du Nord, à savoir Ngozi, Kayanza, Muyinga, Kirundo et Karusi ont les taux d'utilisation les plus élevés. C'est aussi dans ces provinces que la satisfaction en matière de PF est la plus élevée.

Ces provinces sont celles où la pauvreté et les condi-

tions de vie sont les plus difficiles, avec une insécurité alimentaire très marquée et des indicateurs de malnutrition particulièrement mauvais. Ce contexte difficile pourrait donc inciter les femmes à davantage recourir à la contraception.

BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

Près de 30 % des femmes au moment de l'EDS III ont des besoins non satisfaits en matière de PF. Cela est directement lié avec la vie reproductive de la femme : d'une part, les femmes qui ont eu des **intervalles intergénésiques** plus courts entre leurs deux dernières grossesses ont plus de risques de ne pas avoir leurs besoins satisfaits en matière de PF que lorsque l'intervalle est de 48 mois et plus ; cela suggère une volonté d'espacer les naissances. D'autre part, les mères qui **accouchent plus tardivement** sont davantage susceptibles d'avoir une insatisfaction de leur besoin en matière de PF, ce qui induit que les grossesses de ces femmes ne sont pas forcément désirées. Enfin, les femmes qui ont **3 enfants ou plus dans leur ménage** ont plus fréquemment des besoins non satisfaits, ainsi lorsque les femmes ont déjà un nombre élevé de jeunes enfants, leur désir de limiter la descendance n'est pas satisfait.

Par ailleurs, d'après le graphique 1, on constate que plus les femmes utilisent une contraception moderne, plus leurs besoins sont satisfaits ; cependant, des inégalités géographiques fortes subsistent avec plus de femmes ayant des besoins non satisfaits dans les régions de l'Ouest et du Sud. Une piste d'amélioration pourrait provenir des agents de santé en contact direct avec les femmes : en effet, les femmes qui ont reçu la visite d'un agent de santé au cours des 12 derniers mois avaient 30 % de risques en moins d'avoir leurs besoins en matière de PF non satisfaits. L'intervention de ces agents apparaît donc comme un **vecteur d'amélioration** pour la contraception des femmes.

CHOIX INFORMÉ EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

Seuls 22,1 % des femmes utilisant une contraception moderne ont eu un choix informé concernant leur contraception. Et lorsque lors de leur **visite dans une structure de santé**, on a **parlé aux femmes de planification familiale**, elles ont 2,5 fois plus de chances d'avoir été informées que les femmes qui n'avaient pas parlé de PF dans un centre de santé. On en déduit qu'il est important pour les femmes de parler de contraception lorsqu'elles se rendent dans une structure de santé car c'est une bonne occasion de recevoir des informations complètes sur les effets secondaires et les différentes méthodes de contraception.

Lorsque les femmes se sont rendues dans une organisation non gouvernementale ou dans un lieu autre (église, amis, magasins, etc.), elles ont moins de chances de recevoir des informations complètes sur les effets secondaires des méthodes contraceptives modernes et les alternatives possibles contrairement aux femmes qui reçoivent leur contraception d'une clinique ou d'une pharmacie publique.

CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Une utilisation appropriée des moyens de contraception nécessite une **bonne connaissance de la période féconde**. Les données de l'EDS III indiquent que seules 23,3 % des femmes savent correctement situer cette période. Sans surprise, le niveau d'instruction atteint par la femme est discriminant. Lorsque les femmes ont atteint un niveau au moins équivalent au secondaire, elles ont 2,26 fois plus de chances de connaître leur période féconde que les femmes sans aucune instruction. Lorsque le conjoint a au moins atteint le niveau secondaire, les femmes ont également une meilleure chance de connaître leur période féconde.

On retient surtout que la connaissance de la période féconde reste insuffisante pour près des trois-quart des femmes. Parmi les femmes les plus instruites, plus de 60 % ne sont pas en mesure de citer la période durant laquelle elles peuvent tomber enceintes, ce qui réduit les chances d'utiliser convenablement un moyen de contraception.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* La promotion de la PF dans les structures de santé et au niveau communautaire devrait être renforcée afin de permettre aux femmes de limiter ou d'espacer les naissances et satisfaire leurs besoins en matière de PF.

* Les interventions d'agents de santé communautaire formés et intégrés au système de santé doivent être renforcées.
* Les femmes peu instruites et pauvres doivent être ciblées par les interventions au niveau communautaire.

* La radio est un vecteur d'information essentiel pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive. Ce média est à privilégier.

3 Mortalité des enfants

Le Burundi enregistre l'un des plus forts taux de mortalité des enfants au monde, malgré des progrès remarquables depuis 2006 avec la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et une vaccination quasi généralisée.

La mortalité infantile reste l'un des indicateurs de développement parmi les plus importants; en 2016, elle était de 47‰, en 2010 de 59‰ et en 1987 de 74‰.

La mortalité juvénile constitue un autre indicateur clé du développement. Elle est passée de 85‰ en 1987 à 40‰ en 2010 puis 33‰ en 2016-2017.

MORTALITÉ INFANTILE

On retrouve le rôle des **facteurs biologiques** avec les risques induits par des intervalles intergénéraliques courts: les enfants espacés de deux à trois années ou de 4 années et plus ont respectivement 88,1 % et 89,2 % de risques en moins de mourir que les enfants espacés de moins de 24 mois; les rangs de naissance supérieurs à 1 sont à risque; selon le sexe de l'enfant les petites filles ont 23,6 % de risques en plus de mourir avant un an que les garçons; le faible poids à la naissance (<2,5 kg). Par ailleurs, les **conditions de vie** restent un facteur de mortalité lorsque les enfants appartiennent aux ménages les plus pauvres. On retrouve aussi des **inégalités géographiques importantes** avec une mortalité avant un an plus forte dans les régions du Nord et du Centre-Est.

MORTALITÉ JUVÉNILO

Comme dans le cas de la mortalité infantile, les facteurs de la mortalité juvénile sont bien connus. Sans surprise, **l'instruction des parents et le niveau de bien-être économique du ménage** sont des facteurs discriminants, la mortalité juvénile diminuant avec l'amélioration du niveau d'instruction et du niveau de vie. On retrouve les risques induits par les **grossesses précoces et des naissances espacées de moins de 2 ans** avec la naissance précédente. Les provinces de la région Nord restent vulnérables face à la mortalité juvénile avec une proportion de décès de 11,5 % contre 6,2 % dans la région Sud.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Des efforts soutenus devraient être faits pour promouvoir la PF afin de réduire les risques dus à des intervalles intergénéraliques trop courts, à des naissances trop nombreuses, tardives ou précoces.
* Les régions ou provinces les plus défavorisées, notamment dans le Nord,

devraient être particulièrement ciblées et les expériences gagnantes d'intervention visant à promouvoir la santé des enfants devraient y être reproduites.
* L'enregistrement à l'état civil de toutes les naissances et de tous les décès, y compris les mortinaissances, doit être amélioré.

* La qualité des soins pendant la grossesse et à l'accouchement doit être améliorée afin de réduire les décès des mères et des enfants aux bas âges (mortinaissance, mortalité néonatale et infantile).

4 Santé de l'enfant

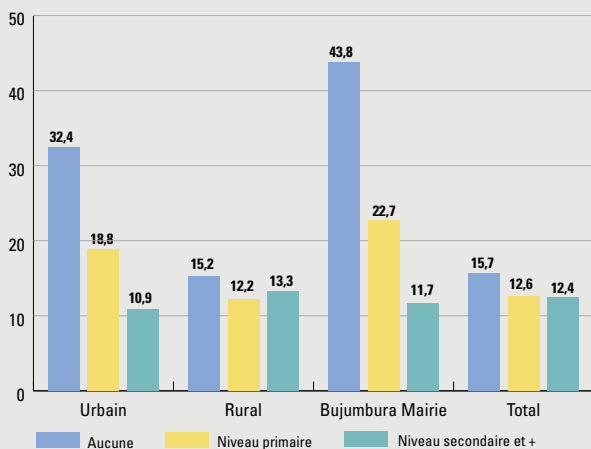
La santé de l'enfant est un volet important des EDS du fait de son impact sur les taux de mortalité des enfants. Au sens large, la santé des enfants regroupe des thématiques variées couvrant la vaccination, la morbidité et le recours ou l'accès aux soins.

VACCINATION COMPLÈTE

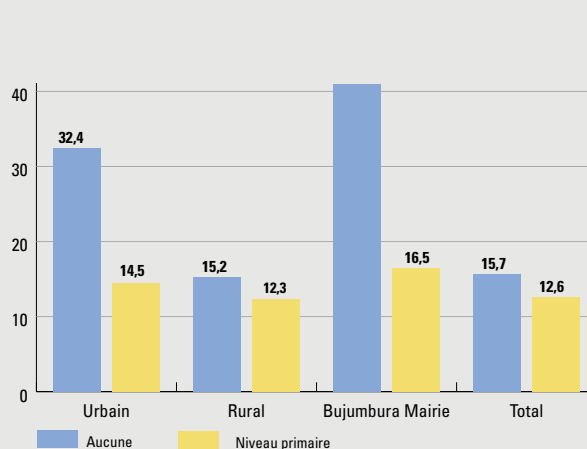
La couverture vaccinale complète est élevée au Burundi puisque 85 % des enfants de 12 à 23 mois au moment de l'enquête ont reçu tous les vaccins de base. Selon les vaccins, les taux varient de 92,6 % pour la 3^{ème} dose de vaccin contre la polio à 97,8 % pour le BCG. La couverture vaccinale pour la vaccination complète va de 79,5 % dans la région Ouest la moins favorisée à 88,4 % pour la région Nord.

La région de Bujumbura Mairie est moins bien classée que les autres avec une couverture complète de 80,5 % ce qui pourrait signifier que Bujumbura Mairie comprend une frange de la population urbaine particulièrement vulnérable et pour laquelle l'accès aux services de santé est moins facile. Ainsi le graphique 2 indique que les enfants non complètement vaccinés de Bujumbura Mairie, et dans une moindre mesure de milieu urbain, ont plus souvent des mères sans instruction. Le graphique 3 indique que c'est également le cas pour l'instruction du père.

Graphique 2: Enfants de 12 à 23 mois non complètement vaccinés selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère (%)



Graphique 3: Enfants de 12 à 23 mois non complètement vaccinés selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction du père (%)



Les enfants dont les parents n'ont aucune instruction sont particulièrement vulnérables. Il est donc important de sensibiliser les parents non instruits à l'importance de la vaccination des enfants, et plus généralement de leur en faciliter l'accès.

Si on s'intéresse aux 14 % d'enfants non complètement vaccinés, les enfants dont la mère n'a pas bénéficié d'un accouchement assisté par du personnel qualifié ont moins de chances d'avoir reçu la totalité des vaccins. Les mères qui font complètement vacciner leur enfant ont accès à de meilleurs services lors de l'accouchement et d'une manière générale d'un meilleur accès aux services de santé.

Par ailleurs, les enfants dont la mère a suivi au moins le niveau d'étude secondaire ont des risques inférieurs de ne pas être complètement vaccinés par rapport aux enfants de mères non instruites.

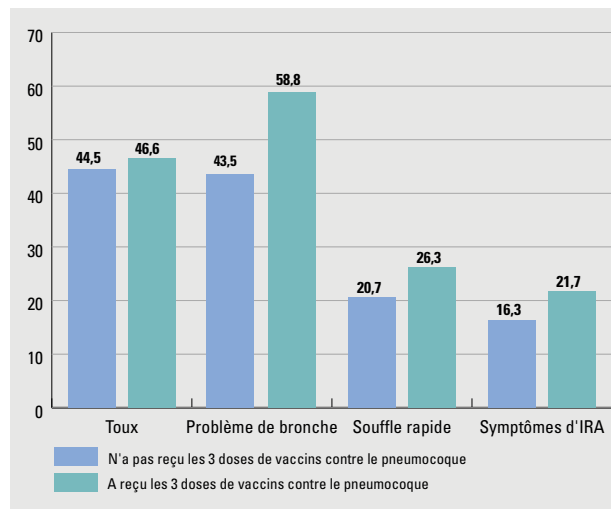
MORBIDITÉ AU COURS DES 2 SEMAINES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

D'après les données de l'EDS, 7 % des enfants présentaient une toux avec signes d'infection respiratoire aiguë (IRA); 40 % présentaient de la fièvre et 22,5 % des enfants souffraient de diarrhées.

Pour la **toux**, l'influence des 3 doses de vaccin contre le pneumocoque sur les maladies respiratoires chez l'enfant s'avère importante. Quels que soient les symptômes des maladies respiratoires, les enfants ayant reçu les 3 doses du vaccin contre le pneumocoque sont moins souvent malades. Le vaccin contre le pneumocoque diminue fortement les risques pour l'enfant de développer des problèmes de bronche (peu significatif au seuil de 10 %) et au final, les risques de développer une toux avec des symptômes d'IRA.

On note que la prévalence de la **diarrhée** selon que l'enfant ait eu le vaccin contre le rotavirus n'enregistre pas de forte différence bien que les enfants qui n'ont pas reçu la 1^{re} dose de vaccin aient plus souvent eu la diarrhée (40,3 %) que les enfants vaccinés (36,5 %).

Plus généralement, **pour l'ensemble des maladies, les inégalités géographiques** sont importantes; les enfants des régions Nord et Centre-Est ont plus de risques d'avoir eu la toux et de la fièvre durant les



Graphique 4: Pourcentage d'enfants souffrant de symptômes de maladies respiratoires selon leur statut vaccinal



deux semaines précédant l'enquête que les enfants de Bujumbura Mairie. Les enfants malades ont aussi plus de risques de **cumuler plusieurs pathologies**: par exemple, les enfants qui ont eu la diarrhée ont 2,1 fois plus de risques d'avoir eu de la toux comparés aux enfants qui n'avaient pas de diarrhée. Cela explique pourquoi les enfants déjà affaiblis par une maladie sont plus vulnérables à la venue d'une autre pathologie. Un cercle vicieux peut se mettre en place lorsqu'un enfant est déjà malade, il a d'autant plus de risques de le rester en attrapant une nouvelle maladie.

Les risques morbides sont aussi très liés avec **l'âge de l'enfant** qui est un déterminant important, notamment après 6 mois; les enfants de 6 à 24 mois constituent une tranche d'âge à cibler pour la prévention. Cela correspond à des périodes où l'allaitement n'est plus exclusif, et où des aliments solides ou semi-solides sont progressivement intégrés à l'alimentation, impliquant des risques de contamination. Les enfants sont davantage exposés à leur environnement qui, s'il n'est pas sûr, est vecteur de pathologies et de germes divers, source de maladie.

Pour ce qui est de **l'autonomie de la femme**, qu'elle soit mesurée par le biais de sa participation aux prises de décision, au fait qu'elle soit victime de violences conjugales ou de son acceptation quant au fait qu'un mari batte sa femme, le fait que la femme soit plus émancipée et moins vulnérable réduit les risques de maladies chez son enfant.

On note que lorsque le mari est associé aux décisions de santé, les enfants sont moins souvent malades, ce qui signifie qu'il est important d'intégrer le père dans les décisions de santé concernant les enfants. Par ailleurs, le fait que les femmes rencontrent des



difficultés financières pour payer les soins est associé au fait que les enfants souffrent plus souvent de diarrhée, de fièvre ou de toux. Le fait de ne pas pouvoir accéder à un traitement pour des raisons financières peut amener la maladie de l'enfant à s'aggraver.

TRAITEMENT MÉDICAL EN CAS DE MALADIE

18

L'EDS III a collecté pour la fièvre, la toux et la diarrhée des informations concernant le fait qu'un traitement médical ait été recherché. Respectivement 55 %, 65,3 % et 53,6 % des enfants de moins de 5 ans ont reçu un traitement lors de leur épisode de toux, de fièvre et de diarrhée. Des facteurs communs aux trois maladies apparaissent et révèlent des **inégalités géographiques fortes** : par exemple dans le cas des IRA, la part d'enfants recevant un traitement médical en cas de toux passe de 40 % à Rumonge à 81 % à Karusi, ce qui montre de fortes inégalités dans l'accès aux soins selon les provinces.

On note cependant que le recours à un traitement médical est plus fréquent dans les provinces les plus défavorisées, à savoir celles du Nord où l'insécurité alimentaire est plus forte et où les risques de mortalité sont aussi plus forts. Les enfants de mère qui ont eu leur **1^{re} CPN après le premier trimestre de grossesse** ont globalement moins de chances

de recevoir un traitement que les enfants de mère qui ont eu leur 1^{re} CPN durant le 1^{er} trimestre. Cela induit que d'une façon générale, les femmes qui ont un meilleur suivi médical pour elles-mêmes sont aussi les plus attentives et vigilantes pour la santé de leur enfant.

Dans le cas des IRA, l'intervalle intergénéral est ressorti comme un facteur important, en particulier lorsque l'intervalle avec la naissance précédente est long: dans ce cas, les enfants ont 2 fois plus de chances de recevoir un traitement. Lorsque l'intervalle est plus court, on peut alors imaginer que les enfants entrent en concurrence pour ce qui est de recevoir des soins. Pour le **traitement de la fièvre**, les enfants dont les parents n'ont pas d'assurance médicale ont 41,6 % de chances en moins de bénéficier d'un traitement.

Concernant les épisodes diarrhéiques de l'enfant, il est recommandé de **donner à l'enfant plus de liquide que d'habitude, de lui donner une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) ou une solution fait maison** recommandée par le gouvernement (SMR). Ces recommandations ne sont appliquées que dans 53 % des cas, alors que près de 80 % des femmes de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années précédant l'enquête connaissent ces thérapies.

Cette pratique est fortement liée au fait que l'enfant est complètement vacciné, ce qui suggère que le fait pour un enfant de ne pas être complètement vacciné reste très discriminant. Les mères qui ne font pas vacciner leur enfant avec tous les vaccins de base ont des pratiques plus néfastes pour leur enfant que celles qui font vacciner leur enfant convenablement.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Les efforts de vaccination des enfants doivent être maintenus pour tous les types de vaccins.

* L'accès aux services de vaccination doit être renforcé en milieu urbain, notamment à Bujumbura Mairie en ciblant les catégories de parents non éduqués et globalement plus vulnérables.

* Les efforts de promotion du vaccin contre le pneumocoque doivent être maintenus.

* Une sensibilisation accrue des mères et des pères devrait être menée afin de les informer des risques de morbidité accrus

après 6 mois, lors de l'introduction des aliments, et aussi après le sevrage de l'enfant.

* La frange de la population travaillant aussi bien dans le secteur formel qu'informel et bénéficiant d'une assurance médicale devrait être élargie.

* Les mères devraient être sensibilisées aux bonnes pratiques à tenir lorsque leur enfant a une diarrhée, que ce soit par le biais de campagne de sensibilisation, ou lors de visites au centre de santé, ou des visites à domicile par les agents de santé communautaires.

* Les compétences des professionnels de santé devraient être renforcées, afin que d'avantage de prévention et promotion, notamment concernant l'hygiène et les pratiques alimentaires, soient proposées aux femmes.

* Les relais communautaires devraient être impliqués davantage afin de participer à la sensibilisation des femmes quant à l'adoption de meilleures pratiques en cas de diarrhée de l'enfant.

5 Malnutrition de l'enfant

Au Burundi, cette problématique prend une importance particulière du fait de son ampleur : le Burundi est classé au deuxième rang des pays les plus touchés par la malnutrition chronique au monde (Global Nutrition report, 2016)*. La malnutrition est mesurée sur les critères statistiques de malnutrition chronique, aussi appelée retard de croissance, et d'émaciation ou malnutrition aiguë. La prévalence d'enfants souffrant d'anémie apporte des indications sur les carences auxquelles les enfants sont confrontés.

MALNUTRITION AVANT 5 ANS

56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique parmi lesquels 25 % souffrent de malnutrition chronique sévère. 4 % des enfants de moins de 5 ans sont **émaciés** et l'anémie est un problème de santé important au Burundi, qui s'est aggravé depuis l'EDS de 2010. Près de 61 % des enfants de 6 à 59 mois souffrent d'anémie contre 45 % en 2010, ce qui dépasse de loin le seuil critique de 40 % fixé par l'OMS.

L'âge reste un déterminant important pour expliquer la malnutrition aiguë et chronique dans la mesure où la malnutrition augmente fortement après la fin de l'allaitement exclusif qui a généralement lieu vers 6 mois. Par ailleurs, même à 0 à 5 mois, alors que les enfants sont encore exclusivement allaités par leur mère, la prévalence de la malnutrition chronique est de 25 %, ce qui indique que l'état nutritionnel et de santé des mères n'est pas satisfaisant pour allaiter de façon optimale leur enfant. On constate aussi que les taux d'anémie des enfants de 6 à 11 mois sont très élevés (80,6 %).

Le lieu de vie ressort également comme un facteur important : d'une part, la malnutrition chronique est plus de deux fois plus forte en milieu rural ; d'autre part, on considère des variations importantes selon les provinces. On constate que la malnutrition aiguë est plus forte dans le Nord, où l'insécurité alimentaire est particulièrement forte, d'autant plus que la période de collecte des données de l'EDS III a coïncidé avec une épidémie de paludisme très virulente qui a pu contribuer à dégrader le rapport poids-pour-taille des enfants.

Les malnutritions chronique et aiguë ainsi que l'anémie sont également fortement liées au **bien-être économique**, plus l'enfant appartient à un quintile riche, moins il est mal nourri. Ainsi, les enfants du quintile le plus pauvre ont 4,12 fois plus de risques d'avoir un retard de croissance que les enfants des ménages les plus riches.

* <https://globalnutritionreport.org/reports/2016-global-nutrition-report/>



À noter également que l'anémie des enfants est liée à celle de la mère : lorsque l'enfant a entre 6 à 11 mois, si la mère est anémiée, l'enfant a 2 fois plus de risques d'être lui-même anémié. Le développement de l'enfant est donc fortement lié au déroulement de la grossesse et à la santé de la mère : les « 1 000 » premiers jours de vie, qui couvrent la conception de l'enfant et ses deux premières années de vie, restent critiques pour l'enfant.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Des programmes de “filets sociaux” devraient être mis en place afin de limiter les effets des chocs liés à des événements inattendus (crises alimentaires ou nutritionnelles, épidémies...)

* Les provinces dans lesquelles l'état nutritionnel des enfants est particulièrement inquiétant (région Nord et de l'Est) devraient être ciblées en priorité afin de bénéficier d'un soutien spécifique et d'un programme multisectoriel intégré ciblant les plus pauvres.

* La supplémentation en multimicronutriments par l'utilisation à domicile des poudres de micronutriments devrait être développée à grande échelle.

* Des compléments en fer/acide folique devraient être disponibles systématiquement dans les structures de santé, pour les femmes enceintes.

* Les compétences des personnels de santé et des relais communautaires devraient être renforcées pour sensibiliser davantage les femmes et les parents d'enfants de moins de 5 ans sur les pratiques familiales essentielles, pour prévenir la malnutrition après 6 mois.

* La promotion de la PF devrait être effectuée afin d'espacer et de limiter les naissances.

* Les interventions concernant la nutrition maternelle pour lutter contre l'anémie et

la malnutrition devraient être renforcées. En particulier, des interventions de supplémentation alimentaire, de micronutriments ciblant les adolescentes et les femmes enceintes sont nécessaires pour prévenir le développement de la malnutrition pendant la vie fœtale.

* Les provinces dans lesquelles la malnutrition a reculé de façon sensible, devraient servir d'exemple pour dupliquer ces interventions réussies dans les autres provinces.

PRATIQUES ALIMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 23 MOIS

L'EDS indique que 40,5 % des enfants de 6 à 23 mois reçoivent le nombre minimum requis de repas par jour, ce qui reste insuffisant pour limiter les risques de malnutrition ; la diversité alimentaire minimum est observée pour moins de 15 % des enfants de 6 à 23 mois, ce qui est très insuffisant. Cela est à mettre en lien avec le fait que la production nationale accuse un déficit de plus de 50 % des besoins en céréales et légumineuses avec pour conséquence une faible diversité alimentaire.

Il semble que les provinces où la diversité alimentaire est plus faible correspondent à des provinces où on note un déficit hydrique et une dépendance à la production agricole, impliquant une plus grande précarité alimentaire durant des périodes de soudures prolongées. De même, dans les provinces du Nord comme celles de Karusi et Kirundo, où l'insécurité alimentaire est particulièrement forte, la part d'enfants recevant le nombre minimum de repas est particulièrement faible. Les **inégalités économiques** sont aussi fortes dans la mesure où plus l'enfant appartient à un quintile favorisé, plus son alimentation est diversifiée.

Les enfants qui ont reçu **plus de liquides lors d'épisodes de diarrhées** ont plus de chances d'avoir une alimentation diversifiée, ainsi les mères qui adoptent une meilleure alimentation pour leur enfant ont globalement des meilleures pratiques pour leur santé. De même, les enfants dont la **diversité alimentaire** est assurée ont 2,21 fois plus de chances d'avoir suffisamment de repas par jour ce qui suggère que leurs mères ont globalement de bonnes pratiques alimentaires pour leurs enfants. À l'opposé, on constate que lorsque l'enfant a eu de la **fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête** la fréquence des repas est moindre, ce qui révèle que les pratiques des mères lorsque l'enfant est malade ne sont pas bonnes risquant d'affaiblir son enfant.

Compte tenu de la faible diversité alimentaire en général et du fait des déséquilibres alimentaires généralisés, on peut dire que l'ensemble des enfants de moins de 2 ans est à cibler. La collecte des données de l'EDS a été menée pendant la période de soudure. A cette période, certaines zones du Burundi ont dû faire face à une insécurité alimentaire accrue avec une production moindre de légumineuses et de céréales qui a amené les ménages à les remplacer par des tubercules et à diminuer la diversité alimentaire.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Il est important de promouvoir la diversification alimentaire, en tenant compte des opportunités et capacités locales, en proposant un guide alimentaire qui oriente les mamans sur les types d'aliments par tranche d'âge et suivant les besoins nutritionnels.

* Les compétences des professionnels de santé et des agents/relais communautaires portant sur les pratiques alimentaires des enfants de moins de 5 ans devraient être

renforcées afin d'aider les femmes à diversifier et augmenter la fréquence des repas.

* Des programmes d'éducation et d'accompagnement nutritionnel devraient être développés afin d'aider à l'alimentation des enfants et des femmes enceintes et allaitantes, et à leur faire adoption des stratégies alimentaires alternatives en cas de crise alimentaire.

* Les relais communautaires devraient être davantage formés, équipés et engagés

dans la promotion des pratiques d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

* Des compléments alimentaires et des suppléments nutritionnels devraient être disponibles pour les enfants de ménages défavorisés au niveau des centres de santé et au niveau communautaire pour être distribué à des périodes critiques de l'année (période de soudure).





6 État nutritionnel de la femme

L'EDS III indique que près de 18 % des femmes de 15 à 49 ans sont **trop maigres** par rapport à leur taille avec un IMC inférieur à 18,5, alors que 8 % des femmes souffrent de surpoids ou d'obésité.

24

L'indice de bien-être économique indique que le rôle du facteur socio-économique dans l'état nutritionnel de la femme est très important. Au fur et à mesure que la femme appartient à un quintile plus riche, le risque de souffrir de maigreur diminue. À l'opposé, plus le bien-être augmente, plus les femmes ont des risques d'être en surpoids.

De même l'anémie décroît selon le quintile de bien-être, plus la femme appartient à un quintile riche, moins elle souffre d'anémie.

Le milieu de résidence indique aussi des différences importantes. En milieu rural, la prévalence de la maigreur est de 18,6 % contre 11,2 % en milieu urbain. Celle d'un IMC>25 y est respectivement de 5,2 % et 25,6 %.

Au niveau des provinces, on retrouve un taux de maigreur nettement plus faible à Bujumbura Mairie ce qui est cohérent avec ce qui a été généralement observé en milieu urbain, alors que la maigreur est plus forte dans les provinces de la région Ouest.

La plus forte malnutrition des femmes dans certaines régions ou provinces est liée au contexte de sécheresse et d'insécurité alimentaire qui y prévaut.

Concernant **l'anémie des femmes** entre l'EDS de 2010 et celle de 2016-2017, la prévalence a plus que doublé, passant de 19 % à 39 %. Plusieurs pistes peuvent l'expliquer car la période de collecte des données de l'EDS III a correspondu à une période d'épidémie de paludisme au niveau national alors même que la période de soudure était en cours. Les effets du paludisme sur la santé de la femme et sur la prévalence de l'anémie ont pu être d'autant plus amplifiés que la situation alimentaire précaire a été aggravée par cette forte insécurité alimentaire dans certaines régions. Les femmes souffrant d'anémie sont près de 2 fois plus nombreuses en milieu rural et dans les provinces correspondant aux régions Nord ou Centre-Est qui ont subi des périodes de sécheresse et une forte insécurité alimentaire venant encore affaiblir les femmes déjà frappées par l'épidémie de paludisme.

Par ailleurs, entre 2010 et 2016, la proportion de femmes qui ont reçu du fer durant leur grossesse a beaucoup décliné, passant de 73 % à 49 % ce qui pourrait également expliquer une partie de la hausse de l'anémie des femmes, en effet celles qui ont eu un enfant ont souffert d'anémie durant leur grossesse sans recevoir du fer devant limiter ou combler les carences.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

.....

- * Des programmes de filets sociaux sur la sécurité alimentaire devraient être mis en place, en priorité dans les zones où l'insécurité alimentaire est la plus forte, afin de limiter l'effet néfaste des chocs extérieurs (épidémie, climat) sur la santé des femmes et de leurs enfants.
- * Les professionnels de santé devraient sensibiliser les femmes à la planification familiale (PF), la nutrition et l'hygiène lors des visites pré et postnatales et lors des consultations des enfants dans les centres

de santé, notamment les femmes ayant récemment accouché et présentant des signes de malnutrition.

- * Les capacités des relais communautaires devraient être renforcées concernant la nutrition des adolescentes, des femmes enceintes, allaitantes et plus globalement.
- * Les femmes devraient être informées et sensibilisées pour acquérir de meilleures pratiques alimentaires pour elles-mêmes et leurs enfants.

- * La sensibilisation contre le surpoids, l'obésité et les risques associés devrait être menée en priorité en milieu urbain et à Bujumbura Mairie.

- * L'apport en fer chez les femmes enceintes devrait être systématiquement proposé lors des visites prénatales en respect des recommandations de l'OMS.

7 Fécondité des adolescentes

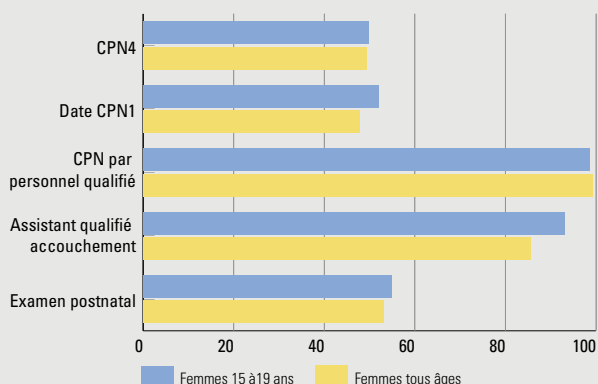
Au Burundi, 8,3 % des femmes de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie procréative, c'est-à-dire qu'elles ont déjà eu un enfant ou sont actuellement enceintes de leur premier enfant.

Les principaux facteurs liés à la fécondité précoce sont **un faible niveau d'instruction** ou aucun niveau ; **le fait de vivre à Bujumbura Mairie**. Le fait que le **conjoint soit instruit**, dans ce cas, plus la jeune femme a de chances d'avoir démarré sa vie procréative tôt.

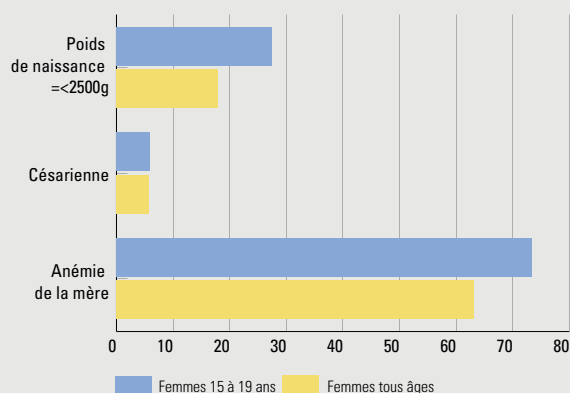
Le fait d'avoir un enfant durant l'adolescence peut avoir des implications sur la santé de la femme et celle de son enfant. On a donc regardé d'une part, si le **suivi de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes de 15 à 19 ans** était aussi bon que celui de l'ensemble des femmes ayant eu un enfant ; d'autre part, si la santé de la mère et de l'enfant était aussi bonne pour les jeunes mères que pour l'ensemble des femmes.

Le graphique 5 montre que le suivi de la grossesse et de l'accouchement chez les jeunes mères est tout aussi bon, voire légèrement meilleur que chez les femmes tous âges confondus. Près de la moitié des femmes ont fait au moins 4 CPN. Les femmes de 15 à 19 ans sont un peu plus nombreuses à avoir fait leur 1^{re} CPN durant le 1^{er} trimestre de grossesse (51,9 % contre 47,7 %) ; la quasi-totalité des femmes font leurs visites prénatales avec du personnel qualifié ; les femmes de 15 à 19 ans sont légèrement plus nombreuses à avoir accouché avec du personnel qualifié (93,1 % contre 85,6 %) ; et globalement, l'examen postnatal est suivi par un peu plus de la moitié des femmes quels que soient les âges.

Graphique 5: Suivi de la grossesse et de l'accouchement de la femme (%)



Graphique 6: Indicateurs de santé de la mère et de l'enfant (%)



Le fait d'avoir un enfant précocement n'implique pas forcément un suivi moins fréquent ou plus tardif, le suivi de la grossesse et de l'accouchement ne présente pas plus de risques pour la santé des femmes jeunes.

Concernant **la santé de la mère et de l'enfant**, le graphique 6 indique que les jeunes mères sont plus nombreuses à avoir un enfant de faible poids à la naissance (27,5 % contre 18 %). Cela peut être lié avec leur physiologie plus fragile et le fait que leur croissance n'est pas totalement achevée.

Pour ce qui est des **césariennes**, on ne note pas de différence entre le pourcentage de femmes jeunes et celui tous âges confondus ayant eu une césarienne.

Enfin, pour ce qui est de l'anémie (légère à modérée), les femmes de 15 à 19 ans sont plus nombreuses à en souffrir que les femmes tous âges confondus (73,4 % contre 63,2 %). Le fait qu'elles soient plus souvent anémiques peut être lié avec le fait qu'elles ont plus souvent des bébés avec un faible poids de naissance, l'anémie étant un facteur amenant à la prématurité ou à des nouveau-nés de faible poids.

Ces observations suggèrent donc que le fait d'avoir un enfant précocement présente des risques pour la santé de la mère et de l'enfant, quand bien même celle-ci a un suivi de grossesse et d'accouchement satisfaisant.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Les professionnels de santé devraient systématiquement sensibiliser les jeunes filles en âge de procréer qui viennent dans les structures de santé aux risques de grossesses précoces et leur proposer un moyen de contraception si elles sont sexuellement actives.

* La communauté devrait être impliquée pour participer à la sensibilisation des jeunes filles aux risques des grossesses précoces et à promouvoir la planification familiale.

* La sensibilisation des jeunes filles aux risques de grossesses précoces devrait être intégrée au cursus scolaire à l'aide d'outils pédagogiques adaptés.

8 Connaissance du VIH et dépistage

La santé reproductive et sexuelle des adolescents et des jeunes nécessite d'éviter des pratiques à risques pour eux-mêmes et leurs partenaires, et d'adopter des conduites responsables pour limiter le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST). Cela implique entre autres, d'avoir une bonne connaissance du VIH et de se faire dépister dès que la vie sexuelle a démarré.

ADOLESCENTS DE 15 À 19 ANS AYANT UNE CONNAISSANCE COMPLÈTE DU VIH

Chez les filles comme chez les garçons de 15 à 19 ans, la connaissance complète du VIH est moins bonne que dans les autres groupes d'âge ; 53 % des jeunes femmes et 56 % des jeunes hommes ont une connaissance complète du VIH.

L'instruction des jeunes est un facteur clé tant chez les filles que chez les garçons et les adolescent(e)s les moins éduqué(e)s ont clairement une moins bonne connaissance complète du VIH. L'école, comme lieu d'apprentissage mais aussi d'échanges et de sensibilisation avec d'autres jeunes, apparaît comme un lieu indispensable favorisant les connaissances relatives au VIH. Pour les jeunes filles essentiellement, **l'état matrimonial** est un facteur important dans la mesure où celles qui n'ont jamais été en union et qui n'ont pas beaucoup ou pas encore eu de relations sexuelles (91 %) ont une moins bonne connaissance que les autres. Les adolescentes mariées/en couple et divorcées/séparées, ou veuves, ont respectivement 1,58 et 2,58 fois plus de chances d'avoir une connaissance complète. Cela suggère que la prévention et l'information concernant le VIH doivent avant tout cibler les jeunes filles qui n'ont jamais été en union et qui ne sont pas encore sexuellement actives.

La connaissance complète du VIH est positivement associée au fait que les jeunes filles et les jeunes hommes savent **où obtenir un test VIH**. Les adolescentes et les adolescents avec une connaissance complète sont respectivement 1,95 fois et 1,38 fois plus nombreux à savoir où se rendre pour se faire dépister. Ce constat est de bon augure car il signifie que lorsque les adolescents sont informés et éduqués sur le VIH, outre le fait que cela diminue les idées reçues et améliore leur connaissance, cela leur apporte des éléments concrets leur permettant d'agir favorablement pour leur santé et de devenir plus responsable. Pour les **jeunes hommes** essentiellement, ceux qui se disent **prêts à acheter des légumes à un vendeur ayant le VIH** ont 1,5 fois plus de chances d'avoir des connaissances complètes. Cela indique qu'une bonne connaissance du VIH par les jeunes hommes réduit la stigmatisation des porteurs du VIH. Outre la prévention qu'elle offre, une meilleure information est essentielle contre la stigmatisation.

DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES DE 15 À 24 ANS

Les données de l'EDS III indiquent que près de 44,7 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont déjà été testées pour le VIH au cours de leur vie contre 28 % chez les jeunes hommes. La différence dans les taux de dépistage du VIH entre les filles et les garçons est largement due au fait que les jeunes femmes qui sont enceintes ou qui ont déjà eu un enfant se sont toutes fait dépister contre le VIH au cours de leur grossesse dans le cadre des CPN.

Pour ce qui est des facteurs influençant le dépistage, on note des variations selon le sexe. Pour les femmes, **le statut matrimonial** reste un facteur important et comme cela a déjà été évoqué, le fait qu'elles soient moins exposées au risque de VIH explique cette différence. De même, en lien avec le point précédent, les femmes qui ont **une connaissance complète du VIH** ont 2,45 fois plus de chances de s'être fait dépister que celles qui n'ont pas une connaissance complète, ce qui induit que lorsque les femmes reçoivent de la prévention ou des informations sur le VIH, elles sont incitées à pratiquer un test du VIH. D'une manière générale, les jeunes femmes qui se font dépister ont aussi une **meilleure connaissance du cycle et de la période féconde**, ce qui suggère qu'elles ont pu bénéficier de prévention ou d'éducation portant sur la santé sexuelle et reproductive. Par contre, la stigmatisation reste un obstacle important au dépistage. Les femmes qui déclarent hésiter à **récupérer les résultats du test**, car elles ont peur de la réaction de leur entourage si le test est positif, ont moins de chances de se faire dépister.

Concernant **les jeunes hommes, le nombre de partenaire(s) sexuelle(s) autre(s) que l'épouse** au cours des 12 derniers mois est significativement lié au fait de se faire dépister. Ainsi, les hommes qui ont eu une, deux ou plus de partenaires ont respectivement 2,19 et 2,05 fois plus de chances de se faire dépister que les hommes qui n'ont pas eu d'autre partenaire, les jeunes hommes ayant des pratiques à risque se faisant davantage dépister. Par ailleurs, les jeunes hommes déclarant qu'ils **achèteraient des légumes à un marchand avec le VIH** ont plus de chances d'être dépistés, les jeunes hommes bénéficiant d'une sensibilisation et éducation au VIH stigmatisent moins les porteurs du VIH.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Les associations de lutte contre le sida chez les jeunes et les adolescent(e)s (espaces amis des jeunes...) devraient être généralisées et couvrir l'ensemble du pays.

* Les pairs éducateurs, les relais communautaires ainsi que les différentes confessions religieuses devraient être davantage impliqués dans la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent(e)s.

* Des modules et des outils d'éducation à la santé et de prévention des IST et du VIH devraient être développés par les ministères de l'éducation et de la santé pour être adaptés à un public d'âge scolaire.



9 Eau, assainissement et hygiène

ACCÈS À L'EAU

Les données de l'EDS indiquent que près de 83 % des ménages ont accès à une **source d'approvisionnement en eau de boisson améliorée**. Le fait de **vivre en milieu urbain** fait une très grande différence dans le fait de disposer ou non d'une source améliorée d'approvisionnement en eau boisson : les ménages urbains ont 3,43 fois plus de chances d'avoir accès à une source d'eau de boisson améliorée que les ménages ruraux.

L'accès à l'eau de boisson améliorée semble plus généralement en lien avec les variables d'**accès à l'assainissement**. Ainsi les ménages disposant de toilettes améliorées ont également plus de chances d'avoir une source d'eau de boisson améliorée.

Les ménages qui n'ont pas de **pièce séparée pour faire la cuisine** ont moins de chances de disposer d'une source d'eau de boisson améliorée, ce qui induit plus généralement qu'une meilleure qualité de l'habitat va de pair avec un meilleur accès à l'eau. Enfin, le **quintile de bien-être économique** apparaît comme un facteur clé, plus le ménage est favorisé, meilleur est l'accès à une source d'eau de boisson améliorée.

L'accès à l'eau se mesure également par le **temps nécessaire pour se rendre à la source** pour s'approvisionner. Les inégalités peuvent être importantes entre ceux qui mettent moins ou plus de 30 minutes pour s'approvisionner en eau : en milieu urbain, la majorité des ménages (42,6 %) a accès à l'eau sur place contre 1,2 % des ménages ruraux ce qui explique leurs temps d'approvisionnement en eau plus court. Globalement, l'accès à l'eau est lié à l'assainissement (toilettes améliorées), à l'hygiène (eau et savon pour se laver les mains), au fait d'avoir de l'électricité et plus généralement à l'indice de bien-être.

Le lieu de résidence est discriminant dans la mesure où les ménages urbains ont 1,68 fois plus de chances que les ménages ruraux de mettre moins de 30 minutes pour s'approvisionner, ce qui est directement lié au fait que plus de ménages vivent en milieu urbain. Enfin, **l'âge du chef de ménage** est également important dans le sens où les ménages dont le chef est jeune (15 à 24 ans) mettent systématiquement plus de temps pour s'approvisionner en eau que les ménages dont le chef est plus âgé.

MÉNAGE UTILISANT HABITUELLEMENT DES TOILETTES AMÉLIORÉES

39,4 % des ménages utilisent des toilettes améliorées. Les différences entre milieu urbain et rural sont limitées (respectivement 38 % et 40 %) s'expliquant par le fait que les toilettes partagées ne sont pas considérées comme des toilettes améliorées, quelles que soient leurs caractéristiques. 42 % des ménages urbains contre 7 % des ménages ruraux

utilisent des toilettes partagées, cela exclut donc une part importante de ménages urbains à être considérés comme utilisant des toilettes améliorées quand bien même les conditions de ces toilettes sont satisfaisantes.

Les variables en **lien avec l'habitat** (source d'eau de boisson améliorée, avoir une pièce à part pour la cuisine) ou les **possessions** (terres utilisables pour l'agriculture et bétail) ont une influence forte sur le fait que le ménage dispose de toilettes améliorées.

D'une façon générale, les variables en lien avec le quintile de bien-être économique s'avèrent importantes et les ménages les plus pauvres restent très défavorisés. Les ménages du quintile riche ont 4,8 fois plus de chances d'avoir des toilettes améliorées que les ménages les plus pauvres.

MÉNAGE POUR LEQUEL DE L'EAU ET DU SAVON SONT DISPONIBLES POUR LE LAVAGE DES MAINS

L'adoption de pratiques d'hygiène appropriées comme le lavage des mains après ou avant les moments clé (après être allé aux toilettes, avant de préparer le repas, avant de prendre son repas, avant l'allaitement ou avant de nourrir son enfant) nécessite qu'un certain nombre de conditions soient réunies et en tout premier lieu que de l'eau et du savon soient disponibles. L'EDS III a demandé aux enquêteurs d'observer si de l'eau et du savon étaient disponibles à l'endroit où les membres du ménage se lavent les mains, ce qui a été observé dans 5,3 % des cas seulement.

On note des inégalités géographiques avec les régions Ouest et Centre-Est, qui sont défavorisées, et les **ménages de milieu urbain** qui ont 1,63 fois plus de chances d'avoir de l'eau et du savon disponibles au point de lavage des mains que les ménages de milieu rural. Par ailleurs, **l'âge du chef de ménage** ressort comme un facteur discriminant, en effet les ménages tenus par un chef plus âgé (65 ans et plus) ont moins fréquemment de l'eau et du savon au point de lavage des mains.

Enfin, les **conditions de vie** ressortent comme un facteur important: d'une part, plus le ménage dispose de **chambres pour dormir**, plus les chances qu'il ait de l'eau et du savon au point de lavage des mains sont grandes; d'autre part, les ménages qui ont des **toilettes améliorées** ont 2,16 fois plus de chances d'avoir de l'eau et du savon à disposition.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Afin de réduire les inégalités géographiques en matière d'eau et d'assainissement, il serait pertinent de s'inspirer des interventions exemplaires qui ont permis

d'améliorer l'accès à l'eau et l'assainissement comme dans les provinces de Bururi, Muramvya ou Karusi.

* La promotion de l'hygiène, l'eau et l'assainissement devrait faire l'objet d'un module spécifique à l'école.



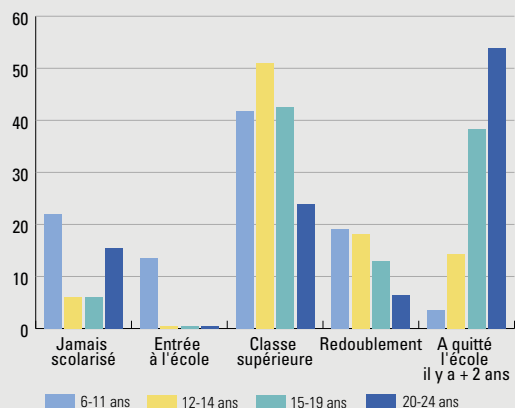
10 Scolarité

35,6 % des femmes et 25,7 % des hommes n'ont aucune instruction. On constate une amélioration par rapport aux générations plus anciennes, les générations plus jeunes – c'est-à-dire les personnes de 45 ans et plus pour les hommes et de 40 ans et plus pour les femmes – sont moins fréquemment sans aucune instruction.

Les données de l'EDS III révèlent cependant que le niveau le plus fréquemment atteint reste pour les deux sexes un « primaire incomplet ». Cela signifie que pour ceux qui ont été à l'école, un grand nombre a abandonné sa scolarité avant d'avoir achevé le niveau primaire, ce qui reste très insuffisant pour acquérir et maîtriser les bases de la lecture, de l'écriture et du calcul.

Les inégalités entre les provinces indiquent que c'est de loin à Bujumbura Mairie que la proportion d'individus ayant achevé le niveau primaire est la plus forte, avec un taux de près de 70 %. À l'opposé, les provinces de Karusi et Kirundo ont la part la plus faible de personnes ayant achevé le niveau primaire. Plus généralement, les provinces du Nord souffrent d'un déficit d'instruction dans la mesure où près de 80 % des individus n'ont soit aucune instruction, soit n'ont pas achevé le niveau primaire. Des obstacles importants semblent donc exister dans ces provinces, sachant que la pauvreté y est plus forte, l'état de santé des femmes et des enfants y est moins bon.

Graphique 7: Statut de la fréquentation scolaire selon l'âge (% d'enfants)



Le graphique 7 indique la fréquentation scolaire au moment de l'EDS III selon les groupes d'âge scolaire suivants: 6 à 11 ans pour le niveau primaire; 12 à 14 ans pour le cycle 4 du primaire, 15 à 19 ans pour le niveau secondaire et 20 à 24 ans pour le niveau supérieur.

Il est préoccupant de voir que plus de 15 % des jeunes de 20 à 24 ans n'ont jamais été scolarisés et ne savent donc ni lire ni écrire. 53,8 % des jeunes de 20 à 24 ans ont quitté l'école depuis plus de 2 ans. De 12 à 14 ans, 14,3 % des enfants ont déjà quitté l'école depuis plus de 2 ans, ce qui signifie qu'ils ont arrêté leur instruction en cours de primaire. Les taux de redoublement sont également importants avant 14 ans avec respectivement 19,1 % et 18,1 % des enfants de 6 à 11 ans et de 12 à 14 ans redoublant, ce qui peut signifier un décrochage scolaire.

Par ailleurs, les enfants ruraux sont plus de 2 fois plus nombreux que les enfants urbains à ne pas être scolarisés au-delà de 6 ans, ce qui suggère qu'ils n'iront sans doute jamais à l'école. Ils sont également moins nombreux à passer dans la classe supérieure et redoublent davantage.

PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

- * L'instruction devrait être encouragée chez les jeunes afin que davantage achèvent au moins le niveau primaire. Les provinces du Nord et les plus pauvres devraient être particulièrement ciblées.
- * La communauté doit être sensibilisée à l'importance d'instruire les petites filles, dès leur plus jeune âge et le plus longtemps possible.
- * Les établissements scolaires devraient mettre en place un meilleur suivi des élèves, afin de limiter les abandons, les redoublements et le décrochage scolaire.
- * Les parents devraient être davantage sensibilisés à l'importance de l'instruction de leurs enfants.

11 Enfants vivant séparés de leur famille

Le “confiage” est une pratique qui consiste à placer les enfants dans une autre famille par solidarité familiale et constitue un phénomène ancien. Les causes traditionnellement observées sont diverses: maladies, décès, séparation des parents, entraide familiale, socialisation / instruction ou renforcement des liens familiaux.

Les EDS ne collectent pas directement d’information sur le confiage mais elles demandent à chaque individu de moins de 18 ans si sa mère et son père vivent dans le ménage avec lui; on peut supposer que les enfants ne résidant avec aucun des deux parents se trouvent dans une situation de confiage.

La majorité des enfants vit avec ses 2 parents (67,3 %) et plus du tiers des enfants de moins de 18 ans vit soit avec un seul parent (22,5 %), soit sans aucun de ses parents au sein du ménage (10,2 %). Lorsque les enfants vivent séparés de leurs deux parents, ils sont à 43,9 % avec leurs grands-parents et à 27,2 % avec un autre parent. Dans 19,3 % des cas, ils vivent dans un ménage dans lequel ils n’ont aucun lien de parenté avec le chef de ménage (graphique 8).

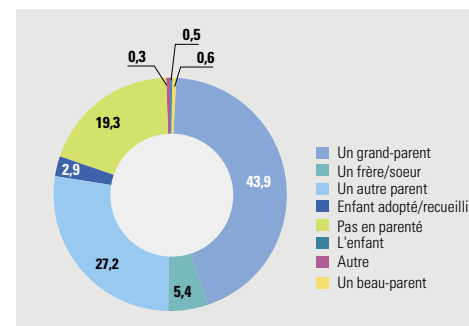
Les enfants qui vivent sans aucun de leurs parents font plus souvent partie du quintile de bien-être le plus riche (38,2 %) ce qui suggère qu’ils ne vivent pas dans des conditions socio-économiques moins bonnes que les enfants vivant avec un seul ou les deux parents. Les enfants vivant séparés de leurs parents sont plus souvent des filles et vivent plus souvent dans un ménage dont le chef est un homme. À l’opposé, lorsque les enfants vivent avec un seul parent, il s’agit a priori de leur mère.

Par ailleurs, les enfants vivant séparés de leur parent ont plus souvent atteint un niveau au moins égal au secondaire que les enfants vivant avec un ou les deux parents. Ils sont aussi nettement moins nombreux à n’avoir aucune instruction.

Ces observations indiquent donc que les enfants vivant séparés de leur famille ne sont pas défavorisés ou en plus grande difficulté que ceux vivant avec leur(s) parent(s).

Lorsqu’on considère l’âge des enfants, on constate que le profil des enfants qui vivent séparés de leurs parents est différent de celui des enfants qui vivent avec un ou les deux parents. Ils sont une majorité à avoir de 10 à 14 ans (38,6 %) et plus d’un quart des enfants est âgé de 15 à 17 ans, ce qui pourrait signifier que les enfants qui vivent séparés de leur famille le font pour la poursuite de leurs études. Par ailleurs, il y a sensiblement plus d’enfants vivant séparés de leurs parents en milieu urbain qu’en milieu rural.

Graphique 8 : Pourcentage d'enfants vivant séparés de leurs deux parents selon le lien avec le chef de ménage



12 Genre

Les violences basées sur le genre comprennent tout acte de violence dirigée à l'encontre d'une personne du fait de son sexe, et tout acte perpétré contre la volonté d'un être humain sur la base de différences sexuelles. Cette violence comprend les actes qui infligent une souffrance, une contrainte et des privations de liberté. Les violences basées sur le genre concernent aussi bien les hommes que les femmes quel que soit leur âge, bien que les femmes et les jeunes filles soient les plus visées.

L'EDS III a collecté un nombre important de données sur la violence basée sur le genre, et a abordé notamment la violence conjugale qui peut être de différents types : physique, sexuelle et émotionnelle.

VIOLENCES CONJUGALES

47 % des femmes ont déclaré avoir déjà subi des violences conjugales au cours de leur vie contre 8,7 % des hommes. Pour les femmes, les violences physiques restent de loin le type de violences conjugales le plus fréquent (41,6 %) alors que chez les hommes, il s'agit de la violence émotionnelle (18,7 %). Dans tous les cas, les femmes sont davantage victimes de violences conjugales que les hommes, quel qu'en soit le type ; plus d'un quart des femmes ont déjà subi des violences sexuelles contre 5 % des hommes, sachant que plusieurs formes de violences peuvent se combiner.

Les femmes comme les hommes ayant atteint au moins le niveau secondaire et appartenant au quintile de bien-être le plus riche ont moins de risques d'être victimes de violences conjugales, mais même parmi les catégories de femmes a priori les plus favorisées, près d'1/3 des femmes en ont déjà subi. Pour celles-ci, on note de fortes inégalités selon les provinces avec des taux allant de 29,6 % à Bujumbura Mairie à 69,6 % à Kirundo. Pour les hommes également, il y a des variations importantes avec aucun homme ayant déclaré avoir subi des violences conjugales à Karusi contre plus de 16 % à Mwaro et Kirundo.

Parmi les facteurs influençant la survenue de violence conjugale, on relève comme facteur clé **la fréquence d'alcoolisation du conjoint** tant pour les hommes que les femmes, plus le conjoint boit souvent, plus les risques de violences conjugales sont importants. Par exemple, lorsque l'époux boit souvent, la femme a 7,7 fois plus de risques de subir des violences conjugales que lorsque l'époux ne boit jamais. De même, lorsque l'homme ou la femme a déjà blessé physiquement son conjoint alors que celui-ci ne le/la battait pas, il y a plus de risques de violences conjugales. Cela suggère que lorsque la violence est présente au sein du couple, les risques de violences conjugales sont augmentés.

Pour les femmes, le climat de violence dans lequel elle a grandi ressort aussi comme un facteur déterminant, les violences conjugales semblent se reproduire d'une génération à l'autre : lorsque la femme a grandi dans un foyer où **le père battait la mère**, la femme a elle-même 1,58 fois plus de risques de subir ces violences.

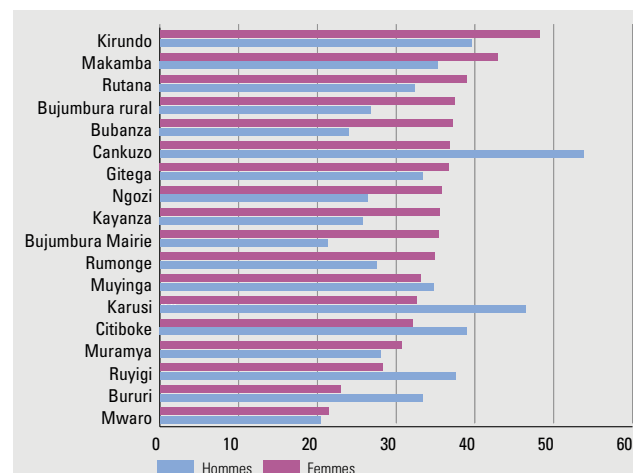
BLESSURES DUES À DES VIOLENCES CONJUGALES

41,0 % des femmes de 15-49 ans en union ou rupture d'union ont déjà subi au moins une blessure liée à de la violence conjugale, indiquant que la violence conjugale reste une problématique importante au sein de la société burundaise, tant dans les chiffres que dans la gravité. On retient aussi que la fréquence d'alcoolisation du conjoint est un facteur aggravant pour les 2 sexes : les risques d'être blessés lors de violences conjugales sont 2,53 fois plus importants pour les femmes lorsque le conjoint boit souvent.

RECHERCHE D'AIDE POUR METTRE FIN À LA VIOLENCE CONJUGALE

35,8 % des femmes et 31 % des hommes victimes de violences conjugales sont allés **chercher de l'aide pour mettre fin à la violence conjugale**. Concernant le type d'aide recherché, la stratégie des hommes et des femmes est différente. Les femmes sont 40 % à aller vers leur propre famille, 33 % à aller dans leur belle famille et 30 % à aller demander de l'aide à un voisin, ce qui peut limiter la prise en charge des violences conjugales. À l'opposé, si les hommes se rendent également davantage dans leur propre famille (24 %),

Graphique 9 : Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont recherché de l'aide pour mettre fin aux violences conjugales selon la province



PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

- * La loi portant sur la prévention, la protection des victimes et la répression des violences basées sur le genre devrait être appliquée. D'autres lois ou politiques appropriées devraient être décidées afin de couvrir les aspects éventuels non pris en compte par les lois actuelles.
- * Les campagnes de lutte contre les violences conjugales ciblant les hommes et les femmes devraient être renforcées, et avoir lieu tout au long de l'année.

- * Les services d'aide et de prise en charge globale (médicale, judiciaire, juridique, psychologique et réintégration communautaire) des victimes de violences conjugales devraient être renforcés et étendus afin de toucher l'ensemble de la communauté.
- * Des campagnes de lutte contre l'alcoolisme devraient être menées et être combinées à la lutte contre la violence conjugale.
- * Les enfants et adolescents devraient être sensibilisés dès leur plus jeune âge

à la lutte contre les violences et contre l'alcoolisme, notamment grâce à des outils pédagogiques adaptés, partagés notamment pendant le cursus scolaire.

- * Afin de mieux comprendre les mécanismes déclenchant les violences basées sur le genre et d'approfondir les différences observées entre les femmes et les hommes, des études qualitatives devraient être menées (entretiens, focus groupes, etc.).



ils sont 20,5 % à se rendre dans un service social et 19,3 % chez un homme de loi. Mais, pour eux aussi la prise en charge par un professionnel reste limitée.

D'une façon générale, les hommes et les femmes les plus instruits et appartenant aux quintiles de bien-être les plus élevés recherchent moins d'aide que les personnes pas ou peu instruites et plus pauvres. Cela indique que les personnes de milieu privilégié peuvent être davantage gênées pour rechercher de l'aide afin de stopper les violences dont elles sont victimes.

On constate aussi de fortes inégalités géographiques, tant pour les hommes que pour les femmes, ce qui laisse supposer que les structures d'aide sont diversement disponibles sur le territoire.

INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES LIÉES AU GENRE

Les violences liées au genre s'observent également d'un point de vue économique. En effet, les femmes sont plus souvent confrontées à la pauvreté ou la précarité économique que les hommes. Les ménages dont le chef est un homme ont 1,6 fois plus de chances d'appartenir à un ménage parmi les plus riches que si le chef de famille est une femme. Si on observe les caractéristiques de ces femmes cheffes de ménage, on voit qu'elles sont largement localisées dans les provinces du Nord et du Centre-Est où il subsiste une poche de pauvreté importante avec entre 75 % et 87 % de femmes cheffes de ménages appartenant aux quintiles les plus pauvres.

C'est à mettre en lien avec la situation particulièrement difficile dans ces zones où la pression sur les terres agricoles est plus forte, impliquant que les femmes peuvent être davantage privées de l'accès aux terres que les hommes, et peuvent se trouver dans une situation de plus grande vulnérabilité. Les femmes pauvres sont également massivement localisées en milieu rural, et par ailleurs sont le plus souvent sans instruction.

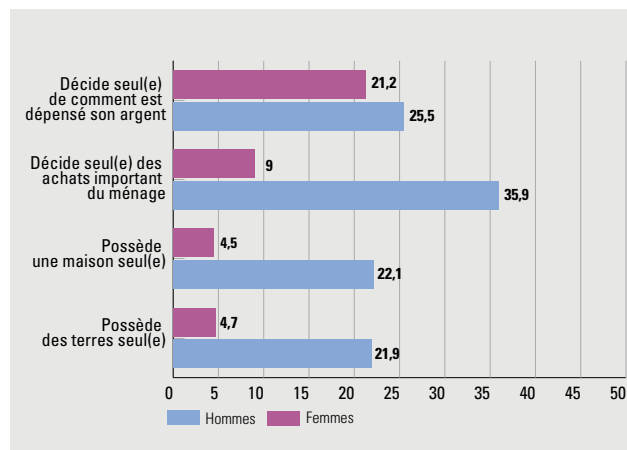
Par rapport à l'état matrimonial, les femmes jamais en union sont 59,1 % à être pauvres, contre 56,5 % chez les femmes mariées ou en couple et 76,8 % chez les femmes divorcées, séparées ou veuves.

FAIBLE AUTONOMIE DES FEMMES

Plus généralement, les inégalités économiques dont sont victimes les femmes sont corrélées à leur faible autonomie. En comparaison des hommes, elles décident moins fréquemment seules de comment dépenser leur argent, elles décident nettement moins souvent seules que les hommes pour l'achat de biens importants dans le ménage (9 % contre 36 %). Pour la possession de maison et de terres, les femmes sont plus de 4 fois moins nombreuses que les hommes à ne pas posséder de maison ou de terres seules.

Cela indique donc une faible autonomie des femmes tant pour la prise de décision que pour leur accès à la propriété.

Graphique 10 : Indicateurs d'autonomie dans la prise de décision et de la possession



PISTES D'AMÉLIORATION >>> RECOMMANDATIONS

* Toutes les parties prenantes devraient être impliquées dans le développement de l'autonomie des femmes. L'ensemble de la communauté devrait être sensibilisé à la nécessité de faire diminuer les inégalités entre les sexes et à l'importance d'améliorer la place des femmes et de leur statut au sein de la société.

* Des interventions visant à aider les femmes à développer des activités génératrices de revenus et à devenir plus autonomes devraient être renforcées dans les régions du Nord et du Centre-Est.

* Le champ d'intervention de ces programmes pour l'autonomie des femmes doit aller au-delà de l'autonomie économique ou financière.

* Les projets ou interventions en lien avec l'autonomisation de la femme devraient faire l'objet d'une évaluation, afin que les approches réussies puissent servir d'exemples.

4 Conclusions

Conclusions

► **Concernant la santé maternelle**, moins de la moitié des femmes reçoivent au moins 4 CPN et effectuent leur 1^{re} visite prénatale durant le 1^{er} trimestre de grossesse. À peine plus de 50 % des femmes bénéficient de soins postnatals dans les 24 heures suivant l'accouchement.

► **La planification familiale (PF)** reste limitée, 30 % des femmes ont des besoins en matière de PF non satisfaits. Le faible niveau d'instruction et leur appartenance à un quintile de bien-être économique défavorisé restent des obstacles à une plus large utilisation de la contraception.

► **La mortalité des enfants** reste un problème de santé publique, son niveau élevé indique qu'il correspond aux conditions d'un pays en développement.

La vaccination des enfants est répandue, 85 % des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés mais il y a de fortes variations au niveau des provinces et le niveau d'instruction des mères est un facteur discriminant. Pour ce qui est de **la morbidité avant 5 ans**, 7 % des enfants ont souffert de toux avec symptômes d'IRA dans les deux semaines précédant l'enquête, 40 % ont souffert de fièvre et 22,5 % ont souffert de diarrhées. Pour les trois maladies, il ressort que les risques de maladie surviennent surtout après les 6 premiers mois de vie.

► **L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans** reste préoccupant avec 56 % d'enfants souffrant de malnutrition chronique et 60 % souffrant d'anémie. La malnutrition chronique débute essentiellement avec l'arrêt de l'allaitement exclusif, vers 6 mois. La forte anémie des enfants est à relier avec l'épidémie de paludisme qui a eu lieu durant la période de collecte des données. Par ailleurs, les pratiques nutritionnelles sont insuffisantes pour les enfants de 6 à 23 mois encore allaités.

► **L'état nutritionnel des mères** reste également critique avec 18 % des femmes de 15 à 49 ans qui souffrent de maigreur et près de 40 % des femmes atteintes d'anémie. La forte hausse de la prévalence de l'anémie entre 2010 et 2016 correspond à l'épidémie de paludisme durant la période de l'EDS III.

► **Concernant la fécondité précoce**, il s'avère que le suivi de grossesse des jeunes femmes n'est pas moins bon que celui des femmes tous âges confondus. Cependant elles donnent davantage naissance à des enfants de faible poids et souffrent plus d'anémie.

► **La problématique du VIH** est essentielle pour la santé des jeunes, seuls 53 % des filles de 15 à 24 ans et 56 % des jeunes hommes ont une connaissance complète du VIH. Les obstacles à une bonne connaissance du VIH proviennent du fait d'être peu ou pas instruit, de vivre en milieu rural et d'être pauvre. Seuls 28 % des jeunes hommes se sont déjà fait dépister contre 45 % des jeunes femmes.

► **L'accès à l'eau** s'avère satisfaisant dans la mesure où 83 % des ménages ont accès à une source d'eau améliorée pour boire, bien que plus de 40 % mettent plus de 30 minutes pour s'approvisionner en eau au Burundi. L'assainissement reste insuffisant avec moins de 40 % des ménages disposant des toilettes améliorées. L'hygiène reste toujours un problème important.

► 35,6 % des femmes et 25,7 % des hommes sont **sans instruction**, 39,2 % des femmes et près de 45 % des hommes ont achevé le niveau primaire. Le niveau le plus fréquemment atteint est un niveau primaire incomplet.

► **Les enfants qui vivent séparés de leurs parents** vivent le plus souvent avec leurs grands-parents ou un autre membre de la famille, dans un ménage plutôt favorisé. De plus, ils ont atteint un niveau d'instruction plus élevé ce qui indique qu'ils font plutôt partie d'une tranche favorisée de la population.

► **La violence conjugale** reste une problématique essentiellement féminine puisque 47 % des femmes ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie contre 8,7 % des hommes. Les relations de pouvoir inégalitaires qui se manifestent par une affectation non concertée des revenus du ménage et qui ne respecte pas ses priorités engendrent des violences à l'endroit de la femme. L'une des manifestations de ce manque de priorisation est l'affectation du revenu à l'alcoolisme du conjoint, un déterminant clé qui augmente significativement les risques de violences. Les violences basées sur le genre ont une influence sur l'économie. On constate que les ménages dont le chef est une femme appartiennent moins souvent aux quintiles de bien-être les plus riches.

Ce constat renvoie plus largement à **la faible autonomie des femmes**, tant d'un point de vue économique que dans la prise de décision.

Abréviations

BCG	Bacille Calmette-Guérin
CPN	Consultation prénatale
CPN4	4 ^{ème} consultation prénatale
DTC	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EAH	Eau, assainissement et hygiène
EDS	Enquête démographique et de santé
IMC	Indice de masse corporelle
IRA	Infection respiratoire aiguë
IST	Infection sexuellement transmissible
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
SD	Standard Deviation (écart type)
S & E	Suivi et évaluation
SMR	Solution maison recommandée
Swiss TPH	Institut Tropical Suisse et de Santé Publique <i>(Swiss Tropical and Public Health Institute)</i>
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNWOMEN	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women

Les analystes des données secondaires de l'EDSIII par thématique

1. Santé maternelle : accès aux services SONU ; mortalité maternelle

Mbonicuye Hélménégilde
Masabarakiza Prosper

2. Planification familiale : Utilisation des méthodes modernes ; Satisfaction des besoins

Segamba Léonce
Kayiro Pierre Claver

3. Santé des enfants : mortalité des enfants ; vaccination

Sindayikengera Onésime
Bahimana Adolphe

4. Santé de l'enfant : maladies infantiles, recherche des soins pour l'enfant ; WASH

Rumuri Berny Christian
Irayibutse Fidèle
Nibigira Mélance

5. Malnutrition des enfants : malnutrition des enfants, anémie des enfants ; alimentation adéquate

Shuguru Richard
Munezero Florence

6. Malnutrition des femmes : malnutrition des femmes, anémie de la femme

Nikwibitanga Ambroise
Ndikumana Alain

7. Scolarité et confiage des enfants : scolarité des enfants ; les enfants qui ne vivent pas au sein de leurs familles

Ndagijimana Pascal
Bamboneyeho Jean de Dieu

8. Violences liées au genre : violences conjugales ; violences liées au genre

Ntagahoraho Thierry
Munezero Priscille

9. Inégalités de genre : facteurs socioéconomique, conditions socio-économiques et genre

Dunia Prudence
Ndayikeza Michel Armel

Conception graphique et réalisation : Claire Mabile - ClairmabStudio

Impression : STIPA

Crédits photos :

© UNICEF Burundi : Zineb Boujrada ; Rosalie Colfs, Aziz Froutant,

Juan Haro, Yves Nijimbere, Olivier Pirard, Karel Prinsloo.

@UNFPA Burundi : Queen Nyeniteka, Yolande Magonyagi

ISTEEBU BURUNDI

Quartier INSS,
Avenue de l'Aviation, Numéro 6
B.P. 1156 Bujumbura
Tél : +257 22 22 67 29/
+257 22 22 21 49/
+257 22 21 67 34
Fax : + 257 22 22 26 35
E-Mail : isteebu@isteebu.bi
ou isteebubdi@gmail.com

Suivez-nous avec nous :



www.isteebu.bi



[@isteebuB](https://twitter.com/isteebuB)



<http://www.facebook.com/UNICEFBurundi>

UNFPA BURUNDI

3, UNTanganyika House,
Kabondo Ouest, Avenue Gitega
B.P 1490 Bujumbura
Tél : +257 22 20 35 00
Email : burundi.office@unfpa.org

Suivez-nous avec nous :



burundi.unfpa.org



<https://twitter.com/unfpaburundi>



<http://www.facebook.com/unfpaburundico>

UN WOMEN Burundi

3, UNTanganyika House,
Kabondo Ouest, Avenue Gitega
B.P 1490 Bujumbura
Tél : +257 22 22 13
Email : burundi.co@unwomen.org

Suivez-nous avec nous :



www.unwomen.org



https://twitter.com/un_women



<http://www.facebook.com/unwomen>

UNICEF BURUNDI

3 UNTanganyika House,
Kabondo Ouest, Avenue Gitega
B.P. 1650 Bujumbura
Tél : +257 22 20 2000
Fax : +257 22 22 5190
email : bujumbura@unicef.org

Suivez-vous avec nous :



www.unicef.org



https://www.instagram.com/unicef_burundi



<http://www.facebook.com/UNICEFBurundi>