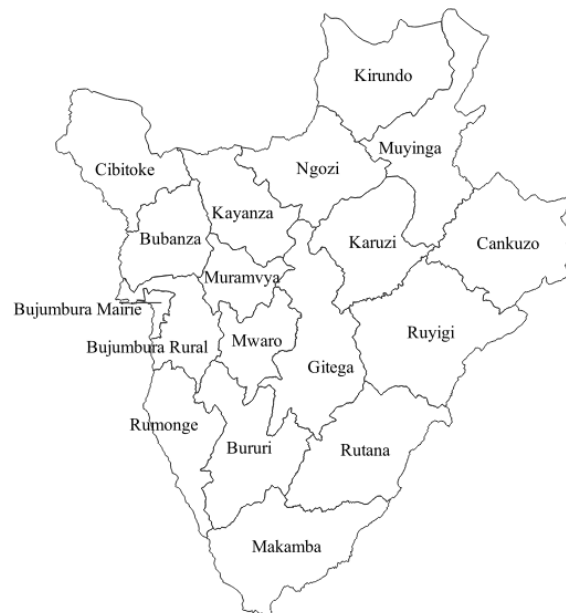




**CARTOGRAPHIE DES DONNÉES/CONNAISSANCES  
RELATIVES A LA SANTE SEXUELLE ET  
REPRODUCTIVE ET LES DROITS Y RELATIFS AU  
BURUNDI AU COURS DES DIX DERNIERES ANNÉES  
(2014-2023)**

**RAPPORT FINAL**



## **REMERCIEMENTS**

Au terme de cette revue documentaire sur la santé sexuelle et reproductive et les droits y afférents au Burundi, couvrant la période 2014-2023, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude :

- Aux enquêtrices et enquêteurs qui ont dû surmonter diverses difficultés pour accéder aux informations nécessaires à notre étude
- A tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont facilité le déroulement de notre mission.

Nous remercions les organisations qui ont bien voulu nous accueillir dans leurs locaux et celles qui ont partagé leurs ressources pour le bon déroulement de cette initiative.

Nous exprimons notre sincère reconnaissance à Share-Net Burundi pour avoir financé cette recherche et la production de ce rapport, contribuant ainsi à l'amélioration des connaissances sur la SSR dans le pays.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	i
TABLE DES MATIERES.....	ii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	v
RESUME EXECUTIF.....	1
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	4
I.1. Contexte et justification.....	4
I.2. Définition des concepts.....	5
I.3. Justification de l'étude.....	8
I.4. Hypothèses.....	9
I.5. Questions d'étude.....	9
I.6. Objectif général.....	9
I.7. Objectifs spécifiques.....	9
CHAPITRE II. METHODOLOGIE.....	12
II.1. Type d'étude, Cadre et champ d'étude.....	12
II.2. Période d'étude.....	12
II.3. Population cible.....	12
II.4. Echantillonnage.....	13
II.5. Déroulement de l'étude.....	13
II.6. Méthodes de recherche et sources de données.....	13
II.7. Processus de sélection.....	14
II.7.1. Critères d'inclusion.....	14
II.7.2. Critères d'exclusion.....	15
II.8. Synthèse des données.....	17
II.9. Considérations administratives éthiques.....	17
CHAPITRE III. RESULTATS.....	18
III.1. Analyse quantitative.....	18

III.1.1. Année de publication.....	18
III.1.2. Type.....	19
III.1.3. Provinces d'étude.....	20
III.1.4. Langue de publication.....	22
III.1.5. Thématique.....	23
III.2. RESULTATS PAR THEMATIQUE.....	24
III.2.1. Planning Familial.....	24
III.2.2. Violences basées sur le genre.....	38
III.2.3. La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.....	40
III.2.4. VIH/SIDA.....	50
III.2.5. Sante maternelle et infantile.....	59
III.2.6. Egalite du genre.....	61
III.2.7. Gestion de la chaîne d'approvisionnement.....	62
III.2.8. Médias.....	62
III.2.9. Sante menstruelle.....	65
III.2.10. Diversité et inclusion.....	70
CHAPITRE IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	72
IV.1. CONCLUSIONS.....	72
IV.2. RECOMMANDATIONS.....	74
IV.3. Limites et contraintes.....	76
REFERENCES.....	78
ANNEXE.....	85

**LISTE DES GRAPHIQUES**

Figure 1: Organigramme PRISMA .....	16
Figure 2: Répartition des documents selon l'année de publication.....	18
Figure 3: Répartition selon les types des documents.....	19
Figure 4: Distribution géographique des données revues.....	20
Figure 5: Distribution géographique des rapports d'étude .....	21
Figure 6: Répartition des documents selon les langues de publication .....	22
Figure 7: Répartition des documents selon la thématique .....	23
Figure 8: Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union sous méthodes contraceptives moderne par province selon le rapport de l'ISTEEBU en 2017.....	25
Figure 9: Nombre de grossesses des élèves enregistrées par province pour l'année scolaire 2018-2019 .....	42
Figure 10: Nombre de grossesses des élèves enregistrées par province pour l'année scolaire 2022-2023 .....	43
Figure 11: Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon l'EDS 2016-2017 .....	47

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

ABEM	: Association Burundaise des Etudiants en Médecine
ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien Etre Familial
CDV	: Conseil Dépistage Volontaires
CIPD 30	: 30 <sup>e</sup> anniversaire de la Conférence Internationale pour la Population et le Développement
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le Sida
COCAFEM	: Concertation des Collectifs des Associations Féminines
SDSR	: Santé Sexuelle et Reproductive et les Droits y relatifs
DTG	: Dolutegravir
EDS	: Enquête Demographique et de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
HAI	: Health Action International
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IFORD	: Institut de Formation et de Recherche Démographique
IRH	: Institute for Reproductive Health
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
ISV	: Initiative Seruka pour les victimes de Viol
MAECD	: Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération au Développement
MENRS	: Ministère de l'Education National et de la Recherche Scientifique
MSFC	: Medical Students For Choice
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	: Organisations Non Gouvernementales

OR	: Odd Ratio
PNDS	: Plan National de Développement du Burundi
PNLS	: Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PRISMA	: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSH	: Personne Sans Handicap
PubMed	: Public Access to Medline
RDC	: République démocratique du Congo
SaCoDé	: Santé Communauté Développement
SADC	: Communauté de Développement de l’Afrique Australe
SDSR	: Santé Droits Sexuels et Reproductifs
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TAR	: Traitement AntiRétroviral
UDI	: Usage des Drogues Injectables
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities
USAID	: U.S. Agency for International Development
VBG	: Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	: Virus de l’Immunodéficience Humaine / Syndrome de l’Immunodéficience Acquise

## RESUME EXECUTIF

La santé sexuelle et reproductive et droits y relatifs (SDSR) est une composante essentielle de la santé publique, influençant significativement le bien-être individuel et communautaire. Au Burundi, malgré son importance capitale, la SSR fait face à de nombreux défis, notamment des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, une prévalence du VIH/SIDA préoccupante et des inégalités d'accès aux services de SSR, en particulier pour les jeunes et les populations vulnérables. Face à ces enjeux, il est crucial de disposer de données solides et actualisées pour éclairer les interventions et les politiques de santé publique.

Cette cartographie, réalisée par l'Association Burundaise des Étudiants en Médecine (ABEM) avec le soutien de Share-Net Burundi, vise à combler le manque de compréhension approfondie de l'état actuel de la SDSR au Burundi. Elle examine systématiquement les données et connaissances disponibles sur la SDSR, couvrant la période de 2014 à 2023, afin d'identifier les tendances, les lacunes et les défis spécifiques.

L'objectif principal de cette étude est de développer une cartographie exhaustive qui capture et visualise les données et les connaissances disponibles sur la SSR au Burundi au cours des dix dernières années. Pour y parvenir, l'étude se fixe les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier et rassembler les sources de données existantes, y compris les études de recherche, les rapports, les notes politiques et autres documents pertinents.
- Organiser et classer systématiquement les informations collectées en fonction de thématiques clés, telles que la planification familiale, la santé menstruelle, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, le VIH/SIDA, et les médias.
- Présenter les connaissances collectées de manière accessible et informative.
- Analyser les tendances, les lacunes et les défis identifiés à partir des données, et formuler des recommandations pour les interventions futures et les priorités de recherche.

L'étude a adopté une approche méthodologique rigoureuse et systématique. Elle repose sur une revue documentaire exhaustive, couvrant la période de 2014 à 2023, et utilisant des sources variées, telles que PubMed, Google Scholar, les sites web



d'institutions clés et des documents internes d'organisations œuvrant dans le domaine de la SSR.

Un total de 74 documents ont été retenus pour l'analyse, après application de critères d'inclusion et d'exclusion stricts. Un formulaire d'extraction de données a été utilisé dans la collecte à l'aide de KoboCollect. L'analyse des données a été effectuée à l'aide d'une approche de synthèse narrative, combinée à l'utilisation de logiciels statistiques (SPSS Statistics 27, Microsoft Office Excel 2016) et de cartographie (QGIS 3.0.2).

L'analyse des données a permis de dégager les résultats clés suivants:

#### Planification Familiale :

- Augmentation constante de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes de 15-49 ans, passant de 18% en 2010 à 23% en 2016-2017.
- Disparités régionales importantes dans la prévalence contraceptive, avec des taux plus élevés dans certaines provinces comme Ngozi et Muyinga, et plus faibles à Makamba et Bururi.
- Déterminants clés de l'utilisation de la contraception : niveau d'éducation, lieu de résidence (urbain vs rural), statut économique, âge, nombre d'enfants, normes sociales, croyances religieuses.

#### Violences basées sur le genre (VBG) :

- Persistance inquiétante des VBG, avec des taux variant de 15 à 76% selon les sources et les années.
- Facteurs contributifs : normes sociales banalisant la violence sexuelle, persistance des inégalités de genre, accès limité à la justice pour les victimes.

#### Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) :

- Taux de grossesse chez les adolescentes toujours élevés, avec des variations régionales et une prédominance en milieu rural.
- Comportements sexuels à risque chez les jeunes, notamment une utilisation insuffisante du préservatif et des partenaires multiples.
- Besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge.

## VIH/SIDA :

- Légère baisse de la prévalence du VIH dans la population générale, passant de 1,4% en 2010 à 0,9% en 2016-2017, mais des taux nettement plus élevés parmi les populations clés (travailleurs du sexe, HSH, UDI).
- Déterminants clés de l'infection au VIH : niveau d'éducation, profession, âge, sexe, lieu de résidence, croyances culturelles, stigmatisation.
- Amélioration de l'accès aux services de dépistage et de traitement du VIH, avec une augmentation du nombre de CDV et de sites de prise en charge des ARV, mais des disparités persistent.

L'étude a également examiné des thématiques telles que la santé menstruelle, la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SSR, le rôle des médias dans la promotion de la SSR, et la diversité et l'inclusion dans l'accès aux services de SSR.

L'étude de cartographie des données sur la SSR au Burundi met en évidence des progrès significatifs dans certains domaines, mais révèle également des défis importants qui persistent. L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive au Burundi nécessite une approche multisectorielle, impliquant le gouvernement, les partenaires au développement, les organisations de la société civile et les communautés locales.

## CHAPITRE I : INTRODUCTION

### I.1. Contexte et justification

La Santé Sexuelle et Reproductive est un domaine essentiel de la santé publique qui a un impact significatif sur le bien-être des individus et des communautés.

L'OMS estime à 300 000 décès le nombre annuel de décès maternels, avec un taux global de mortalité maternelle de 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, variant entre 5 à 10/100 000 pour les pays industrialisés (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord) à plus de 500/100 000 dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. On peut dire que la probabilité de mourir d'une maternité est de 1 sur 25 dans les pays d'Afrique de l'Ouest (Tchad, Centrafrique, Mali), comparée à moins de 1/10 000 en Europe de l'Ouest <sup>1</sup>.

Selon une étude réalisée au Niger en 2020 sur cartographie des acteurs impliqués dans l'éducation à la santé reproductive des adolescents et des jeunes a montré que les principaux problèmes de santé qui affectent les adolescents et les jeunes sont : les grossesses précoces et leurs conséquences sanitaires (fistules obstétricales décès néonataux et maternels), les grossesses non désirées, les avortements provoqués, les IST/VIH/SIDA, les violences sexuelles, l'automédication et les affections gynécologiques<sup>2</sup>.

Au Sénégal, une étude faite par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en 2016 sur la cartographie des interventions en santé sexuelle et en santé de la reproduction des adolescent(e)s et jeunes a souligné que parmi les jeunes femmes de 18-24 ans, un tiers (34 %) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts. Elle indique également qu'en 2013 ; 3,7% des filles âgées de 12-15 ans et 24,5% des filles âgées de 15-19 ans étaient mariées <sup>3</sup>.

Un rapport de cartographie de la santé et des droits sexuels et reproductifs de 2019 de la SADC révèle que la République Démocratique du Congo a enregistré un taux de mortalité maternelle de 693 décès maternels pour 100 000 habitants en 2018. A ce titre, la Tanzanie avait inscrit 398 décès maternels pour 100 000 habitants la même année. Selon ce rapport, la RDC avait un taux de prévalence de la contraception de 20,4 % contre 38,4% en Tanzanie<sup>4</sup>.

Au Burundi, la SDSR constitue une des plus grandes priorités du ministère ayant dans ses attributions, la santé publique et la lutte contre le SIDA et l'Etat en général. Cela se traduit par le simple fait que tous les documents stratégiques nationaux d'orientations (PNDS, PNSR, Vision 2020-2025, déclarations politiques) etc..., ont toujours fait une mention spéciale sur la situation de la SDSR au Burundi et proposent des solutions face aux problèmes.

Parler de sexe et de tout ce qui lui est proche est encore considéré au Burundi comme un sujet tabou pour certains. Pourtant les cas de viols, d'IST/VIH, grossesses non désirées, d'abandons scolaires liés aux grossesses non désirées ne sont pas exception au Burundi. Pour relever ces défis, il est essentiel de disposer de données et de connaissances solides pour informer les interventions et les politiques en matière de SSR.

Cependant, il existe un manque de compréhension approfondie de l'état actuel de la SDSR au Burundi, notamment en ce qui concerne les tendances, les lacunes et les défis spécifiques. Cette étude réalisée par l'Association Burundaise des Etudiants en Médecine (ABEM) et financée par Share-net Burundi vise à combler cette lacune en évaluant de manière systématique les données et connaissances disponibles en matière de SDSR au Burundi pour une amélioration des interventions et des politiques.

## **I.2. Définition des concepts**

**La cartographie des données** : est la représentation de données sur un support réduit représentant un espace généralement tenu pour réel. L'objectif de la carte est une représentation concise et efficace, la simplification de phénomènes complexes (politiques, économiques, climatiques, sociaux) à l'œuvre sur l'espace représenté afin de permettre une compréhension rapide et pertinente <sup>5</sup>.

**Santé sexuelle** : l'OMS définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité » <sup>6</sup>.

**Santé reproductive** est un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre et ont la

capacité de procréer et de décider si elles désirent le faire ou non, ainsi que quand et comment<sup>7</sup>.

**Santé menstruelle** : est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou maladie ou d'infirmité, en relation avec le cycle menstruel<sup>8</sup>.

**La santé sexuelle et reproductive et les droits y relatifs (SDSR)** sont « les droits de toute personne de prendre des décisions libres, informées et responsables et d'exercer un contrôle entier sur les aspects élémentaires de sa vie privée - corps, sexualité, santé, relations avec autrui, liberté de se marier ou non, d'avoir ou non des enfants, et le cas échéant, choix du moment et du partenaire - sans s'exposer à quelle que forme de discrimination, de stigmatisation, de contrainte ou de violence que ce soit<sup>9</sup>.

**Sexualité** : C'est l'ensemble du processus biologique et psychologique qui concourt au développement physique, à la stimulation et aux rapports sexuels, à la reproduction et au contrôle de la fécondité<sup>2</sup>.

**Adolescence** : l'OMS désigne l'adolescence comme « une période qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans ». C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les bases d'une bonne santé<sup>6</sup>.

**Planification familiale** : elle est définie comme un ensemble des méthodes de contraception moderne ou traditionnelle, favorisant une maternité sans risque<sup>10</sup>.

**La contraception** est la prévention intentionnelle de la grossesse par des moyens artificiels ou naturels. La contraception permet aux personnes d'avoir le nombre d'enfants souhaité et de déterminer l'intervalle entre les naissances en différant ou en prévenant les grossesses<sup>11</sup>.

**Egalité Genre** : signifie que les hommes et les femmes jouissent du même statut au sein d'une société donnée. Ce qui veut dire, non pas que les hommes et les femmes sont des personnes identiques, mais que leurs ressemblances et leurs différences sont censées avoir la même valeur. Exemples : égalité devant la loi, égalité d'opportunité y compris l'égalité pour les récompenses du travail, égalité dans l'accès au capital

humain et autres ressources productives qui permettent les opportunités, égalité de voix (la capacité d'influer et de contribuer aux processus de développement)<sup>2</sup>.

**Santé maternelle :** c'est un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle est maternelle lorsqu'elle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement, jusqu' au postpartum : les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins post-natals<sup>10</sup>.

**Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)** sont les infections dues à des bactéries, des virus et des parasites qui sont transmis par contact sexuel, par voie vaginale, anale ou orale. Certaines IST peuvent également se propager par contact sexuel peau contre peau ou par voie non sexuelle, ainsi de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement<sup>11</sup>.

**Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** est un virus qui cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de défense de l'organisme contre les infections et certains types de cancer. Le VIH se transmet par l'échange de liquides biologiques contenant le virus, tel le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales<sup>11</sup>.

**Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)** est le stade le plus avancé de l'infection par le VIH. Il se caractérise par une dégradation profonde du système immunitaire, ce qui entraîne une susceptibilité accrue aux infections graves et maladies opportunistes<sup>11</sup>.

**Un média** est un procédé permettant la distribution, la diffusion ou la communication d'œuvres, de documents, ou de messages sonores ou audiovisuels (presse, cinéma, affiche, radiodiffusion, télédiffusion, vidéographie, télédistribution, télématique, télécommunication)<sup>12</sup>.

**La Violence Basée sur le Genre (VBG)** est une forme de violence orientée vers une personne en fonction de son sexe, de son âge, de sa situation de handicap, de sa race ou de son ethnie. Elle se manifeste par : (i) l'infliction de souffrances ou de préjudices physiques, mentaux ou sexuels ; (ii) la menace de ces actes ; (iii) la coercition ; et (iv) les autres privations de liberté. Même si la VBG concerne aussi bien les femmes que les hommes, les garçons que les filles, les études révèlent qu'elle touche plus les femmes et les filles<sup>13</sup>.

**La diversité** se définit par les différences en matière de race, de couleur, de lieu d'origine, de religion, de statut d'immigrant ou de nouvel arrivant, d'origine ethnique, d'aptitudes, de sexe, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et d'âge<sup>14</sup>.

**L'inclusion** désigne la pratique visant à s'assurer que toutes les personnes sont valorisées et respectées pour leurs contributions et qu'elles reçoivent le même soutien<sup>14</sup>.

**Chaîne d'approvisionnement** : Ensemble des étapes (transformation, conservation, transport, ...) du transfert d'un bien depuis le vendeur initial jusqu'au client ultime<sup>15</sup>.

**L'éducation à la sexualité** est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur le programme d'études qui porte sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les adolescents des connaissances factuelles, des aptitudes, des attitudes et des valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité ; d'établir des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et celui des autres ; et de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie<sup>11</sup>.

### **I.3. Justification de l'étude**

- ✓ **Amélioration de la planification et des politiques publiques** : Une cartographie précise et détaillée des données et connaissances en SSR permettra aux décideurs politiques de mieux comprendre les besoins et de formuler des politiques plus adaptées et efficaces.
- ✓ **Renforcement des capacités des acteurs locaux** : En identifiant les lacunes et les besoins spécifiques, les organisations locales et internationales pourront adapter leurs programmes de manière plus ciblée et efficace.
- ✓ **Sensibilisation et éducation** : Une meilleure connaissance de l'état des lieux en matière de SSR et des droits y relatifs permettra de mener des campagnes de sensibilisation plus informées et de promouvoir une éducation plus complète et inclusive.

#### **I.4. Hypothèses**

- Il y aurait une centaine de sources de données diversifiées et fragmentées sur la SSR au Burundi incluant les études de recherche, les rapports, les notes politiques et autres documents pertinents relatifs à la SSR au Burundi.
- Les informations relatives à la SSR au Burundi seraient organisées et classées en fonction des thématiques telles que la planification familiale, la santé menstruelle, la santé sexuelle reproductive des adolescents, le VIH/SIDA, et les médias.
- Les connaissances collectées sur la SSR au Burundi seraient présentées de manière accessible et informative selon des formats clairs et compréhensibles.
- L'analyse des tendances, des lacunes et des défis identifiés à partir des données sur la SSR au Burundi permettrait de formuler des recommandations pratiques et spécifiques pour améliorer les interventions futures et établir les priorités de recherche pertinentes.

#### **I.5. Questions d'étude**

- Quelles sont les sources de données sur la SSR disponibles au Burundi ?
- Quelles sont les tendances, défis et obstacles actuels en matière de SSR au Burundi ?

#### **I.6. Objectif général**

Développer une cartographie qui capture et visualise les données et les connaissances disponibles relatives à la SSR au Burundi au cours des dix dernières années.

#### **I.7. Objectifs spécifiques**

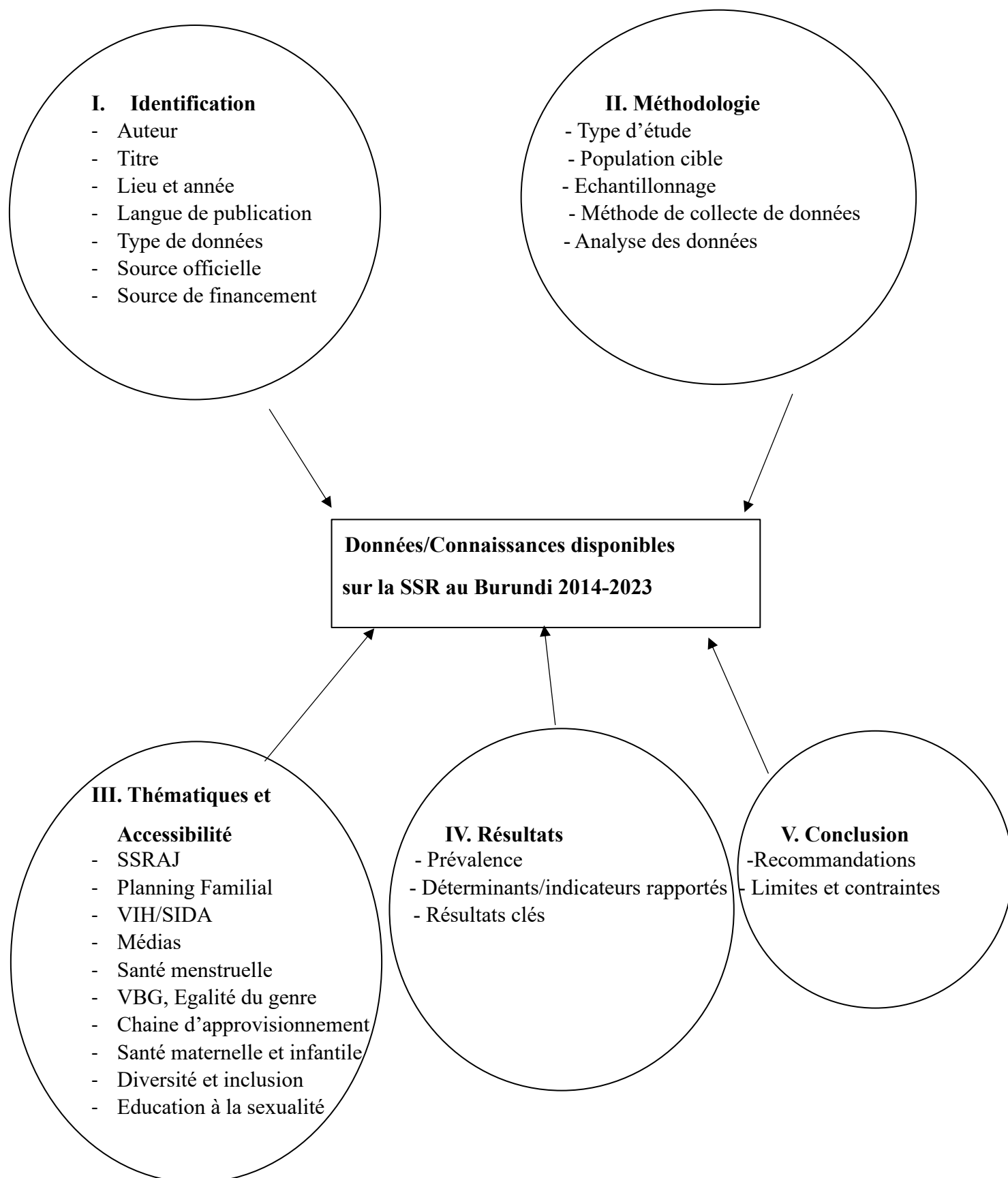
- Identifier et rassembler les sources de données existantes, les études de recherche, les rapports, les notes politiques et autres documents pertinents relatifs à la SSR au Burundi.
- Organiser, classer systématiquement les informations collectées en fonction de domaines thématiques clés répartis à travers les différentes communautés de pratique de Share-Net Burundi telle que la planification familiale, la santé



menstruelle, la santé sexuelle reproductive des adolescents, le VIH/SIDA, et Médias.

- Présenter les connaissances collectées de manière accessible et informative.
- Analyser les tendances, les lacunes et les défis identifiés à partir des données et fournir des recommandations pour les interventions futures et les priorités de recherche.

## I.8. Cadre conceptuel



## CHAPITRE II. METHODOLOGIE

### II.1. Type d'étude, Cadre et champ d'étude

Cette recherche s'appuie sur une revue systématique de la portée (*scoping review*) mixte à visée descriptive, couvrant la période 2014-2023.

Elle s'inscrit dans le cadre de la recherche en santé sexuelle et reproductive, avec une approche systématique basée sur :

- **Sources primaires :**
  - ✓ Articles scientifiques indexés (PubMed, Google Scholar)
  - ✓ Publications académiques évaluées par les pairs
- **Littérature grise :**
  - ✓ Documents politiques et stratégiques
  - ✓ Rapports d'activités
  - ✓ Rapports techniques institutionnels
  - ✓ Notes d'orientation
  - ✓ Documents internes des organisations
- **Champ thématique :**
  - ✓ Santé sexuelle et reproductive
  - ✓ Services SSRAJ
  - ✓ Planning familial
  - ✓ VIH/SIDA
  - ✓ Santé menstruelle
  - ✓ Violence basée sur le genre
  - ✓ Autres thématiques connexes

### II.2. Période d'étude

La période d'étude était étalée de juin à septembre 2024.

### II.3. Population cible

Notre public cible étaient toutes les ONGs, structures, médias travaillant ou produisant des contenus dans le domaine de la SDSR.

## **II.4. Echantillonnage**

Nous avons utilisé un échantillonnage exhaustif. On a inclus toutes les données, connaissances produites en matière de SSR au Burundi.

## **II.5. Déroulement de l'étude**

L'étude a pris 4 mois de juin à septembre 2024. Elle visait à inventorier toutes les sources de données ou connaissances produits en SSR au Burundi une à une. Le premier ouvrage a été choisi aléatoirement dans l'une des sources de données identifiées.

## **II.6. Méthodes de recherche et sources de données**

Cette revue documentaire a été menée selon une approche systématique et exhaustive, couvrant la période de 2014 à 2023. La recherche en ligne a été effectuée dans deux bases de données électroniques majeures : PubMed et Google Scholar. Aucune restriction linguistique n'a été appliquée.

La stratégie de recherche a été élaborée autour de deux concepts principaux : "santé sexuelle" et "santé reproductive". Les termes de recherche comprenaient également : "services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes (SSRAJ)", "planning familial", "VIH/SIDA", "médias", "santé menstruelle", "violence basée sur le genre (VBG)", "égalité du genre", "santé maternelle et infantile", "diversité et inclusion", "gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SSR", et "éducation à la sexualité".

En complément de cette recherche systématique dans les bases de données, nous avons procédé à un examen rétrospectif approfondi des textes intégraux inclus et des publications pertinentes identifiées. Cette démarche visait à repérer d'éventuelles études supplémentaires répondant à nos critères d'inclusion.

La littérature grise a été explorée via le moteur de recherche Google. De plus, des recherches manuelles ciblées ont été effectuées sur les sites web d'institutions et d'organisations clés œuvrant dans le domaine de la SSR. Parmi ces sources, nous avons notamment consulté les ressources en ligne du ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA du Burundi, de l'Institut de Statistiques et d'Études

Économiques du Burundi (ISTEEBU) et du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Notre approche a été enrichie par l'inclusion de documents fournis directement par ces organismes, ainsi que par la consultation sur place de documents non disponibles en ligne dans ces institutions. Cette démarche a permis d'accéder à des informations et données potentiellement non publiées ou d'accès restreint, renforçant ainsi l'exhaustivité de notre revue.

Cette approche multidimensionnelle de la recherche documentaire nous a permis de constituer un corpus exhaustif et représentatif de la littérature scientifique et institutionnelle sur le sujet, couvrant à la fois les articles et les publications académiques évaluées par les pairs, les rapports techniques et politiques, ainsi que les documents internes pertinents des organisations clés dans le domaine de la SSR.

## **II.7. Processus de sélection**

Initialement, tous les titres des documents identifiés ont été importés dans le logiciel de gestion bibliographique Endnote. Cette étape a permis une organisation systématique des références et a facilité l'élimination des doublons, assurant ainsi l'unicité de chaque document dans le corpus à examiner.

### **II.7.1. Critères d'inclusion**

Les documents retenus pour analyse approfondie devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants :

**Période de publication :** Documents publiés entre 2014 et 2023

**Pertinence thématique :** Le contenu du document devait être en rapport direct avec la santé sexuelle et reproductive.

**Type de document :** Étaient inclus les articles scientifiques évalués par des pairs, les publications académiques, les rapports d'études de recherche, les rapports d'activités, les documents stratégiques et politiques ainsi que les revues systématiques et méta-analyses.

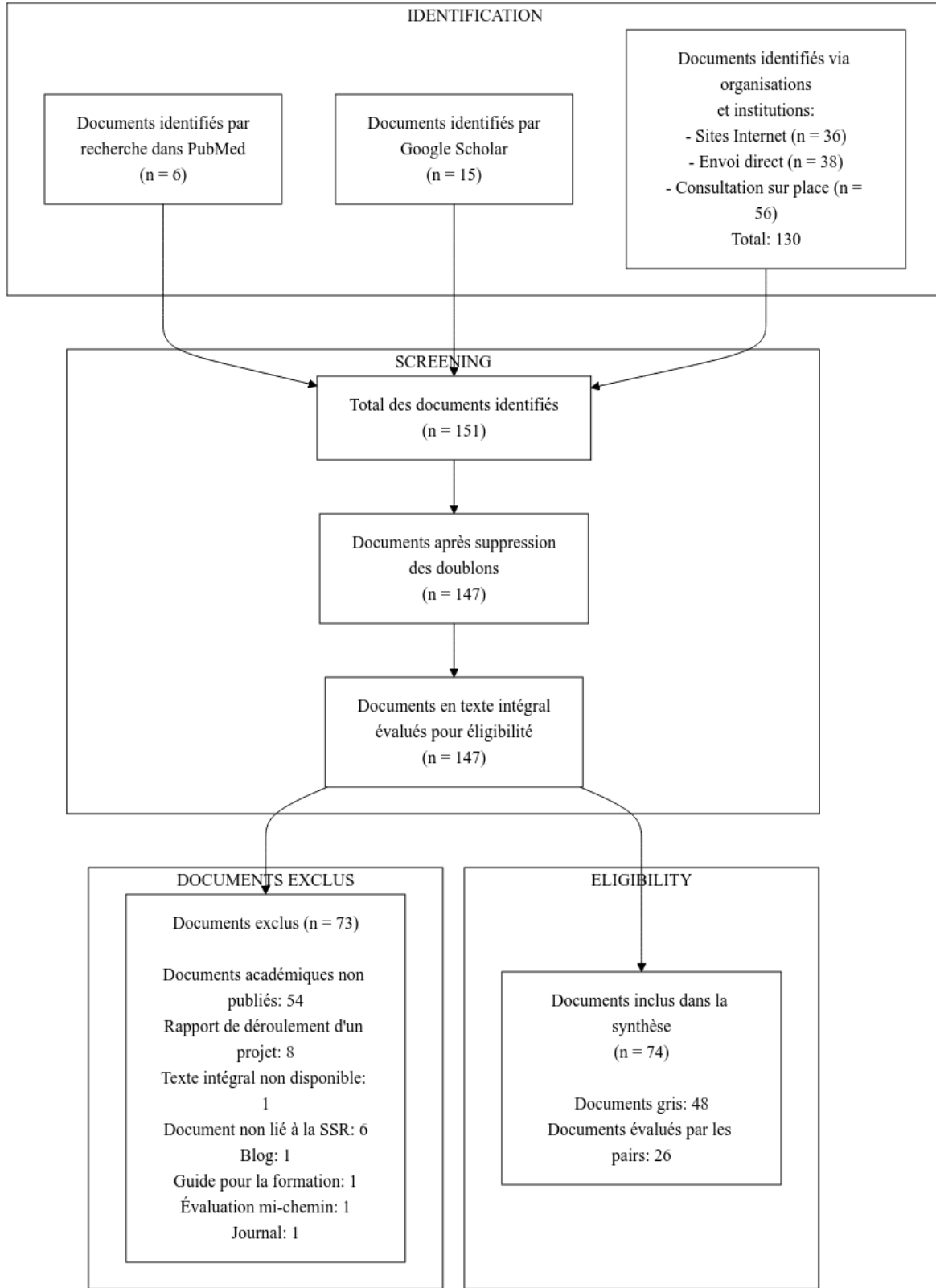
**Critères de contenu :** Le document devait décrire ou étudier spécifiquement des aspects de la santé sexuelle et reproductive avec une méthodologie clairement décrite et des résultats explicitement présentés.

### **II.7.2. Critères d'exclusion**

Les documents ont été exclus de l'analyse s'ils correspondaient à l'un des critères suivants :

**Limitations techniques :** Les documents dont le texte intégral n'était pas accessible, ainsi que ceux qui étaient non datés ou sans source identifiable, ont été exclus.

**Rapports intermédiaires :** Les rapports d'évaluation à mi-parcours d'un programme ont été exclus si le rapport final était disponible, afin d'éviter la duplication des informations et de privilégier les résultats les plus complets et récents.



**Figure 1: Organigramme PRISMA**

## **II.8. Synthèse des données**

Les informations extraites ont ensuite été systématiquement compilées et catégorisées dans un tableur Excel, permettant une classification thématique précise des données.

Face à l'hétérogénéité des résultats obtenus et à la diversité des méthodes d'analyse statistique employées dans les études examinées, l'équipe de recherche a opté pour une approche de synthèse narrative. Cette méthodologie s'est avérée la plus appropriée pour examiner et présenter les données de manière cohérente et exhaustive, permettant une interprétation nuancée des résultats dans leur contexte respectif.

La rédaction du texte a été effectuée à l'aide de Microsoft Office Word 2016. Le traitement des données quantitatives a été réalisé grâce à une combinaison de SPSS Statistics 27 et Microsoft Office Excel 2016. La dimension géographique de l'étude a été traitée à l'aide du logiciel QGIS 3.0.2, qui a permis la conception et la production de cartes thématiques, enrichissant ainsi l'analyse spatiale des phénomènes étudiés. Enfin, la gestion des références bibliographiques et leur insertion dans le texte ont été facilitées par l'utilisation d'EndNote 20.1.2.

## **II.9. Considérations administratives éthiques**

Il y a eu un consentement éclairé des détenteurs des sources de données/connaissances sur la SSR. On les a expliqués l'objectif de l'étude, la méthodologie, les thématiques abordées par cette étude. Il n'y a aucun risque pour les détenteurs de ces sources de données.

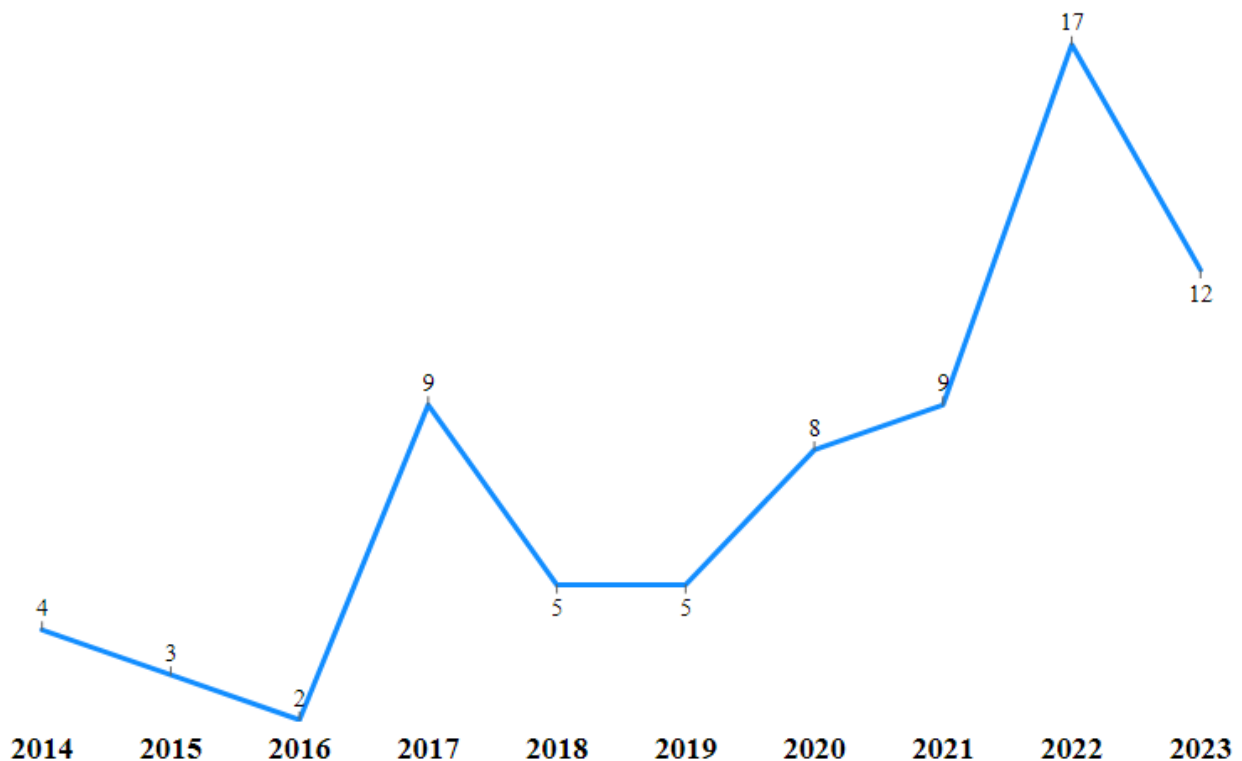


## CHAPITRE III. RESULTATS

### III.1. Analyse quantitative

Parmi les 151 publications initialement trouvées, seules 74 ont été retenues pour l'analyse, car elles répondaient aux critères d'inclusion de notre revue. Parmi celles-ci, 26 (35,1 %) étaient évaluées par des pairs, tandis que 48 autres (64,9 %) provenaient de la littérature grise.

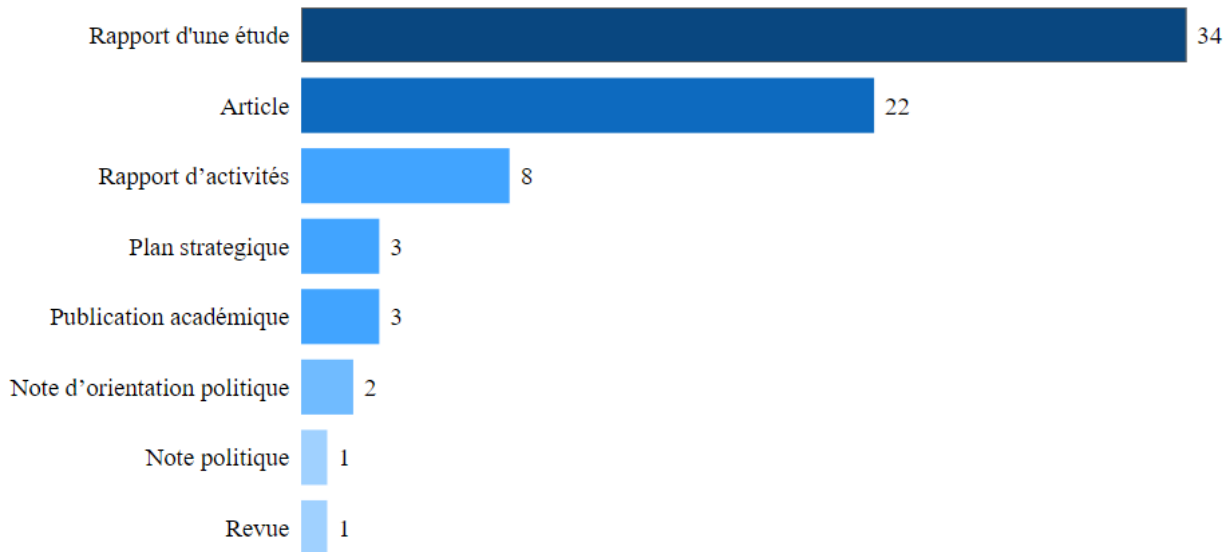
#### III.1.1. Année de publication



**Figure 2: Répartition des documents selon l'année de publication**

Les données montrent une variation dans le nombre de publications par année de 2014 à 2023. On observe une augmentation notable des publications à partir de 2017. L'année 2022 présente le plus grand nombre de publications avec 17 documents (23% du total), suivie de 2023 avec 12 documents (16,2%). Les années 2021 à 2023 représentent collectivement 51,4% de toutes les publications examinées.

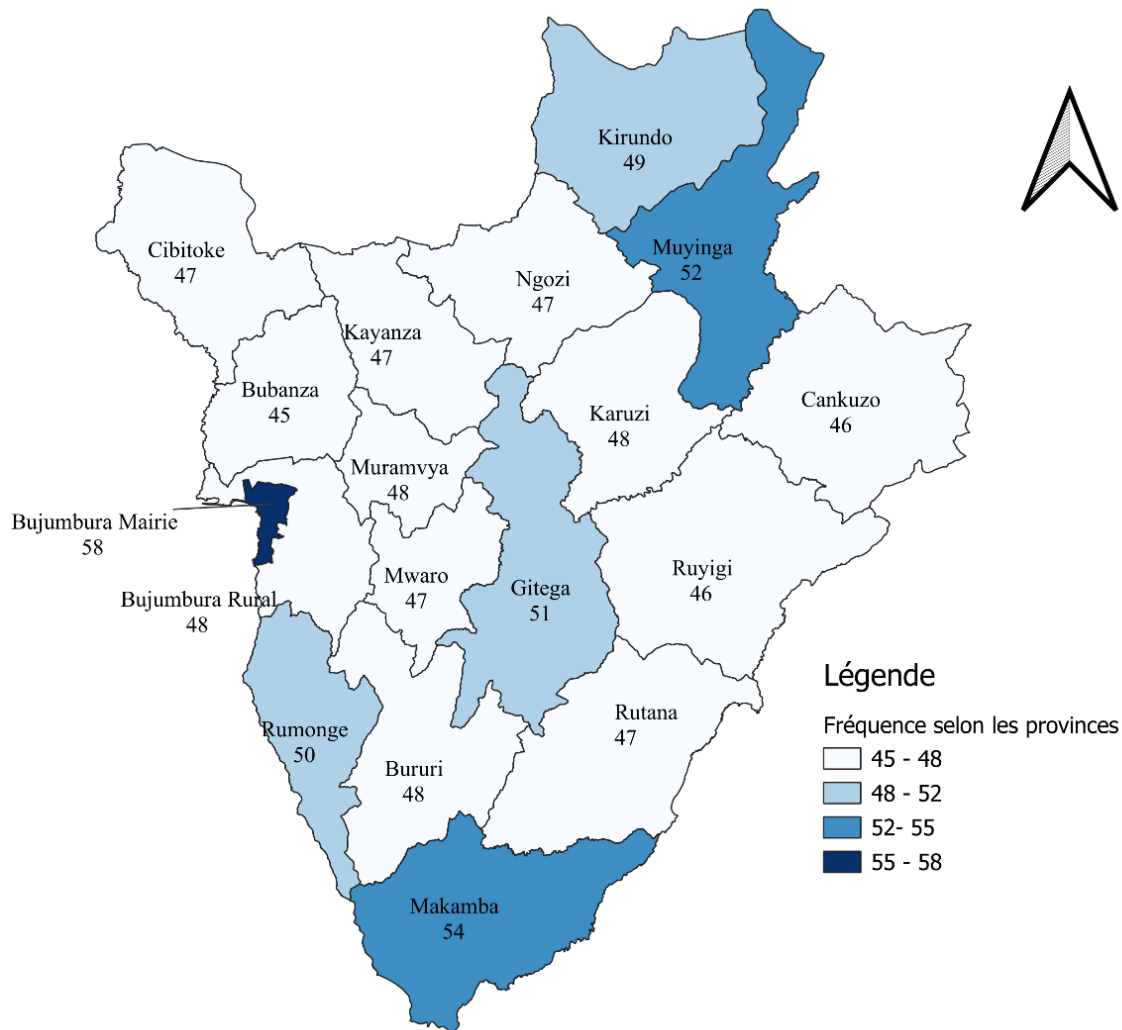
### III.1.2. Type



**Figure 3: Répartition selon les types des documents**

Les rapports d'étude <sup>16-50</sup> constituent le type de document le plus fréquent, représentant 45,9% du corpus avec 34 documents. Les articles <sup>51-72</sup> suivent en deuxième position avec 22 documents (29,7%). Les rapports d'activités<sup>24, 61, 73-79</sup> sont le troisième type le plus courant, comptant pour 10,8% avec 8 documents. Les autres types de documents (plans stratégiques <sup>80-82</sup>, publications académiques <sup>70, 83-85</sup>, notes d'orientation politique<sup>86, 87</sup>, notes politiques <sup>88</sup>et revues<sup>89</sup>) sont moins représentés, chacun constituant moins de 5% du total.

### III.1.3. Provinces d'étude

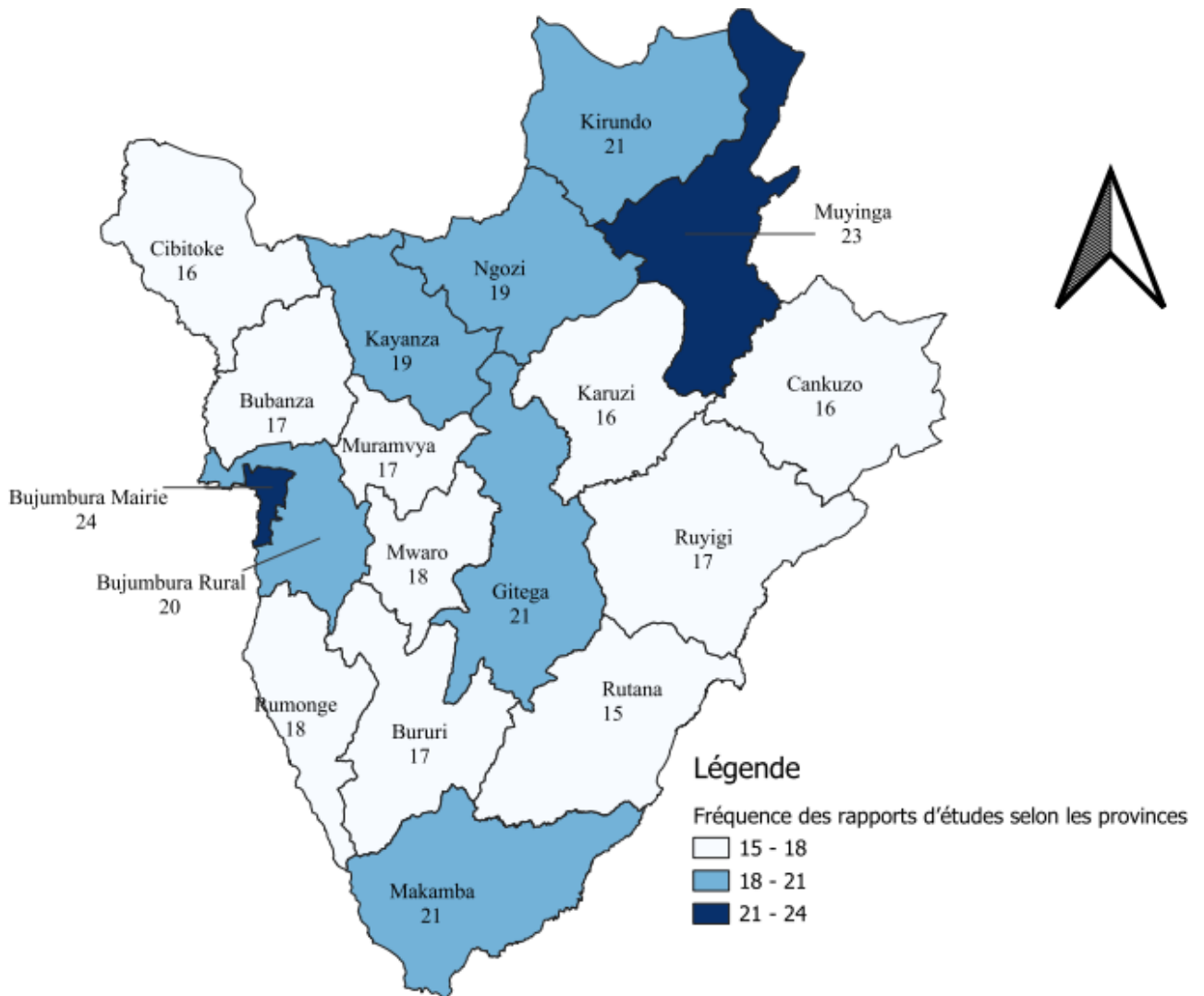


**Figure 4: Distribution géographique des données revues**

Parmi les provinces mentionnées dans les sources examinées, Bujumbura Mairie apparaît le plus souvent, étant citée dans 58 documents, soit 78,4% du total.

De plus, 3 documents<sup>34, 61, 67</sup> (4,1%) font référence aux études effectuées au Burundi et à l'extérieur du pays.

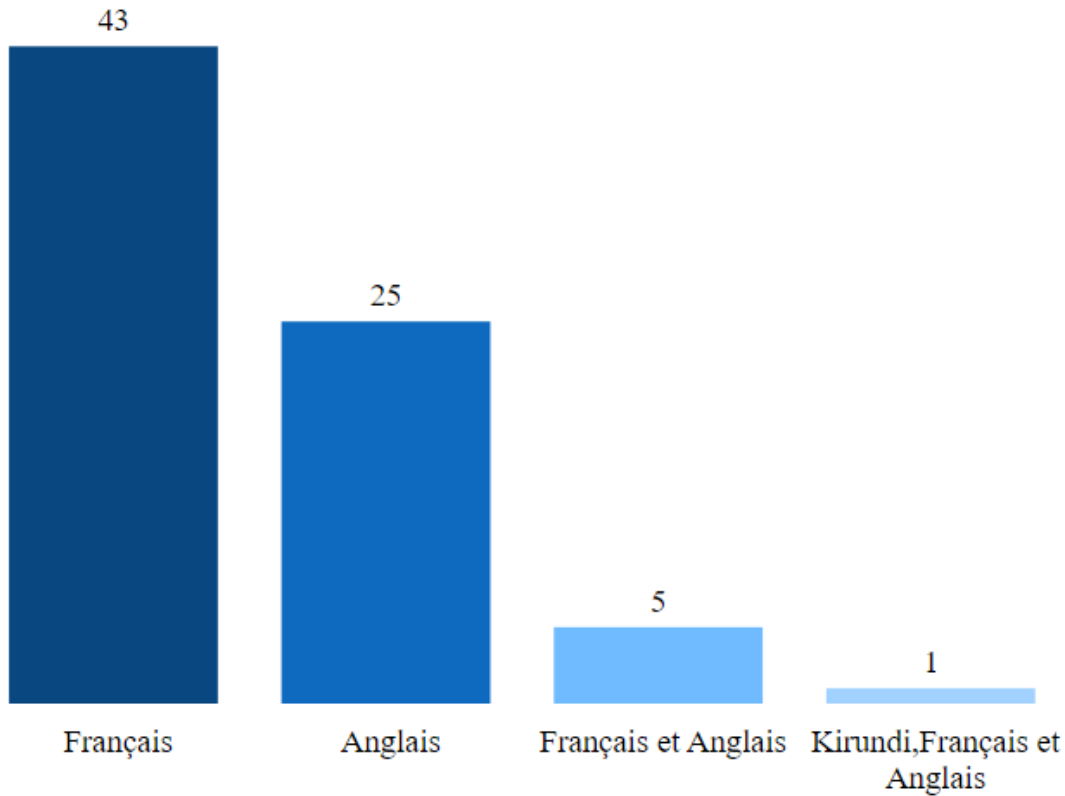
### III.1.3.1. Distribution géographique des rapports d'étude



**Figure 5: Distribution géographique des rapports d'étude**

Les rapports d'étude étaient principalement répartis dans les provinces de Bujumbura Mairie et Muyinga, avec respectivement 24 documents et 23 documents.

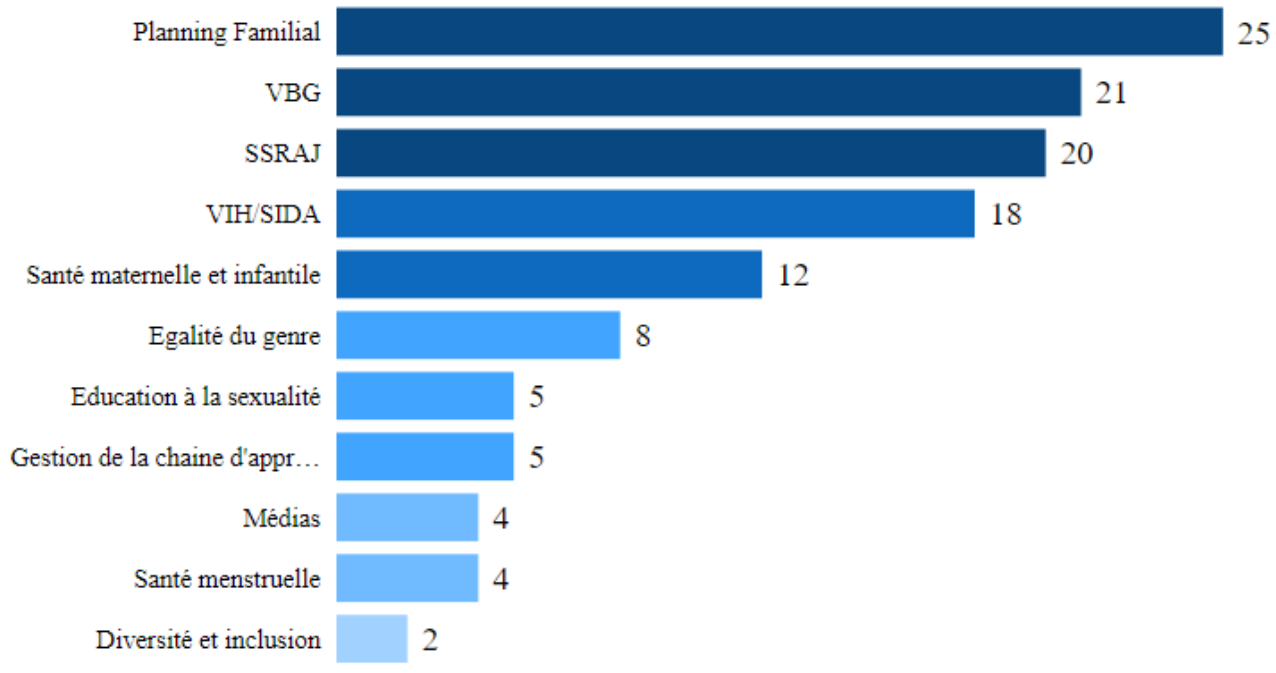
### III.1.4. Langue de publication



**Figure 6: Répartition des documents selon les langues de publication**

Le français est la langue dominante, utilisée dans 43 documents<sup>16, 17, 19-21, 24, 25, 27-34, 37, 39, 42-47, 50, 51, 54, 62, 64, 72-82, 85-89</sup>, soit 58,1% du total. L'anglais est la deuxième langue la plus fréquente, présente dans 25 documents<sup>18, 22, 23, 35, 36, 38, 40, 41, 48, 49, 52, 53, 55-57, 59, 61, 63-68, 70, 71, 84</sup> (33,8%). Les publications bilingues en français et anglais représentent 6,8% du corpus avec 5 documents<sup>26, 51, 52, 58, 60, 69</sup>. Un seul document<sup>83</sup> (1,4%) est publié en trois langues : kirundi, français et anglais.

### III.1.5. Thématique



**Figure 7: Répartition des documents selon la thématique**

Le planning familial émerge comme la thématique principale, abordé dans 33,8% des documents <sup>16, 19, 20, 24, 27, 32, 37, 40, 41, 48, 51, 52, 55, 59, 61, 63, 65, 66, 68, 72, 79, 80, 83, 89</sup>, suivi de près par les violences basées sur le genre dans 28,4% des documents <sup>20-22, 24, 27, 30-32, 37, 41, 44, 48, 54, 63, 71, 76-78, 80, 87-89</sup> et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans 27,0% des documents <sup>16, 23, 24, 26, 27, 32, 33, 37, 38, 41, 43, 46, 48, 49, 53, 54, 57, 72, 80, 87, 89</sup>.

Le VIH/SIDA reste un sujet d'importance, traité dans 24,3% des publications<sup>25, 27, 28, 30, 38, 41, 47, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 73-75, 80, 82</sup>, tandis que la santé maternelle et infantile figure dans 16,2% des documents <sup>27, 28, 30, 41, 50, 69, 70, 72, 74, 75, 80, 85</sup>. D'autres thèmes tels que l'égalité du genre <sup>22, 24, 29, 31, 34, 81, 84, 87</sup> (10,8%), la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SSR <sup>28, 30, 39, 42, 45, 81</sup> (6,8%), et l'éducation à la sexualité <sup>23, 32, 72, 87, 89</sup> (6,8%) sont également présents, bien que moins fréquemment. Les sujets comme la santé menstruelle<sup>17, 18, 35, 36</sup> (5,4%), la diversité et l'inclusion <sup>24, 48, 88</sup> (2,7%), et le changement climatique <sup>37</sup> (1,4%) apparaissent de manière plus marginale.

## III.2. RESULTATS PAR THEMATIQUE

### III.2.1. Planning Familial

#### III.2.1.1. Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives

Les données montrent une progression constante de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes de 15-49 ans au Burundi. Selon plusieurs sources (**MAECD 2023**<sup>20</sup>, **ISTEEBU 2017**<sup>30</sup>, **Bakibinga et al. 2016**<sup>67</sup>), la prévalence est passée de 1% en 1987 à 18% en 2010, puis à 23% en 2016-2017.

Les données de l'**ISTEEBU 2017**<sup>30</sup> et du **PNSR 2014**<sup>19</sup> révèlent des disparités significatives entre les provinces. Certaines régions comme Ngozi (39% en 2017, 50,4% en 2014) et Muyinga (29% en 2017, 44,8% en 2014) affichent des taux élevés, tandis que d'autres comme Makamba (9% en 2017, 12,8% en 2014) et Bururi (10% en 2017, 10,7% en 2014) présentent des taux nettement inférieurs.

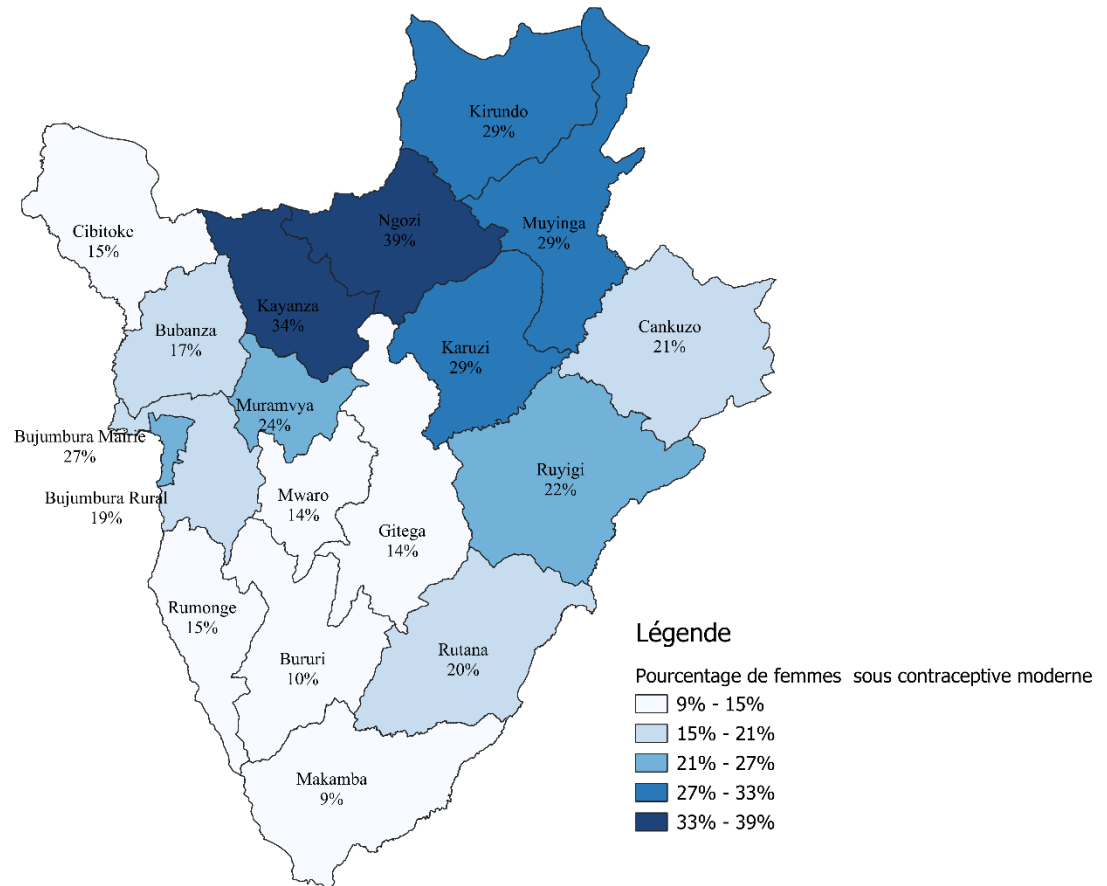
Dans les districts sanitaires du sud (Rumonge et Bururi), **Hakizimana et al. 68 2021** ont observé une prévalence de 22,6% en 2021, ce qui est proche de la moyenne nationale de 2016-2017.

L'étude de **Bakibinga et al. 67 2016** place le Burundi en retrait par rapport à ses voisins d'Afrique de l'Est en termes d'utilisation de contraceptifs. En 2010, le Burundi affichait une prévalence de 22%, nettement inférieure à celle du Rwanda (51,6%) et du Kenya (45,5%). Cette comparaison souligne le potentiel d'amélioration pour le Burundi dans ce domaine.

En 2017, Le rapport d'une étude de **l'ISTEEBU**<sup>30</sup> souligne une évolution intéressante concernant l'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles. Après une baisse de 8% en 1987 à 4% en 2010, on observe une légère remontée à 6% en 2016-2017. Cette tendance pourrait refléter des facteurs culturels persistants ou des difficultés d'accès aux méthodes modernes dans certaines régions.

L'analyse des données révèle une amélioration globale de l'utilisation des méthodes contraceptives au Burundi, mais aussi des disparités régionales importantes et un retard par rapport aux pays voisins. Ces constats soulignent la nécessité de politiques

de santé ciblées pour réduire les inégalités d'accès et améliorer la prévalence contraceptive dans l'ensemble du pays. Des recherches supplémentaires seraient bénéfiques pour comprendre les facteurs influençant ces variations et pour évaluer l'efficacité des initiatives récentes en matière de planification familiale.



**Figure 8: Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union sous méthodes contraceptives moderne par province selon le rapport de l'ISTEEBU en 2017<sup>30</sup>**



### III.2.1.2. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives

#### III.2.1.2.1. Déterminants socioéconomiques de l'utilisation des méthodes contraceptives

**Niveau d'éducation :** Depuis 2014, les études montrent constamment que l'éducation est un facteur déterminant dans l'utilisation des contraceptifs. Le rapport d'une étude du **PNSR** <sup>19</sup> (2014) a rapporté qu'une femme ayant un niveau secondaire avait environ deux fois plus de chances d'utiliser des méthodes contraceptives qu'une femme sans éducation. Cette tendance se confirme dans les années suivantes, avec le rapport d'une étude de **l'ISTEEBU** <sup>27</sup> (2019) indiquant que 47,5% des femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure utilisent la contraception, contre 29% pour celles sans instruction. Le rapport d'une étude du **MAECD** <sup>20</sup> (2023) renforce cette observation, montrant une prévalence contraceptive moderne de 34% chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, contre 14% chez celles sans éducation.

**Lieu de résidence :** La distinction entre zones urbaines et rurales apparaît comme un facteur constant. **Nkunzimana et al.** <sup>66</sup> (2021) montrent que le lieu de résidence en milieu urbain était significativement associé à une plus grande utilisation de méthodes contraceptives modernes. Cette tendance est confirmée par le rapport d'une étude du **MAECD** <sup>20</sup> (2023), qui signale une prévalence de 29% dans les zones urbaines contre 22% dans les zones rurales.

**Statut économique :** L'impact du statut économique sur l'utilisation des contraceptifs est souligné dans plusieurs études. **Nzokirishaka et al.** <sup>59</sup> (2018) constatent que les femmes des catégories "moyennes" et "riches" ont moins de chances d'avoir un besoin non satisfait en matière de planification familiale que les femmes "pauvres". **Sindayihebura et al.** <sup>52</sup> (2023) confirment cette tendance, notant que les femmes vivant dans des ménages pauvres sont moins susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un moyen de contraception.

**Profession :** L'influence de la profession sur l'utilisation des contraceptifs est mise en évidence par **Bazikamwe et al.** <sup>65</sup> (2018), qui relatent que les femmes travaillant comme agricultrices ou commerçantes, ainsi que celles dont les partenaires exercent ces professions, sont moins susceptibles d'utiliser la contraception. **Sindayihebura**

et al. <sup>52</sup> (2023) ajoutent que les femmes dont le mari exerce une profession libérale sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un moyen de contraception.

**Exposition aux médias : Sindayihebura et al. <sup>52</sup> (2023)** soulignent l'importance de l'exposition aux médias, indiquant que les femmes plus exposées aux médias sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un moyen de contraception.

**L'éducation et le niveau de revenu** sont des déterminants socioéconomiques majeurs de l'utilisation de la contraception au Burundi.

L'amélioration de l'accès à l'éducation et la réduction de la pauvreté sont essentielles pour accroître l'utilisation de la contraception au Burundi.

### **III.2.1.2.2. Déterminants démographiques de l'utilisation des méthodes contraceptives**

**Influence de l'âge :** La relation entre l'âge et l'utilisation des contraceptifs montre une évolution complexe au fil du temps :

En 2014, le rapport d'une étude du **PNSR** <sup>19</sup> signale que les femmes de 35-45 ans ont 1,54 fois moins de chances d'utiliser des contraceptifs que celles de 15-24 ans.

**Bazikamwe et al. <sup>65</sup> (2018)** observent une tendance différente, avec des taux d'utilisation plus élevés chez les femmes de 30-34 ans (71,7%) et 40-44 ans (75%), et plus faibles chez celles de 20-24 ans (44,4%). **Nzokirishaka et al. <sup>59</sup> (2018)** notent que le besoin non satisfait en contraception diminue significativement après 35 ans par rapport aux 15-24 ans. En revanche **Hakizimana et al. <sup>68</sup> (2021)** constatent que les femmes de 25-29 ans sont 5,04 fois plus susceptibles d'utiliser la planification familiale que celles de plus de 45 ans.

Cependant, **Nkunzimana et al. <sup>66</sup> (2021)** soulignent que les femmes de 30 ans et plus sont moins susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives modernes que les adolescentes de 15-19 ans. Le rapport d'une étude **du MAECD** <sup>20</sup> (2023) observe une utilisation plus faible chez les 15-19 ans (8%), un pic chez les 25-29 ans (22%), puis une diminution progressive jusqu'à 13% chez les 45-49 ans. **Sindayihebura et al. <sup>52</sup> (2023)** notent que les femmes plus âgées (40-49 ans) sont moins susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un contraceptif, une tendance stable entre 2010 et 2016-2017.

Cette évolution démontre un changement dans les modèles d'utilisation des contraceptifs selon l'âge, avec une tendance récente à une utilisation plus élevée chez les femmes d'âge moyen (25-35 ans) et plus faible aux extrémités de la tranche d'âge reproductive.

### **Influence du nombre d'enfants :**

**Plus d'enfants, moins de contraception : Sindayihebura (1)<sup>83</sup> (2023) et Nzokirishaka et al.<sup>59</sup> (2018)** constatent que les femmes ayant un plus grand nombre d'enfants vivants sont moins susceptibles d'utiliser la contraception. Ceci est logique, car elles ont potentiellement déjà atteint la taille de famille désirée.

### **Désir d'enfants supplémentaires :**

**Bakibinga et al.<sup>67</sup> (2016)** notent que les femmes désirant avoir plus d'enfants sont plus susceptibles de ne pas utiliser de méthode contraceptive moderne dans tous les pays étudiés, soulignant l'importance des intentions de fécondité dans les décisions contraceptives.

### **Âge du partenaire :**

**Sindayihebura et al.<sup>52</sup> (2023)** mentionnent que les femmes dont le mari est plus âgé sont moins susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser un contraceptif, une tendance observée en 2010 et 2016-2017.

L'analyse des déterminants démographiques de l'utilisation des contraceptifs au Burundi entre 2014 et 2023 révèle que l'âge de la femme est un facteur crucial, mais son influence varie selon les études et les périodes. Le nombre d'enfants et les intentions de fécondité jouent également un rôle important. Les programmes de santé publique doivent tenir compte de ces facteurs et adopter des approches ciblées pour répondre aux besoins spécifiques des différentes tranches d'âge et des femmes ayant des parcours de vie différents.

### III.2.1.2.3. Déterminants culturels de l'utilisation des méthodes contraceptifs

#### Religion :

- **Opposition religieuse:** Plusieurs documents, dont le rapport d'une étude du MAECD <sup>20</sup> (2023), le rapport d'une étude du MSFC <sup>37</sup> (2022) et **Hakizimana et al.** <sup>68</sup> (2021), mentionnent l'opposition de certaines confessions religieuses à la contraception moderne, la considérant comme un péché.
- **Variations entre religions :** **Nkunzimana et al.** <sup>66</sup> (2021) montrent que les musulmans et les témoins de Jéhovah sont plus susceptibles d'utiliser la contraception moderne que les catholiques et les protestants. Cette observation est corroborée au rapport d'une étude du PNSR <sup>19</sup> (2014), qui montre une plus grande utilisation chez les musulmanes par rapport aux catholiques.
- **Influence des enseignements :** Les enseignements religieux, en particulier ceux de l'Église catholique (**Schwarz et al.** <sup>61</sup>, 2017), influencent la perception des effets secondaires des contraceptifs et peuvent conduire à un évitement de la contraception moderne.

#### Normes sociales :

- **Taille de la famille :** **Sindayihebura et al.** <sup>52</sup> (2023) ainsi que **Nzokirishaka et al.** <sup>59</sup> (2018) soulignent que les normes sociales qui encouragent les familles nombreuses ont un impact significatif de la contraception. Selon **Sindayihebura et al.** <sup>52</sup>, un plus grand nombre d'enfants nés (parité) et d'enfants survivants est corrélée à une plus faible intention d'utiliser des méthodes contraceptives. De plus, l'étude de **Nzokirishaka et al.** <sup>59</sup> révèle qu'un plus grand nombre d'enfants vivants est associée à un besoin non satisfait en matière de contraception. Les femmes ayant 4 à 5 enfants (**aOR = 1,850, p < 0,001**) et 6 enfants ou plus (**aOR = 2,390, p < 0,001**) étaient plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait total que les femmes ayant moins d'enfants<sup>59</sup>.

- **Perception des effets secondaires** : Les idées reçues et rumeurs sur les effets secondaires des contraceptifs, particulièrement chez les jeunes célibataires (MSFC, <sup>37</sup> 2022), limitent l'accès au planning familial. La peur de la stérilité et des saignements abondants (Sindayihebura (1), <sup>83</sup> 2023) est également un obstacle.
- **Inégalités entre les sexes**: Le rapport d'une étude du MAECD <sup>20</sup> (2023) souligne que les normes et croyances culturelles perpétuant l'inégalité entre les sexes contribuent à des taux de fécondité élevés et à une utilisation limitée des contraceptifs.

Les facteurs culturels et religieux jouent un rôle majeur dans l'utilisation de la contraception au Burundi. L'analyse des différentes études révèle que les normes sociales, les croyances religieuses et les perceptions des effets secondaires des contraceptifs modernes sont des obstacles majeurs à leur adoption au Burundi. Des variations existent entre les religions et les groupes culturels, et les attitudes vis-à-vis de la contraception évoluent lentement.

Des efforts sont nécessaires pour promouvoir une meilleure compréhension des méthodes contraceptives modernes, déconstruire les idées reçues et les tabous, et garantir une information objective et accessible à tous. Il est également crucial de s'attaquer aux inégalités entre les sexes et de promouvoir des normes sociales plus égalitaires pour favoriser une utilisation responsable de la contraception.

#### III.2.1.2.4. Déterminants géographiques de l'utilisation des méthodes contraceptifs

L'analyse des différentes études révèle que l'**urbanisation** est un facteur déterminant dans l'utilisation des méthodes contraceptives au Burundi.

Depuis 2014, les données montrent une prévalence plus élevée de l'utilisation de la contraception moderne en milieu urbain par rapport au milieu rural. Cette tendance se confirme et se renforce au fil des années :

- **2018 (Nzokirishaka et al. <sup>59</sup>)** : Les femmes rurales ont un besoin non satisfait en matière de contraception plus élevé (aOR = 1,373, p < 0,038) que celles en milieu urbain.

- **2021 (Nkunzimana et al. <sup>66</sup>)** : Résider en milieu urbain est significativement associé à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes (OR ajusté = 1,3 ; IC à 95 % : 1,2-1,5).
- **2023 (MAECD <sup>20</sup>)** : La prévalence de la contraception moderne est plus élevée dans les zones urbaines (29%) que dans les zones rurales (22%).

Il est essentiel de renforcer les efforts pour garantir un accès équitable aux services de santé reproductive, en particulier pour les femmes en milieu rural.

### **III.2.1.2.5. Autres déterminants influençant l'utilisation des méthodes contraceptifs**

Ces documents<sup>19, 48, 63, 67</sup> mettent en évidence certains déterminants clés, liés à des tendances, qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives au Burundi :

**-Inégalités d'accès aux services de SSR:** L'étude de l'IFORD <sup>48</sup> en 2019 révèle une disparité significative dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) entre les personnes handicapées (PH) et les personnes sans handicap (PSH).

**- Impact de la violence basée sur le genre (VBG) :** L'étude d'Elouard et al. <sup>63</sup> en 2017 souligne le lien alarmant entre la violence sexuelle et la faible utilisation de la contraception moderne. Les jeunes femmes victimes de violence sexuelle sont plus susceptibles de ne pas utiliser de contraception, augmentant ainsi le risque de grossesses non planifiées

**-Grossesses non planifiées et besoins non satisfaits en matière de planification familiale :** L'analyse de Bakibinga et al. <sup>67</sup> en 2016, portant sur plusieurs pays d'Afrique de l'Est, montre que les femmes ayant vécu une grossesse non planifiée sont plus enclines à utiliser une méthode contraceptive moderne lors de rapports sexuels ultérieurs.

**-Influence du partenaire:** L'étude du PNSR <sup>19</sup> en 2014 met en évidence le rôle crucial du soutien du partenaire dans la décision d'une femme d'utiliser la contraception. Lorsque le partenaire est favorable à la contraception, la probabilité d'utilisation augmente considérablement.

Les tendances citées soulignent la nécessité d'une action concertée pour améliorer la santé reproductive au Burundi. Les interventions futures devraient se concentrer sur :

- L'amélioration de l'accès équitable aux services de SSR pour tous, y compris les groupes marginalisés
- La lutte contre la VBG sous toutes ses formes et la fourniture d'un soutien psychosocial aux survivantes.
- Le renforcement des programmes complets d'éducation sexuelle, en fournissant des informations précises sur la contraception et en promouvant des attitudes positives envers la planification familiale.
- L'implication des hommes et des garçons comme partenaires à part entière dans la promotion de la santé reproductive et l'égalité des sexes.

### **III.2.1.3. Indicateurs de l'utilisation des méthodes contraceptifs**

#### **III.2.1.3.1. Accès aux services de santé**

L'analyse des tendances en matière de contraception au Burundi entre 2014 et 2023 révèle des défis persistants malgré certains progrès. La disponibilité des méthodes contraceptives varie considérablement selon les régions et les établissements de santé. En 2014, le **PNSR** rapportait que seulement 39,4% des centres de santé étudiés offraient des services de planification familiale de manière permanente<sup>19</sup>. Bien que la disponibilité des produits contraceptifs se soit améliorée au fil des ans, les ruptures de stock demeurent un problème récurrent, comme l'ont souligné **Shwarz et al.**<sup>61</sup> en 2017.

Les besoins non satisfaits en matière de contraception étaient élevés, atteignant 31% au Burundi en 2016, selon **Bakibinga et al.**<sup>67</sup>. **Ndayizigiye et al.**<sup>55</sup> (2017) ont constaté que si les méthodes telles que le DMPA, les pilules et les préservatifs masculins étaient généralement disponibles, la contraception d'urgence n'était en stock que 31,1% du temps. Dans les camps de déplacés, l'accès aux contraceptifs est particulièrement limité. **Le MSFC (2022)** a rapporté que dans la zone de Gatumba, seuls le centre AMIS des jeunes et l'UNFPA fournissaient des préservatifs<sup>37</sup>.

Pour améliorer cette situation, il est crucial de renforcer les services de planification familiale, d'intensifier l'éducation et la sensibilisation, et d'améliorer la gestion des

stocks. Ces efforts sont essentiels pour répondre aux besoins non satisfaits et renforcer les services de santé sexuelle et reproductive au Burundi.

### **III.2.1.3.2. Utilisation des services : Taux de contraception, taux d'abandon**

Le taux de contraception au niveau national semble avoir légèrement augmenté entre 2014 et 2023, mais reste relativement bas. En 2017, **Ntakarutimana** rapporte que 27,4% des femmes avaient déjà utilisé une méthode de contraception moderne<sup>89</sup> et en 2023, le rapport d'une étude du **MAECD** indique un taux de 29% chez les femmes en union (23% méthodes modernes, 6% méthodes traditionnelles)<sup>20</sup>. Cette tendance à la hausse est confirmée par **Sindayihebura et al.**<sup>52</sup> (2023), qui notent une augmentation passant de 22% en 2010 à 29% en 2017<sup>52</sup>.

L'analyse des données par groupes de population révèle des taux de contraception particulièrement bas chez certains groupes vulnérables. Le rapport d'une étude du **MSPLS** en 2015, indique un taux de seulement 13% chez les jeunes<sup>80</sup>, tandis que **Nibaruta et al.**<sup>72</sup> (2022) relatent un taux de 2,5% chez les adolescentes<sup>72</sup>. De plus, le rapport d'une étude de **l'IFORD** en 2019 note des taux plus faibles chez les personnes handicapées par rapport aux personnes sans handicap à Bujumbura Mairie<sup>48</sup>.

Les données sur le taux d'abandon, bien que limitées, révèlent un problème significatif. En 2014, Le rapport d'une étude du PNSR indique un taux d'abandon de 25,1% dans huit provinces étudiées<sup>19</sup> tandis que **Hakizimana et al.**<sup>68</sup> en 2021 soulignent un taux d'abandon de 33% dans les provinces de Bururi et Rumonge, principalement dû aux effets secondaires<sup>68</sup>. Ces taux élevés soulignent l'urgence d'améliorer le suivi et la gestion des effets secondaires, ainsi que l'éducation sur l'utilisation correcte des méthodes contraceptives.

### **III.2.1.3.3. Comportements et Pratiques : Utilisation des méthodes contraceptifs : préservatifs, implants, DIU, pilule du lendemain et autres Méthodes contraceptives les plus utilisées,**

Les données montrent une forte préférence pour les contraceptifs injectables au Burundi, bien que leur utilisation semble avoir diminué au fil du temps : En 2014, le rapport d'une étude du PNSR rapportait que 73,8% des utilisatrices de contraception optaient pour les injectables dans huit provinces étudiées<sup>19</sup>. En 2021, **Nkunzimana**



**et al.** <sup>66</sup> indiquent que 48,3% des utilisatrices au niveau national choisissaient cette méthode <sup>66</sup>. La même année, **Hakizimana et al.** <sup>68</sup> notent un taux de 40% dans les provinces de Bururi et Rumonge <sup>68</sup>.

L'utilisation des implants contraceptifs semble avoir considérablement augmenté : En 2014, le rapport d'une étude du PNSR rapportait un taux d'utilisation de 21,4% <sup>19</sup>. En 2021, **Nkunzimana et al.** <sup>66</sup> notent un taux de 26,43% au niveau national <sup>66</sup>, tandis que **Hakizimana et al.** <sup>68</sup> rapportent 24,6% dans les provinces de Bururi et Rumonge <sup>68</sup>.

L'évolution des autres méthodes contraceptives révèle des changements notables dans les préférences des utilisatrices. Les pilules ont connu une baisse significative, passant de 21,9% d'utilisation en 2014 à seulement 3,1% en 2021 dans certaines régions, selon les données du rapport d'une étude du PNSR <sup>19</sup> et de **Hakizimana et al.** <sup>68</sup>. Le dispositif intra-utérin (DIU) a également vu son utilisation diminuer, bien que de manière moins prononcée, passant de 14,6% en 2014 à 6,2% en 2021 dans les provinces de Bururi et Rumonge. Quant aux préservatifs masculins, **Hakizimana et al.** <sup>68</sup> signalent un taux d'utilisation de 10,8% en 2021 dans ces mêmes provinces, mais l'absence de données comparatives pour les années antérieures limite l'évaluation de la tendance pour cette méthode. Ces changements pourraient être liés à une évolution des préférences vers des méthodes à plus long terme comme les implants, possiblement due à une combinaison de facteurs tels que l'amélioration de l'accès, l'éducation en matière de santé reproductive, et la recherche de méthodes nécessitant moins d'interventions régulières.

### **III.2.1.3.4. Connaissances et Attitudes**

#### **III.2.1.3.4.1. Connaissances des méthodes contraceptives**

Les données montrent un niveau de connaissance généralement élevé et stable des méthodes contraceptives au Burundi sur la période étudiée : En 2014, le rapport d'une étude du PNSR rapportait que 95,7% des femmes interrogées avaient entendu parler des méthodes contraceptives, avec 93,5% capables de citer au moins trois méthodes <sup>19</sup>. En 2016, **Bakibinga et al.** <sup>67</sup> notaient un taux de connaissance de 99,2% au Burundi <sup>67</sup>. En 2021, **Hakizimana et al.** <sup>68</sup> indiquaient que 94,3% des femmes

connaissaient au moins une méthode contraceptive dans les provinces de Bururi et Rumonge <sup>68</sup>. En 2023, **Sindayihebura et al.** <sup>52</sup> rapportaient que 97% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive <sup>52</sup> sur tout le territoire du Burundi, et **Sindayihebura (1)** <sup>83</sup> notait que toutes les femmes interrogées lors des groupes de discussion connaissaient les méthodes modernes de contraception <sup>83</sup>.

Malgré le haut niveau général de connaissance, des disparités significatives existent : En 2019, Le rapport d'une étude de l'IFORD rapportait à Bujumbura Mairie une différence notable entre les personnes handicapées (PH) et les personnes sans handicap (PSH) : 26% des PH ne connaissaient aucune méthode contraceptive, contre seulement 5% des PSH <sup>48</sup>.

Bien que la connaissance générale soit élevée, la compréhension approfondie semble plus limitée :

En 2017, **Ntakarutimana** notait un faible taux de connaissances sur le cycle menstruel et la fertilité chez les jeunes filles : seulement 51% des filles de 12-14 ans étaient conscientes de l'existence d'un cycle menstruel, et seules 14% de ce groupe savaient que la période fertile se situe au milieu du cycle <sup>89</sup>. La même année, **Shwarz et al.** <sup>61</sup> soulignaient que la connaissance des effets secondaires potentiels était souvent limitée et influencée par des rumeurs et de la désinformation dans les provinces de Karusi, Rutana et Sud-Kivu <sup>61</sup>. En 2019, le rapport d'une étude de l'ISTEEBU rapportait que seuls 22,1% des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne étaient correctement informées sur leur choix <sup>27</sup>.

Bien que le Burundi ait réussi à maintenir un niveau élevé de connaissance générale des méthodes contraceptives entre 2014 et 2023, des défis importants subsistent en termes de qualité et de profondeur de ces connaissances. Les futures politiques de santé reproductive devraient se concentrer sur l'amélioration de la compréhension détaillée des méthodes contraceptives, tout en veillant à atteindre les populations les plus vulnérables avec des informations adaptées et précises.

### III.2.1.3.4.2. Attitude d'adhésion aux méthodes contraceptives

Malgré le passage du temps, on constate une persistance des attitudes négatives envers l'adhésion aux méthodes contraceptives. Ces attitudes semblent être profondément ancrées dans les croyances religieuses, culturelles et les normes sociales.

Plusieurs études mentionnent l'impact significatif des enseignements religieux sur les attitudes envers la contraception. Par exemple : **Hakizimana et al. <sup>68</sup> (2021)** soulignent que "Les enseignements religieux considèrent souvent les méthodes contraceptives modernes comme un péché" <sup>68</sup>. Le rapporte d'étude du MSFC (2022) note que "Certaines confessions religieuses interdisent l'usage de la contraception" <sup>37</sup>.

La crainte des effets secondaires apparaît aussi comme un facteur récurrent influençant négativement l'attitude envers la contraception : **Sindayihebura (2023)** mentionne "la peur de la stérilité, des saignements abondants" <sup>83</sup>. **Hakizimana et al. <sup>68</sup> (2021)** soulignent que "La peur des effets secondaires, souvent amplifiée par des rumeurs et un manque d'informations précises, est la principale raison de la sous-utilisation et de l'abandon de la contraception moderne" <sup>68</sup>.

Également, Les normes sociales continuent de jouer un rôle important dans la formation des attitudes : Un rapport d'une étude du IRH & USAID (2021) relatent qu'il "n'est pas jugé approprié pour [les adolescentes et les jeunes femmes] d'utiliser une méthode contraceptive" <sup>32</sup>. **Hakizimana et al. <sup>68</sup> (2021)** mentionnent que "Les normes culturelles valorisant les familles nombreuses " influencent négativement l'adoption de la contraception <sup>68</sup>.

En fin, La propagation de rumeurs et de fausses informations semble être un problème persistant : Le rapport d'une étude de l' UNFPA (2020) souligne "Les rumeurs et la désinformation sur les méthodes contraceptives modernes" <sup>24</sup>.

Les attitudes envers la contraception au Burundi semblent rester largement influencées par des facteurs religieux, culturels et sociaux. Les craintes liées aux effets secondaires et la désinformation persistent. Les efforts futurs pour améliorer

l'acceptation de la contraception devraient cibler ces aspects, en mettant l'accent sur l'éducation, la dissipation des mythes, et la collaboration avec les leaders religieux et communautaires.

### **III.2.1.3.5. Qualité des services : Satisfaction des usagers utilisant les méthodes contraceptives**

Selon le rapport d'une étude du PNSR en 2014 <sup>19</sup>, couvrant huit provinces (Ngozi, Bujumbura Mairie, Ruyigi, Muyinga, Gitega, Makamba, Bururi, Mwaro), la satisfaction des utilisatrices concernant la disponibilité des méthodes contraceptives était remarquablement élevée. En effet, 97,4% des femmes interrogées déclaraient pouvoir obtenir la méthode de leur choix. Ce taux élevé montre qu'en 2014, les services de planification familiale dans ces régions répondaient efficacement aux besoins des utilisatrices en termes d'accès aux méthodes souhaitées.

En revanche, l'étude de **Shwarz et al.** <sup>61</sup> en 2017, menée dans les provinces de Karusi, Rutana et la province du Sud-Kivu, présente un tableau moins optimiste. Les auteurs signalent que la satisfaction à l'égard des services de planification familiale est souvent faible. Ils attribuent cette insatisfaction à plusieurs facteurs notamment des conseils inadéquats, un choix de méthodes limité et une mauvaise gestion des effets secondaires.

La comparaison de ces deux sources pourrait amener à penser à une possible détérioration de la satisfaction des usagers entre 2014 et 2017. Cependant, il est crucial de noter que cette interprétation doit être nuancée en raison des différences régionales et des aspects spécifiques de la satisfaction étudiés dans les deux études :

- Les données de 2014 couvrent un éventail plus large de provinces, incluant la capitale Bujumbura, tandis que l'étude de 2017 se concentre sur des régions plus spécifiques.

- Il est important de souligner que l'étude de 2014 se concentre principalement sur la disponibilité des méthodes, un aspect tangible et facilement mesurable de la satisfaction. En revanche, l'étude de 2017 aborde des aspects plus qualitatifs des services, tels que la qualité des conseils et la gestion des effets secondaires.

### III.2.2. Violences basées sur le genre

L'analyse des violences basées sur le genre (VBG) au Burundi de 2014 à 2023 révèle une persistance inquiétante du phénomène, malgré les efforts déployés pour le combattre. En 2014, le rapport final d'étude d'Impunity Watch sur "La prise en compte des violences basées sur le genre au Burundi : Analyse des perceptions et obstacles"<sup>21</sup> rapportait déjà que 15 à 76% des femmes subissaient des violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie, avec 97% des victimes de VBG étant des femmes et des filles. Cette tendance alarmante s'est maintenue, comme l'indique le rapport national sur l'état de mise en œuvre de l'agenda de la CIPD30<sup>20</sup>, que 23% des femmes et 6% des hommes âgés de 15 à 49 ans avaient subi des violences sexuelles à un moment de leur vie<sup>20</sup>.

Les données annuelles montrent une documentation accrue des VBG plutôt qu'une réelle diminution de leur prévalence. Les rapports de l'ISV de 2020 à 2022 indiquent une constance troublante dans la proportion de victimes mineures (75-82%) et de femmes (94-95%) parmi les cas traités<sup>76-78</sup>. Cette tendance est corroborée par l'étude du Medical Students For Choice, en 2022, qui a révélé que 43,7% des personnes dans les camps de déplacés de Gatumba avaient été victimes de VBG, dont 91% de femmes<sup>37</sup>.

Les déterminants socio-économiques jouent un rôle crucial dans la prévalence des VBG. Le MAECD (2023) souligne que les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur ont une prévalence contraceptive moderne plus élevée, ce qui suggère un lien potentiel avec une plus grande conscience des VBG et de leurs conséquences. Le statut socioéconomique défavorable des femmes, comme l'indique l'ISV (2022)<sup>78</sup>, contribue à leur vulnérabilité face aux VBG, en particulier les jeunes âgés de 12 à 18 ans et les femmes logées dans les camps de déplacement.

Les recherches soulignent l'importance des facteurs socioculturels dans la perpétuation des VBG. L'étude sur l'Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi par l'IRH & USAID (2021)<sup>32</sup> met en lumière l'existence de normes sociales banalisant la violence sexuelle, particulièrement envers les jeunes filles. Westeneng (2020)<sup>87</sup> renforce cette observation en explorant l'influence des normes sociales, notamment la

prédominance de l'éducation à la morale et à la peur concernant la sexualité, ainsi que la persistance des normes de genre inégalitaires

La prise en charge des populations vulnérables constitue un autre défi important. L'étude de l'IFORD (2019)<sup>48</sup> a révélé que les personnes handicapées sont plus à risque de violence physique, les femmes handicapées étant 2,2 fois plus susceptibles de subir des violences sexuelles. Ces résultats soulignent la nécessité d'approches intersectionnelles dans la lutte contre les VBG.

Malgré une sensibilisation accrue et des efforts législatifs comme la Loi-013-2016<sup>88</sup>, la prévalence des VBG reste élevée. Les défis futurs incluent l'amélioration des méthodologies de recherche pour obtenir des données plus comparables, le renforcement des interventions ciblant les normes sociales néfastes, et l'élaboration de stratégies plus inclusives pour protéger les groupes les plus vulnérables. L'intégration de la lutte contre les VBG dans les politiques de santé publique, comme le recommande le MSPLS (2015)<sup>38</sup>, demeure une priorité cruciale pour réduire la prévalence des VBG et améliorer le soutien aux survivants au Burundi.

La sous-déclaration des cas, due à la stigmatisation et aux normes sociales, demeure un obstacle significatif à l'obtention de données précises.

L'accès à la justice et la prise en charge des victimes demeurent des défis majeurs. L'ISV (2021)<sup>77</sup> note que la lenteur de la justice et la quasi-absence d'indemnisation des victimes constituent des obstacles importants à la lutte contre les VBG. Les croyances religieuses et les pratiques obscurantistes, comme le souligne l'UNFPA (2021)<sup>44</sup>, peuvent également contribuer aux VBG.

En conclusion, les tendances annuelles montrent une persistance des VBG malgré les efforts de sensibilisation et les interventions législatives. Les défis en matière de recherche incluent l'amélioration des méthodologies pour obtenir des données comparables et le renforcement des interventions ciblant les normes sociales néfastes. L'élaboration de stratégies plus inclusives pour protéger les groupes vulnérables et l'intégration de la lutte contre les VBG dans les politiques de santé publique sont essentielles pour réduire la prévalence des VBG et améliorer le soutien aux survivants au Burundi.

### **III.2.3. La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes**

#### **III.2.3.1. Prévalence rapportée**

##### **III.2.3.1.1. Utilisation de la contraception :**

On observe une tendance générale à la hausse de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, mais les taux restent relativement bas, surtout chez les adolescents. En 2015, le MSPLS <sup>80</sup> rapportait que 13% des jeunes utilisaient des méthodes contraceptives modernes, avec seulement 1,3% chez les 15-19 ans. A l'aide des données de trois enquêtes démographiques et de santé au Burundi (EDS) menées en 1987, 2010 et 2016-2017,

L'étude de Nibaruta et al.<sup>72</sup>, 2022 note que seulement 2,5% des adolescentes utilisaient un moyen de contraception en 2017.

La pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur l'utilisation des contraceptifs. Le PNSR <sup>40</sup> rapporte une diminution de l'utilisation de presque toutes les méthodes contraceptives entre janvier-septembre 2019 et la même période en 2020.

##### **III.2.3.1.2. Grossesses chez les jeunes et adolescents**

Les données montrent une tendance fluctuante mais préoccupante concernant les grossesses chez les adolescentes. En se basant sur les EDS menées en 1987, 2010 et 2016-2017, Nibaruta et al. <sup>72</sup> (2022) montre une augmentation de la prévalence de la maternité chez les adolescentes, 5,9% (1987) à 8,3% (2016/17) <sup>72</sup>.

En 2023, le rapport sur les grossesses des élèves du MENRS <sup>46</sup> note une diminution globale des grossesses d'élèves de 30,7% entre 2018-2019 (1268 cas) à 2022-2023 (879 cas) <sup>46</sup>.

Disparités par âge :

- Enseignement fondamental (MENRS 2023) :

- Concentration dans la tranche 16-19 ans : 251 grossesses sur 352 en 2022-2023.
- Prévalence moindre chez les 13-15 ans : 58 cas en 2022-2023.

- Enseignement post-fondamental (MENRS 2023) :

- Prédominance de la tranche d'âge 20-23 ans : 239 grossesses sur 527 en 2022-2023.
- Nombre important de cas chez les 16-19 ans : 224 cas en 2022-2023.

Disparités géographiques :

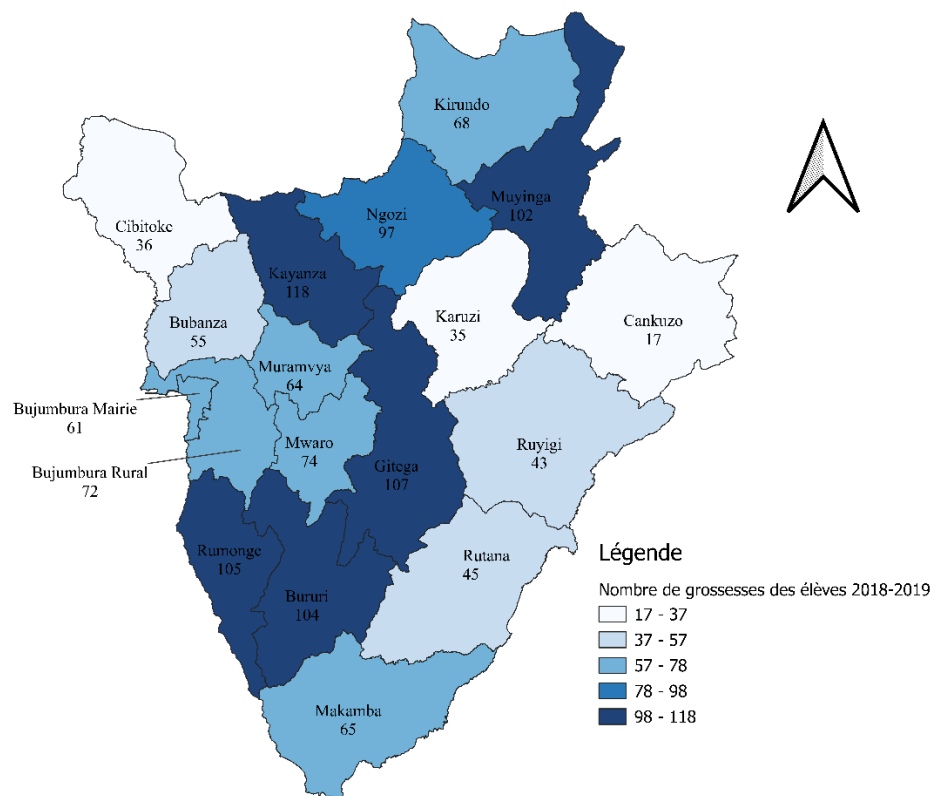
- Zones rurales vs urbaines (MENRS 2023) :

- Majorité des grossesses en milieu rural : 749 cas en 2022-2023.
- Milieu urbain : 130 cas en 2022-2023.

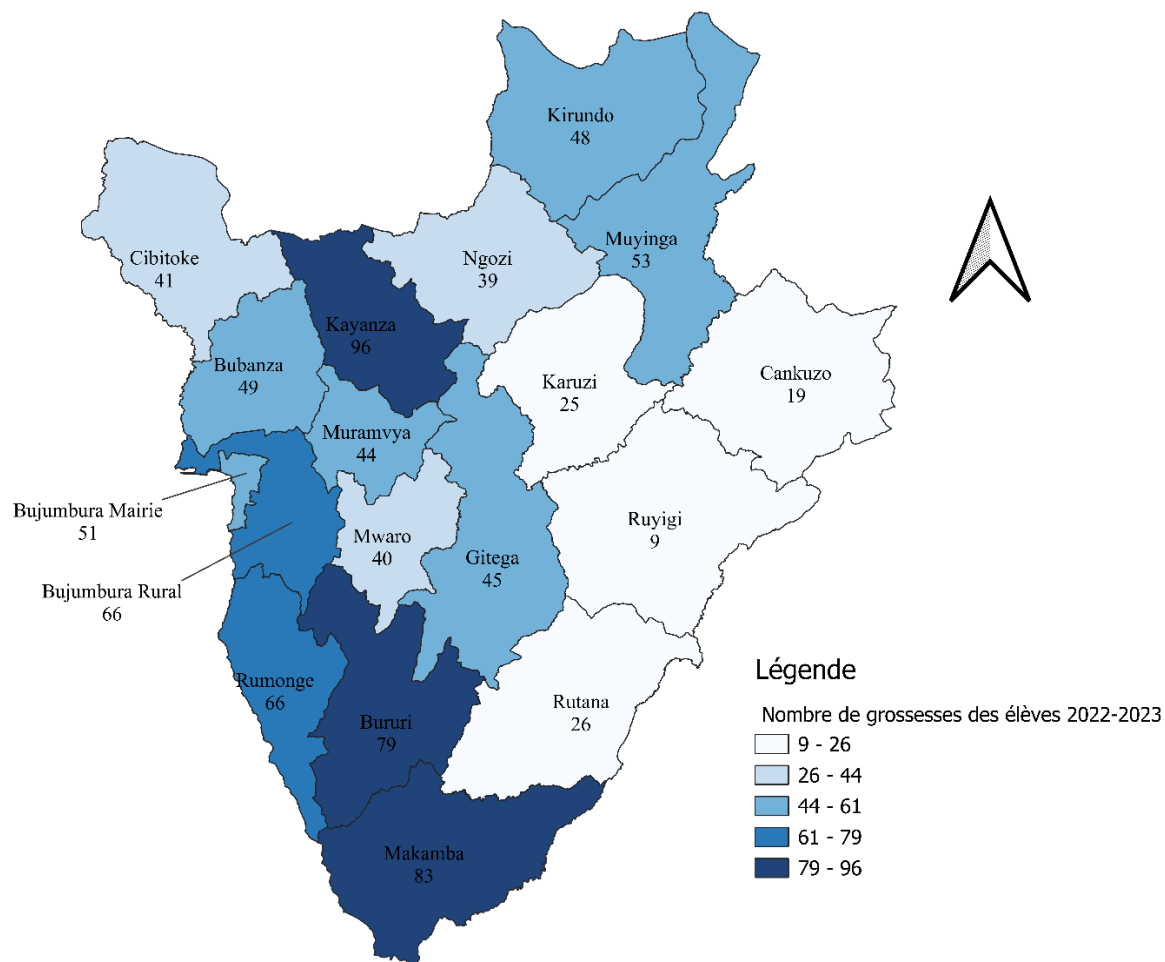
- Variations provinciales (MENRS 2023) :

- Province de Bururi : plus grand nombre de grossesses d'élèves en 2022-2023 (79 cas).
- Province de Bujumbura : deuxième rang avec 66 cas en 2022-2023.
- Province de Ruyigi : plus faible nombre avec 9 cas en 2022-2023.





**Figure 9: Nombre de grossesses des élèves enregistrées par province pour l'année scolaire 2018-2019**



**Figure 10: Nombre de grossesses des élèves enregistrées par province pour l'année scolaire 2022-2023**

### III.2.3.1.3. Comportements sexuels à risque

Les études révèlent des comportements sexuels à risque chez les jeunes, avec une utilisation insuffisante du préservatif et des partenaires multiples.

En 2023, Le rapport de l'étude sur les interventions de communication de masse dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes au Burundi <sup>43</sup> rapporte que 17% des adolescents et des jeunes interrogés avaient plusieurs partenaires sexuels. En 2018, l'enquête de base du projet iReady de RNJ+ <sup>38</sup> indique que parmi les jeunes ayant eu des rapports sexuels, 31,7% n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. En 2022, SADEV, à travers son enquête sur l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes dans les

CDSAJ <sup>49</sup> rapporte que seulement 12% des répondants ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

#### **III.2.3.1.4. Besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle**

Bahimana et al. <sup>53</sup> (2023) soulignent qu'en 2016, 43,6% des garçons célibataires et 45,9% des filles célibataires au Burundi avaient des besoins non satisfaits en matière d'IEC sur la santé sexuelle, bien que ces chiffres représentent une baisse par rapport à 2010 <sup>53</sup>.

#### **III.2.3.1.5. Disparités régionales et populations vulnérables :**

Certaines études mettent en lumière des disparités régionales et des populations particulièrement vulnérables. Dans les camps de déplacés à Gatumba, le MSFC (2022) <sup>37</sup> rapporte des taux élevés de violence basée sur le genre (43,7%) et de grossesses non désirées (23%). L'IFORD (2019) souligne une prévalence du VIH plus élevée chez les personnes handicapées (7,6%) que chez les personnes sans handicap (2,6%) à Bujumbura<sup>48</sup>.

En conclusion, bien que certaines améliorations aient été observées, notamment dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, les défis restent importants en matière de SSR au Burundi. Les adolescents et les jeunes demeurent particulièrement vulnérables, avec des taux élevés de grossesses précoces et de comportements sexuels à risque. Les efforts en matière d'éducation sexuelle, d'accès aux services de SSR et de prévention des IST/VIH doivent être renforcés, en tenant compte des disparités régionales et des populations particulièrement vulnérables.

### **III.2.3.2. Déterminants**

#### **III.2.3.2.1. Facteurs démographiques :**

**-Âge :** L'âge apparaît comme un déterminant majeur dans plusieurs études <sup>23, 26, 43, 46, 53, 72, 87</sup>. Les jeunes de 15-24 ans, et particulièrement les adolescents de 12-18 ans, sont identifiés comme des groupes vulnérables<sup>37, 43</sup>.

**-Sexe :** Des différences significatives entre hommes et femmes sont rapportées, notamment en termes d'activité sexuelle et d'accès aux services de SSR <sup>26, 38, 43</sup>.

### III.2.3.2.2. Facteurs socio-économiques :

- **Éducation** : Le niveau d'éducation est fréquemment cité comme un déterminant clé de la SSR, influençant l'accès à l'information et l'utilisation des services <sup>27, 43, 53, 72, 87</sup>.

- **Revenu/niveau de vie** : La pauvreté et le niveau de vie du ménage sont identifiés comme des facteurs importants affectant l'accès aux services de SSR et les comportements en matière de reproduction <sup>27, 32, 43, 57, 72, 80</sup>.

### III.2.3.2.3. Facteurs géographiques :

-**Lieu de résidence** : Une distinction nette est observée entre les zones urbaines et rurales en termes d'accès aux services de SSR <sup>23, 26, 27, 40, 43, 53</sup>. Par exemple, l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive est de 92,8% en zone urbaine contre 77,3% en zone rurale <sup>23</sup>.

**Disparités régionales** : Plusieurs études mettent en évidence des différences significatives entre les provinces en matière de SSR <sup>16, 23, 26</sup>.

### III.2.3.2.4. Facteurs socioculturels :

- Normes sociales et croyances religieuses : Ces facteurs sont mentionnés comme influençant les comportements en matière de SSR <sup>32, 43, 87</sup>.

État matrimonial : Il est cité comme un déterminant de l'accès et de l'utilisation des services de SSR <sup>43</sup>.

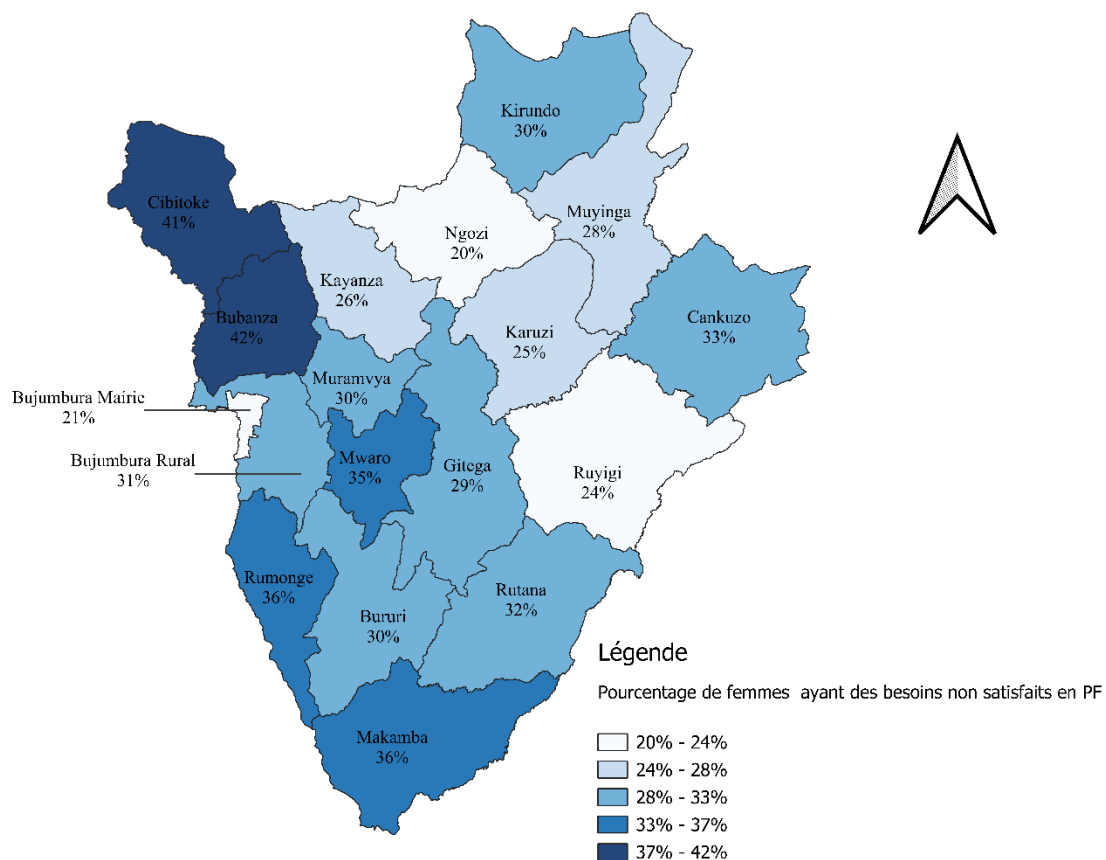
En tant que chercheur en santé sexuelle et reproductive spécialisé dans l'analyse des tendances et l'évaluation des politiques de santé, je vais procéder à une analyse approfondie des indicateurs sur l'accès et l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes au Burundi, en me basant sur les données fournies dans le tableau.

### III.2.3.3. Indicateurs

#### III.2.3.3.1. Accès aux services de SSR :

On observe une amélioration globale de l'accès aux services de SSR entre 2014 et 2023, mais des disparités persistent. French et al.<sup>23</sup>,2019 rapporte que 78,8% des ménages avaient accès à des services de SSR dans un rayon de 5 km. En 2023, 64% des formations sanitaires offraient des services SSRAJ, même sans accréditation officielle en tant que centre ami des jeunes. La plupart des jeunes doivent payer pour les services de planning familial (9%) et le traitement des IST (85%)<sup>16</sup>.

L'accès reste limité dans certaines zones. Selon Schwarz et al.<sup>57</sup> 2022, en milieu rural, l'accès aux services de SSR est encore restreint<sup>57</sup>. Dans les zones de déplacement comme Gatumba, l'absence de services de SSR sur place oblige les femmes à se rendre dans des centres éloignés, réduisant l'utilisation de la contraception<sup>37</sup>.



**Figure 11: Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon l'EDS 2016-2017 <sup>30</sup>**

### III.2.3.3.2. Utilisation des services de SSR :

L'utilisation des services de SSR par les jeunes et adolescents montre une tendance à la hausse, mais reste globalement faible. En 2019, seulement 4,8% des adolescents déclarent avoir déjà utilisé des services de SSR <sup>23</sup>. En 2022, le taux de consultation pour la SSR était de 38% parmi les jeunes étudiés dans les aires de santé de 5 CDSAJ des provinces de Muyinga et Karusi <sup>49</sup>.

Munezero & Bigirimana en 2020 note que seulement 59,8% des jeunes connaissent l'existence des services SSRAJ. Les jeunes en milieu urbain sont plus susceptibles d'être au courant de l'existence de ces services et de les avoir déjà utilisés. La même étude nous apprend que le dépistage du VIH est l'un des services SSRAJ les plus consultés, avec 70% des jeunes déclarant l'avoir déjà utilisé en 2020 <sup>26</sup>.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, il reste problématique. En 2019, seulement 17,5% des jeunes déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel <sup>23</sup>. En 2020, l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel était faible (42%), et seuls 44,5% des jeunes l'utilisaient lors de leur dernier rapport sexuel <sup>26</sup>. En 2023, 36% des jeunes exposés aux interventions du projet NCIRAGACE ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, contre 24% pour ceux non exposés <sup>43</sup>.

L'utilisation des méthodes contraceptives montre une évolution positive, mais reste insuffisante. Nibaruta et al.<sup>72</sup> note une faible prévalence de l'utilisation des contraceptifs chez les adolescents avec 2,5% en 2017. L'IFORD 2019 affirme que les personnes handicapées sont moins susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive (hommes : 33% contre 52% ; femmes : 43% contre 63%) et rencontrent plus de difficultés d'accès aux services de SSR que les personnes sans handicap<sup>48</sup>.

### **III.2.3.3.3. Accès à l'information, connaissances attitudes des jeunes et adolescents sur la SSR**

L'accès à l'information reste un défi. En 2020, seulement 59,8% des jeunes connaissaient l'existence des services SSRAJ <sup>26</sup>.

Concernant le niveau de connaissance du VIH/SIDA, on observe une tendance à l'amélioration des connaissances au fil des ans. En 2018, 93,2% des jeunes connaissaient le VIH/SIDA <sup>38</sup>. En 2019, 53,1% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans avaient une connaissance complète du VIH <sup>27</sup>. Cette tendance positive s'est poursuivie, avec 89,6% des jeunes ayant une connaissance du VIH/SIDA en 2020 <sup>26</sup>.

Les connaissances sur la fertilité et le cycle menstruel restent limités. En 2017, le taux de connaissances sur le cycle menstruel et la fertilité était bas <sup>89</sup>. En 2019, seulement 49,8% des filles et 41,8% des garçons comprenaient la période de risque accru de grossesse <sup>23</sup>. En 2020, seulement 54,7% des jeunes savaient qu'une fille peut tomber enceinte entre deux menstruations <sup>26</sup>.

Des différences régionales ressortent. Les données montrent des disparités entre les zones urbaines et rurales. En 2023, Bahimana et al.<sup>53</sup> ont rapporté que les jeunes

vivant en milieu urbain sont moins concernés par les besoins non satisfaits en matière d'IEC sur la santé sexuelle que ceux vivant en milieu rural.

En 2022, l'IRH & USAID ont identifié huit normes sociales clés influençant les comportements des adolescentes et jeunes femmes célibataires en matière de santé reproductive<sup>32</sup>, à savoir:

- La sexualité et la santé reproductive ne sont pas discutées ouvertement dans les ménages ou la communauté et cela n'est pas considéré comme socialement acceptable de le faire ;
- Il n'est pas socialement acceptable de montrer des signes de menstruation ;
- Les filles doivent se comporter différemment après avoir commencé leurs règles ;
- L'activité sexuelle chez les adolescentes et les jeunes femmes non mariées semble courante mais n'est pas approuvée par la société ;
- Avoir des relations sexuelles en échange de cadeaux ou d'argent semble courant ;
- Les cas de coercition sexuelle semblent courants et les filles qui subissent des violences sexuelles sont généralement humiliées socialement ;
- Il est de moins en moins acceptable socialement d'avoir plus d'enfants qu'on ne peut en prendre soins ; et
- Les adolescentes et les jeunes femmes n'utilisent généralement pas de contraception et il n'est pas jugé approprié pour elles d'utiliser la contraception.

Concernant l'attitude des prestataires de santé, en 2023, 79% des prestataires de santé conseillaient aux adolescents et jeunes de s'abstenir de rapports sexuels lorsqu'ils demandaient des contraceptifs<sup>16</sup>, ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux services de SSR.

#### **III.2.3.3.4. Sources d'information sur la SSR**

Les principales sources d'information sur la SSR varient selon les études. En 2021, bien que la sexualité et la santé reproductive ne sont pas discutées ouvertement dans les ménages ou la communauté et cela n'est pas considéré comme socialement acceptable de le faire; l'Institute for Reproductive Health<sup>32</sup> a trouvé que les



principales sources d'information des adolescentes et jeunes femmes célibataires étaient les parents, amis, sœurs, tantes, prestataires de santé, enseignants et clubs de santé en milieu scolaire <sup>32</sup>. En 2023, le rapport de l'étude sur les interventions de communication de masse dans le domaine de la SSRAJ au Burundi rapporte ces chiffres amis (15%), école (12%), radio (11%) et CDS/Prestataires de santé (11%) <sup>43</sup>.

En conclusion, bien que des progrès aient été réalisés dans l'accès et l'utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes au Burundi entre 2014 et 2023, des défis importants subsistent. Les efforts futurs devraient se concentrer sur l'amélioration de l'accès en milieu rural, le renforcement de l'éducation sexuelle complète, l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives, en particulier des préservatifs, et l'adoption d'une approche inclusive pour atteindre les populations vulnérables.

### **III.2.4. VIH/SIDA**

#### **III.2.4.1. Prévalence du VIH /SIDA au Burundi**

Les données indiquent une légère baisse de la prévalence du VIH dans la population générale au fil du temps. Le rapport d'activité du CNLS (2015) <sup>73</sup> mentionne une prévalence de 1,4% chez les 15-49 ans en 2010, tandis qu'un rapport d'activité du PNLIS (2018) <sup>75</sup> révèle un taux de 0,9% pour la même tranche d'âge en 2016-2017. Cette diminution pourrait témoigner de l'efficacité des programmes de prévention et de traitement mis en place au Burundi.

Le rapport d'activité du PNLIS (2018) <sup>75</sup> met en lumière une différence marquée entre les zones urbaines et rurales. La prévalence en milieu urbain (2,5%) est significativement plus élevée qu'en milieu rural (0,7%). Cette disparité souligne l'importance d'adapter les stratégies de santé publique en fonction du contexte géographique, avec une attention particulière aux défis spécifiques des zones urbaines.

Les données révèlent des taux de prévalence nettement plus élevés parmi certaines populations clés. Les professionnels du sexe affichent une prévalence de 21,3% selon le rapport d'activité du PNLIS 2018 <sup>75</sup> et celle du CNLS (2015) <sup>73</sup>. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) présentent un taux de 4,8%.

Chez les usagers de drogues injectables (UDI), on observe une augmentation inquiétante, passant de 10,2% en 2017 (Nkurunziza 2017<sup>25</sup>, PNLs 2018<sup>75</sup>) à 14,1% en 2022 (PNLS 2022<sup>47</sup>). Ces chiffres soulignent la nécessité de cibler ces groupes dans les stratégies de prévention et de traitement.

Cette analyse révèle des progrès dans la réduction de la prévalence du VIH dans la population générale au Burundi, mais souligne également des défis persistants, notamment parmi les populations clés à haut risque et dans les zones urbaines. Les disparités observées appellent à des interventions ciblées et adaptées aux contextes spécifiques.

### **III.2.4.2. Déterminants liés à l'infection du VIH/SIDA**

#### **III.2.4.2.1. Déterminants socioéconomiques liées à l'infection du VIH/SIDA**

En 2017, Ntirampeba et al.<sup>54</sup> ont constaté une corrélation positive entre le niveau d'éducation et l'utilisation du préservatif. Les personnes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (43%) étaient plus susceptibles d'utiliser des préservatifs que celles ayant un niveau primaire (22%) ou sans éducation formelle (14,9%).

En 2022, deux études confirment l'impact positif de l'éducation sur les comportements préventifs : Yapi et al.<sup>62</sup> ont montré que les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire (OR=1,27) ou supérieur (OR=1,68) étaient plus susceptibles de se faire dépister pour le VIH que celles sans éducation. Nshimirimana et al.<sup>64</sup> ont corroboré ces résultats, montrant qu'un niveau d'éducation plus élevé était associé à un recours accru au dépistage du VIH chez les femmes (OR ajusté : 1,40, IC à 95% : 1,11 à 1,76).

En 2015, le rapport d'une étude du CNLS soulignait la vulnérabilité particulière des travailleuses du sexe, présentant une prévalence très élevée du VIH<sup>73</sup>. En 2017, Ntirampeba et al.<sup>54</sup> ont mis en évidence les comportements sexuels à haut risque des chauffeurs routiers et l'influence de certaines professions (comme l'armée et la police) sur la mobilité géographique et les défis liés à l'abstinence. En 2022, Branger et al.<sup>60</sup> ont identifié que les professions de restaurateur, pêcheur et transformateur étaient significativement associées à un test positif au VIH (ORa = 1,83, p= 0,038) parmi les personnes travaillant sur le lac Tanganyika.

Les données sur le revenu sont limitées, mais Nshimirimana et al.<sup>64</sup> (2022) ont trouvé que chez les femmes, l'indice de richesse des ménages n'était pas associé au

dépistage du VIH dans l'analyse ajustée. En revanche, chez les hommes âgés de 15 à 24 ans, ceux vivant dans le quintile de ménages le plus riche avaient des chances significativement plus élevées de se faire dépister (OR ajusté : 1,81, IC à 95 % : 1,09 à 3,00) comparativement aux hommes des ménages les plus pauvres.

L'analyse des données montre que l'éducation émerge comme un facteur de plus en plus crucial dans la prévention et le dépistage. Parallèlement, l'identification des groupes professionnels à risque est également primordiale. Les données sur le revenu, bien que limitées, révèlent des différences de comportements de dépistage liées au genre.

#### **III.2.4.2.2. Déterminants démographiques liées à l'infection du VIH/SIDA**

Une vulnérabilité accrue chez les jeunes est observée. Selon le rapport d'une étude du CNLS (2015), une forte proportion de nouvelles infections concerne les moins de 25 ans<sup>73</sup>. Cependant, Branger et al.<sup>60</sup> (2022) soulignent que les personnes de plus de 40 ans étaient plus susceptibles d'avoir au moins un test positif dans les régions de Rumonge, Bujumbura et Makamba<sup>60</sup>. Pour le dépistage, Nshimirimana et al.<sup>64</sup> (2022) notent qu'un âge plus avancé (20-24 ans par rapport à 15-19 ans) est associé à une probabilité plus élevée de se faire dépister, tant chez les femmes (OR ajusté : 1,62) que chez les hommes (OR ajusté : 1,78)<sup>64</sup>.

Une féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA est constatée au Burundi. Le rapport d'activité du CNLS (2015) rapporte une prévalence plus élevée chez les femmes dans certaines tranches d'âge<sup>73</sup>. Cette tendance correspond à celle de Branger et al.<sup>60</sup> (2022), qui observent une prévalence légèrement plus élevée chez les femmes (8,4%) par rapport aux hommes (5,3%) pour au moins un test positif, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative en analyse multivariée<sup>60</sup>. Paradoxalement, Ntirampeba et al.<sup>54</sup> (2017) rapportent que les hommes déclarent utiliser davantage le préservatif (24,6%) que les femmes (18,5%) à Bujumbura Mairie<sup>54</sup>.

L'état civil joue un rôle significatif dans le recours au dépistage du VIH. Nshimirimana et al.<sup>64</sup> (2022) constatent que le fait d'être marié ou de cohabiter est associé à une augmentation du recours au dépistage du VIH, tant chez les femmes que chez les hommes<sup>64</sup>. Yapi et al.<sup>62</sup> (2022) signalent que les femmes vivant en concubinage étaient plus susceptibles de recourir au test de dépistage que celles mariées<sup>62</sup>.

La parité semble avoir une influence sur le comportement de dépistage chez les femmes. Yapi et al. <sup>62</sup> (2022) observent que le nombre d'accouchements était négativement associé au dépistage. Les femmes ayant eu des enfants étaient moins susceptibles de se faire dépister que celles qui n'en avaient pas eu <sup>62</sup>.

L'étude de Nkurunziza (2017) <sup>25</sup> met en lumière la vulnérabilité particulière des femmes au sein des populations clés, notamment chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Bien que les femmes ne représentent que 7,1% de l'échantillon d'UDI, elles présentaient un taux de VIH nettement plus élevé (22,2%) que les hommes (9,3%) <sup>25</sup>. Ces chiffres soulignent l'urgence d'interventions adaptées et sensibles au genre au sein des populations à haut risque.

Ces tendances soulignent l'importance d'approches ciblées en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH/SIDA au Burundi, en tenant compte des spécificités liées à l'âge, au sexe, à l'état civil et aux populations clés.

### **III.2.4.2.3. Déterminants culturels**

Yapi et al. <sup>62</sup> (2022) mettent en lumière l'influence persistante des normes de genre sur le dépistage du VIH. Leur étude révèle que lorsque la décision du dépistage revient uniquement au partenaire masculin, la probabilité de recours au dépistage est plus élevée (OR=1,22, IC 95%) par rapport aux situations où les femmes prennent seules cette décision <sup>62</sup>.

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, Nshimirimana et al. <sup>64</sup> (2022) constatent que l'appartenance religieuse n'est pas significativement associée au dépistage du VIH chez les femmes burundaises <sup>64</sup>.

Njejimana et al. <sup>56</sup> (2021) mettent en évidence la persistance de la stigmatisation liée au VIH au Burundi, malgré une diminution des formes ouvertes de discrimination <sup>56</sup>. L'étude révèle que la peur de la divulgation du statut VIH, de la maladie et de la mort reste des préoccupations majeures. La stigmatisation semble prendre des formes plus subtiles, comme la marginalisation et les critiques, ce qui pose de nouveaux défis pour les interventions de santé publique.

L'étude de Ntirampeba et al. <sup>54</sup> (2017) à Bujumbura Mairie offre un aperçu détaillé des croyances culturelles influençant l'usage du préservatif <sup>54</sup>. Plusieurs facteurs sont identifiés <sup>54</sup>:

- La perception que le préservatif réduit le plaisir sexuel.
- Un scepticisme quant à l'efficacité du préservatif.
- L'association du préservatif à l'immoralité, reflétant des conflits entre pratiques de santé et valeurs morales.
- L'interprétation de l'utilisation du préservatif comme un signe de méfiance dans une relation.

Ces tendances démontrent l'importance d'intégrer une compréhension approfondie des facteurs culturels dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé sexuelle et reproductive au Burundi. Il est important de noter que ces études couvrent différentes régions du Burundi, avec une concentration sur la province de Bujumbura Mairie pour certaines données. Cela souligne le besoin d'études plus approfondies dans d'autres provinces pour obtenir une image plus complète des variations régionales dans ces déterminants culturels.

#### **III.2.4.2.4. Déterminants géographiques : Lieu de résidence, Accessibilité**

L'analyse des déterminants géographiques révèle une disparité marquée entre les zones urbaines et rurales. Nshimirimana et al. <sup>64</sup> (2022) et Yapi et al. <sup>62</sup> (2022) relatent une probabilité significativement plus faible de dépistage du VIH chez les femmes en milieu rural <sup>62, 64</sup>. Cette tendance est confirmée par Ntirampeba et al. <sup>54</sup> (2017), qui observent une utilisation du préservatif plus fréquente en milieu urbain (33,8%) qu'en milieu rural (17,2%) à Bujumbura Mairie <sup>54</sup>. Paradoxalement, le rapport d'activité du CNLS (2015) note une prévalence du VIH plus élevée en milieu urbain (4,1% chez les 15-49 ans en 2010) qu'en milieu rural (1%) <sup>73</sup>.

L'étude de Branger et al. <sup>60</sup> (2022), réalisée auprès des personnes travaillant sur le lac Tanganyika (communauté des pêcheurs), met en lumière des différences significatives de prévalence du VIH, VHB et VHC entre les plages du lac Tanganyika, avec la plage de Mvugo présentant une prévalence nettement plus élevée (ORa=4,10), tandis que la plage de Rumonge avait significativement moins de tests positifs (3,2% contre 7,2% ; p=0,025)<sup>60</sup>.

L'accessibilité des services de santé apparaît comme un facteur déterminant. Ndereyimana et al. <sup>58</sup> (2018) mettent en évidence les défis supplémentaires auxquels font face les populations vulnérables, comme les personnes sourdes, en zones rurales

<sup>58</sup>. Cette observation souligne la nécessité de programmes spécialisés pour atteindre ces populations.

Ces résultats impliquent la nécessité d'efforts ciblés pour améliorer l'accès aux services de SSR en milieu rural, d'adapter les stratégies de prévention et de traitement du VIH aux contextes locaux, et de développer des programmes spécialisés pour les populations vulnérables.

### **III.2.4.3. Indicateurs**

#### **III.2.4.3.1. Accès aux services de sante**

##### **III.2.4.3.1.1. Disponibilité des services de dépistage**

L'analyse révèle une tendance générale à l'augmentation de la disponibilité des services de dépistage du VIH au Burundi au fil des années. Le rapport d'activité du CNLS rapporte 789 CDV opérationnels en 2014 <sup>73</sup>. Cette croissance s'est poursuivie, avec le rapport d'une étude du PNLS notant une augmentation à 895 sites en 2018 <sup>75</sup>, puis à 1035 en 2021 <sup>74</sup>. Cette progression témoigne d'efforts soutenus pour améliorer l'accessibilité des services de dépistage à l'échelle nationale.

La perception de l'accessibilité des services s'est également améliorée. Un rapport d'une étude du PNLS en 2022, couvrant Bujumbura, Gitega, Rumonge, Muyinga et Ngozi, révèle que 93,1% des personnes interrogées estimaient pouvoir accéder à un test de dépistage du VIH confidentiel dans leur communauté <sup>47</sup>. Ce taux élevé suggère une amélioration significative de la perception de l'accessibilité des services.

Malgré ces progrès, des disparités persistent. Le rapport d'une étude du MSPLS rapporte en 2022 une faible disponibilité des services de dépistage dans les hôpitaux publics/privés et les centres de santé privés/associatifs <sup>28</sup>. Cette observation souligne la nécessité d'efforts continus pour uniformiser l'accès aux services de dépistage dans tous les types d'établissements de santé.

Des défis spécifiques subsistent pour certaines populations. Ndereyimana et al. <sup>58</sup> (2018) mettent en lumière l'absence de structures d'accueil adaptées aux personnes sourdes dans les formations sanitaires <sup>58</sup>.

L'impact des crises sur l'accessibilité des services de santé est un facteur à considérer. L'UNFPA rapporte qu'en 2015, des centres de santé ont été fermés et le personnel de santé redéployé en raison de l'insécurité due aux manifestations <sup>41</sup>.

Concernant l'utilisation des services par les jeunes, un rapport d'une étude de l'APST en 2018 à Bujumbura et Makamba révèle que 32,9% des jeunes déclaraient avoir déjà fréquenté une clinique pour des services liés au VIH/sida <sup>38</sup>. Ce chiffre, bien qu'encourageant, suggère qu'il reste des progrès à faire pour atteindre cette population clé, nécessitant des stratégies ciblées et adaptées aux jeunes.

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans l'expansion des services de dépistage du VIH au Burundi entre 2015 et 2022, des défis persistent en termes d'uniformité de l'accès, d'adaptation aux besoins de populations spécifiques, et de résilience face aux crises. Les politiques futures devraient viser à consolider les acquis tout en traitant ces disparités persistantes pour assurer un accès équitable aux services de dépistage pour la population burundaise.

#### **III.2.4.3.1.2. Disponibilité des ARV**

L'expansion des sites de prise en charge des ARV constitue une tendance majeure et positive. Le rapport d'activité du CNLS rapporte 185 sites offrant le traitement antirétroviral (TAR) en 2014<sup>73</sup>. Cette croissance s'est poursuivie de manière significative, avec celle du PNLs notant une augmentation à 686 sites en 2018 <sup>75</sup>, puis à 916 en 2021 <sup>74</sup>. Cette progression impressionnante (multiplication par près de 5 du nombre de sites en 7 ans) témoigne d'efforts soutenus pour améliorer l'accessibilité des ARV à l'échelle nationale.

L'augmentation du nombre de sites de traitement s'est accompagnée d'une évolution qualitative des soins. Le plan stratégique du PNLs, mentionne l'utilisation de schémas thérapeutiques optimisés, notamment en élargissant l'utilisation du dolutégravir (DTG) <sup>82</sup>.

L'analyse montre une nette amélioration de l'accès aux ARV au Burundi entre 2014 et 2021, avec une augmentation substantielle du nombre de sites de traitement.

### **III.2.4.3.2. Utilisation des services : Taux dépistage du VIH**

On observe une tendance générale à l'augmentation du taux de dépistage du VIH au fil des années. En 2015, selon le rapport d'une étude de l'UNFPA lors de la période des manifestations, il y avait eu une baisse significative du nombre de jeunes de 15 à 24 ans ayant réalisé un test de dépistage du VIH, avec une diminution de 4,5%<sup>41</sup>. Cependant, les données plus récentes montrent une amélioration notable.

De plus, les données révèlent systématiquement un taux de dépistage plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Par exemple, en 2022, Nshimirimana et al.<sup>64</sup> signalent que 27,1% des femmes contre 16,6% des hommes avaient réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents<sup>64</sup>.

En outre, Selon les rapports d'activité du PNLIS, Le taux de dépistage chez les femmes enceintes en consultation prénatale (CPN1) a connu une augmentation significative, passant de 71,97% en 2018 (PNLS 2018<sup>75</sup>) à 92% en 2021 (PNLS 2021<sup>74</sup>).

Par ailleurs, les données disponibles ne permettent pas une analyse détaillée par province mais quelques observations peuvent être faites. En 2018, une étude réalisée à Bujumbura et Makamba a montré que 37,3% des jeunes avaient déclaré avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (APST 2018<sup>38</sup>). De plus, une autre étude de 2022 couvrant Bujumbura, Gitega, Rumonge, Muyinga et Ngozi a révélé que 52,9% des personnes interrogées avaient réalisé un test de dépistage du VIH au moins une fois (PNLS 2022<sup>47</sup>).

### **III.2.4.3.3. Comportements et pratiques : Utilisations des préservatifs**

L'analyse des données sur l'utilisation des préservatifs au Burundi révèle des tendances intéressantes, bien que limitées à certaines régions et populations spécifiques.

Selon un rapport d'étude du PNLIS publié en 2022, une proportion significative de la population des provinces de Bujumbura, Gitega, Rumonge, Muyinga et Ngozi utilise des préservatifs. En effet, 70,5% des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé un préservatif au moins une fois lors d'un rapport sexuel au cours des 12 mois



précédents. De plus, 62,3 % d'entre elles ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel <sup>47</sup>.

Cependant, les données d'une étude de l'APST 2018 concernant les jeunes à Bujumbura et Makamba montrent un taux d'utilisation plus faible. Parmi les jeunes sexuellement actifs, 31,7% ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel <sup>38</sup>. Cela suggère qu'environ 68,3% des jeunes dans ces régions utilisaient des préservatifs, un chiffre légèrement inférieur à celui de la population générale rapporté par le PNLS en 2022.

Pour les populations à risque, comme les utilisateurs de drogues injectables (UDI), l'utilisation des préservatifs semble être encore plus faible. Nkurunziza en 2017 <sup>25</sup> rapporte que parmi les UDI ayant eu des rapports sexuels non rémunérés, 41,1% n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport <sup>25</sup>. Cela implique que seulement 58,9% des UDI utilisaient des préservatifs, un taux inférieur à celui de la population générale et des jeunes.

Ces données suggèrent une tendance à l'augmentation de l'utilisation des préservatifs dans la population générale entre 2018 et 2022, mais soulignent également la nécessité d'efforts ciblés pour améliorer l'utilisation des préservatifs chez les jeunes et les populations à risque.

#### **III.2.4.3.4. Connaissances et attitudes : Connaissance du VIH/SIDA**

En 2018, une étude menée par l'APST à Bujumbura et Makamba a mis en lumière un paradoxe intéressant. Bien que 93,2% des jeunes aient déclaré avoir déjà entendu parler du VIH/SIDA, démontrant une large sensibilisation à l'existence de la maladie, la compréhension approfondie restait limitée. En effet, seulement 37,9% des jeunes possédaient une connaissance détaillée des modes de transmission et étaient capables d'identifier les idées fausses sur le sujet <sup>38</sup>. Ce contraste souligne l'importance de ne pas se contenter d'une sensibilisation superficielle, mais de viser une éducation plus approfondie et précise.

Le rapport d'une étude de l'ISTEEBU en 2019 indique que 53,1% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont une connaissance complète du VIH <sup>27</sup>. Cette proportion est

plus élevée que celle rapportée pour les jeunes en 2018 à Bujumbura et Makamba, suggérant une possible amélioration ou une différence entre les sexes ou les régions d'étude.

Les données sur les populations à risque mettent en évidence des insuffisances préoccupantes. En 2015, un rapport d'étude du CNLS indiquait que seulement 31,2 % des professionnel(le)s du sexe possédaient des connaissances exactes sur la prévention du VIH et rejetaient les principales idées fausses <sup>73</sup>. Cette situation a évolué, mais reste alarmante : selon le rapport du PNLIS en 2022, seulement 58,3 % des personnes qui s'injectent des drogues avaient une connaissance précise des méthodes de transmission et de prévention du VIH <sup>47</sup>. Ces chiffres montrent une progression insuffisante dans la sensibilisation et l'éducation sur le VIH au sein de ces populations vulnérables.

L'enquête de l'ISTEEBU en 2017 a fourni des informations précieuses sur des aspects spécifiques de la connaissance du VIH. Notamment, 71% des femmes étaient conscientes que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. De plus, une grande majorité de la population (89% des femmes et 88% des hommes) connaissait un endroit où effectuer un test de dépistage du VIH (ISTEEBU 2017<sup>30</sup>). Ces chiffres encourageants suggèrent que certains messages clés de santé publique ont été efficacement diffusés, mais laissent encore une marge d'amélioration.

### **III.2.5. Santé maternelle et infantile**

#### **III.2.5.1. Mortalité maternelle**

Les données indiquent une apparente tendance à la baisse du rapport de mortalité lié à la grossesse au Burundi sur la période étudiée (entre 2010 et 2017). Selon l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), le rapport est passé de 500 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 <sup>27, 30</sup>. En 2022, Yapi et al.<sup>62</sup> relatent un rapport de mortalité maternelle de 334 pour 100 000 naissances vivantes, basé sur l'Enquête Démographique de Santé 2016-2017<sup>30, 62</sup>.

Cependant, une évaluation détaillée des données nuance ces résultats. En effet, l'examen des intervalles de confiance révèle que la baisse apparente du rapport de mortalité lié à la grossesse entre 2010 et 2017 n'est pas statistiquement significative. L'intervalle de confiance pour 2010 étant de 376-624 décès pour 100 000 naissances vivantes, la valeur estimée pour 2017 (392) se situe à l'intérieur de cet intervalle, et les intervalles de confiance des deux estimations se chevauchent <sup>30</sup>.

Dans ce contexte, il apparaît crucial de poursuivre et d'intensifier les efforts visant à améliorer la santé maternelle au Burundi. Bien que les chiffres suggèrent une tendance positive, l'absence de signification statistique dans la baisse observée indique que des progrès substantiels restent à réaliser. Le rapport d'une étude du MSPLS <sup>28</sup> souligne en 2022 que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixes en matière de santé maternelle.

### **III.2.5.2. Mortalité infantile**

L'analyse des données de mortalité infantile au Burundi révèle une tendance générale à la baisse pour tous les indicateurs étudiés. Cette évolution positive témoigne des efforts continus déployés dans le domaine de la santé infantile.

Le taux de mortalité infantile, a diminué de 36,5%, passant de 74 pour 1000 naissances vivantes en 1987 à 47 pour 1000 en 2016-2017, selon les données de l'ISTEEBU<sup>30, 69</sup>.

La mortalité infanto-juvénile a connu une réduction encore plus marquée. Les chiffres de l'ISTEEBU montrent une baisse de 49%, passant de 153 pour 1000 naissances vivantes en 1987 à 78 pour 1000 en 2016-2017 <sup>30</sup>.

Bien que les données pour la mortalité néonatale ne soient disponibles que pour une période plus récente, elles montrent également une tendance positive. Entre 2010 et 2016-2017, le taux de mortalité néonatale a diminué de 25,8%, passant de 31 à 23 pour 1000 naissances vivantes<sup>30</sup>.

La mortalité juvénile a connu la baisse la plus importante. L'ISTEEBU rapporte une réduction de 61,2%, passant de 85 pour 1000 en 1987 à 33 pour 1000 en 2016-2017<sup>30</sup>.

Malgré ces progrès significatifs, Un rapport d'une étude du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) souligne en 2022 que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les cibles fixées<sup>28</sup>.

### **III.2.6. Egalite du genre**

#### **III.2.6.1. Soutien aux normes d'égalité des genres**

- Maddison (2020) note que les hommes affichent un soutien plus important aux normes d'égalité des genres et à la prise de décision conjointe. Les couples participant à un programme de promotion de l'égalité des genres présentent un soutien modéré à élevé aux normes d'égalité des genres<sup>84</sup>.

#### **III.2.6.2. Participation politique et autonomie des femmes**

- Mbonyingingo (2023) met en évidence les progrès en matière de participation politique des femmes grâce aux quotas, mais souligne la sous-représentation persistante des femmes aux postes de décision et les défis liés à la violence basée sur le genre<sup>29</sup>.

- COCAFEM (2017) et Basse & Kwizera (2017) indiquent que la représentation des femmes dans les instances de prise de décision reste faible malgré les quotas, et que les normes sociales défavorables aux femmes et le contrôle économique des hommes limitent l'autonomie des femmes<sup>22, 31</sup>.

En conclusion, cette analyse révèle des progrès modestes mais une persistance des défis en matière d'égalité des genres au Burundi. Les interventions futures devraient se concentrer sur la transformation des normes sociales et le renforcement de l'autonomie économique et décisionnelle des femmes.

### **III.2.7. Gestion de la chaîne d'approvisionnement**

Concernant la disponibilité des contraceptifs, en 2019, celle-ci variait de 98,7 % à 100 % pour différents types de contraceptifs <sup>42</sup>. En 2023, 99,7 % des FOSA (formations sanitaires) offraient au moins trois méthodes de contraception <sup>39</sup>. Entre 2019 et 2023, on observe une amélioration de la diversification de l'offre dans les FOSA <sup>39, 42</sup>.

Pour ce qui est de la rupture de stock, l'évolution montre une amélioration significative entre 2015 et 2019, suivie d'une légère baisse en 2023. En 2015, 60,9% des FOSA étaient sans rupture de stock, ce chiffre est passé à 85,6% en 2019<sup>42</sup>, puis a légèrement diminué à 80,8% en 2023 <sup>39</sup>.

La disponibilité des médicaments essentiels pour la santé maternelle connaît une amélioration modeste entre 2019 et 2023. En 2019, 37,7% des FOSA réalisant des accouchements disposaient d'au moins 7 médicaments essentiels <sup>42</sup>, ce chiffre est passé à 44,2% en 2023 <sup>39</sup>.

En 2019, les FOSA de niveau tertiaire s'approvisionnaient en moyenne à 6,5 km, celles du niveau primaire à 23,5 km <sup>42</sup>. En 2023, la distance moyenne entre une FOSA et sa principale source d'approvisionnement était de 20,3 km <sup>39</sup>.

L'analyse révèle une amélioration générale de la disponibilité des contraceptifs et une réduction des ruptures de stock entre 2015 et 2023. Cependant, des défis persistent, notamment en ce qui concerne la disponibilité des médicaments essentiels, ce qui pourrait compromettre l'accès aux soins pour certaines populations. Ces tendances soulignent la nécessité de renforcer la chaîne d'approvisionnement en produits SSR.

### **III.2.8. Médias**

#### **III.2.8.1. Prévalence étudiée**

Selon le rapport d'une étude de l'APST de 2018, l'accès aux médias traditionnels était relativement limité chez les jeunes Burundais, avec 21,1% qui n'écoutaient jamais la radio et seulement 16,1% qui regardaient la télévision quotidiennement <sup>38</sup>. En revanche, les données de 2023 issues du rapport d'une étude du PNRS <sup>43</sup> montrent une diversification des canaux médiatiques abordant la SSR. Le feuilleton Agashi

atteint notamment une exposition de 43%, suivi par d'autres programmes spécialisés comme Yaga (6%), Tube Class (5%), Jimbere (4%) et Twubake (3%).

L'étude menée par Migabo <sup>86</sup> en 2022 sur 21 médias burundais révèle une intégration croissante des thématiques SSR dans le paysage médiatique. Sur ces 21 médias consultés, 33,3% (soit 7 médias) avaient au moins un programme spécifique sur la SSR, 57,14% traitaient parfois de ces questions dans une section santé générale, et seulement 9,52% (2 médias) abordaient rarement les sujets de SSR<sup>86</sup>. Cette répartition révèle que la majorité des médias étudiés intègrent désormais les questions de SSR dans leur programmation, au moins occasionnellement.

On constate une diversification des plateformes médiatiques traitant de la SSR. On retrouve des radios comme CCIB FM+, Isanganiro, et Ijwi ry'umukenyenzi, des magazines tels que Zen Planet, ainsi que des plateformes en ligne comme Yaga Burundi, Jimbere Magazine, et Akeza.Net <sup>86</sup>. Cette variété de médias montre une adaptation aux différents publics et habitudes de consommation médiatique, permettant potentiellement d'atteindre un plus large éventail de la population burundaise sur les questions de SSR.

Ces données révèlent une tendance positive dans la couverture médiatique des questions de SSR au Burundi entre 2018 et 2023. On observe une diversification des canaux, une augmentation de l'offre de contenus spécialisés, et une intégration plus large de ces thématiques dans le paysage médiatique.

### **III.2.8.2. Déterminants affectant la couverture médiatique des droits et de la santé sexuels et reproductifs (DSSR)**

#### **Contraintes financières**

Le manque de ressources financières apparaît comme un obstacle majeur à une couverture médiatique efficace des DSSR au Burundi. Migabo <sup>86</sup> en 2022 souligne que cette limitation affecte deux aspects cruciaux : La formation des journalistes sur les DSSR et la production de contenus de qualité.

Cette situation montre que l'amélioration de la couverture médiatique des DSSR nécessiterait un investissement financier significatif, que ce soit de la part des médias eux-mêmes, du gouvernement ou d'organisations internationales.

### **Facteurs socioculturels**

Deux éléments socioculturels importants influencent la couverture médiatique des DSSR au Burundi :

- Le contexte culturel : Migabo <sup>86</sup> en 2022 note que la culture burundaise est marquée par des tabous liés à la sexualité, rendant difficile une discussion ouverte de ces sujets dans les médias.
- L'influence religieuse : La religion joue un rôle significatif dans la perception de la sexualité au Burundi. Certains médias peuvent éviter d'aborder des sujets sensibles par crainte de réactions négatives de la part des autorités religieuses ou de la communauté.

Ces facteurs indiquent la nécessité d'une approche culturellement sensible dans la couverture médiatique des DSSR, qui respecte les valeurs locales tout en promouvant une information précise et complète.

### **Défis professionnels pour les journalistes**

Migabo <sup>86</sup> en 2022 identifie plusieurs défis professionnels auxquels sont confrontés les journalistes :

- Manque de formation spécifique sur les DSSR : Cela limite leur capacité à couvrir ces sujets de manière adéquate et à fournir des informations précises.
- Difficulté d'accès aux sources d'information fiables et crédibles sur les DSSR : Cette situation peut compromettre la qualité des reportages.

Ces défis soulignent l'importance de programmes de formation spécialisés pour les journalistes et d'un meilleur accès aux ressources informatives sur les DSSR.

## **Collaboration insuffisante entre acteurs clés**

Migabo <sup>86</sup> met en évidence, en 2022, un manque de collaboration entre les médias, les autorités et les institutions spécialisées dans les DSSR. Cette lacune peut entraver la diffusion d'informations précises et cohérentes sur ces sujets.

L'analyse de la note d'orientation politique réalisée par Migabo en 2022 révèle une série de défis interconnectés affectant la couverture médiatique des DSSR au Burundi en 2022. Ces défis englobent des aspects financiers, socioculturels, professionnels et institutionnels. Pour améliorer la situation, une approche multidimensionnelle serait nécessaire, impliquant un investissement accru dans la formation des journalistes et la production de contenus de qualité, une sensibilisation culturelle pour aborder les tabous liés à la sexualité, un renforcement des compétences professionnelles des journalistes dans le domaine des DSSR, et une meilleure collaboration entre les médias, les autorités et les institutions spécialisées.

### **III.2.9. Santé menstruelle**

#### **III.2.9.1. Prévalence étudiée**

##### **III.2.9.1.1. Connaissance et éducation menstruelle**

On observe une amélioration de la connaissance générale sur les menstruations au fil du temps. En 2022, à Muyinga (Butihinda), 99,6% des filles savaient ce que sont les règles. Cependant, l'éducation menstruelle reste insuffisante dans les écoles, avec seulement 12,6% des filles recevant des informations sur la menstruation dans des clubs scolaires <sup>36</sup>. Les parents demeurent la principale source d'information (70,8%) sur ce sujet, tandis que 33,6% des filles n'ont reçu des informations qu'après leurs premières règles <sup>36</sup>.

##### **III.2.9.1.2. Pratiques d'hygiène menstruelle**

L'utilisation de méthodes traditionnelles reste prédominante, mais on note une lente évolution vers des pratiques plus modernes. En 2022, à Ruyigi, l'utilisation de chiffons était encore la pratique la plus répandue (57,2%), bien que les serviettes jetables soient préférées <sup>18,36</sup>. À Muyinga, la même année, 57,2% des filles utilisaient



des tissus de vieux vêtements <sup>36</sup>. En 2023, à Makamba, on constate une amélioration avec 47% des filles utilisant des serviettes hygiéniques jetables, considérées comme plus efficaces <sup>17</sup>. Cependant, en 2019 à Kirundo, la gestion des déchets menstruels restait problématique, avec 51,38% des répondantes rapportant chez elles les matériaux sales pour les enterrer dans des fosses <sup>35</sup>.

### **III.2.9.1.3. Absentéisme scolaire**

L'impact des menstruations sur l'éducation demeure significatif à travers les provinces et les années. En 2022, à Ruyigi, 40% des filles s'absentaient de l'école pendant leurs règles, en moyenne 2,1 jours par mois. Les principales raisons citées étaient le manque de protections adaptées (51,9%) et les douleurs (51,5%) <sup>18</sup>. La situation était similaire en 2023 à Makamba, où 42% des filles interrogées s'absentaient de l'école pendant leurs règles, principalement en raison du manque de protections hygiéniques <sup>17</sup>.

### **III.2.9.1.4. Aspects psychosociaux et tabous**

Les tabous et les restrictions sociales liées aux menstruations persistent. En 2022, à Ruyigi, 22,6% des filles subissaient des interdictions durant leurs règles, et 40,8% estimaient que le sujet restait tabou à l'école <sup>18</sup>. Ces attitudes ont un impact significatif sur le bien-être des filles pendant leurs menstruations. En 2019, à Kirundo, 75,23% des répondantes déclaraient changer d'humeur pendant leurs menstruations lorsqu'elles étaient à la maison avec d'autres personnes, et 79,51% ne se sentaient pas à l'aise en public pendant leurs règles <sup>35</sup>.

### **III.2.9.1.5. Pauvreté menstruelle et accès aux produits d'hygiène**

Les disparités économiques continuent d'affecter l'accès aux produits d'hygiène menstruelle de qualité. En 2023, à Makamba, bien que 47% des filles utilisaient des serviettes hygiéniques jetables, celles-ci restaient difficiles d'accès pour certaines en raison de leur coût <sup>17</sup>. Cette situation contribue à l'absentéisme scolaire et affecte la qualité de vie des filles pendant leurs menstruations.

## **III.2.9.2. Déterminants**

### **III.2.9.2.1. Déterminants socioéconomiques**

#### **III.2.9.2.1.1. Profession des parents et contexte économique**

Les données révèlent une prédominance de l'agriculture comme principale activité économique des parents des filles étudiées, avec des variations selon les provinces et les années. En 2019, à Kirundo, 85% des parents ou tuteurs des filles interrogées étaient agriculteurs <sup>35</sup>. Cette proportion a diminué en 2022 à Muyinga (Butihinda), où 56.6% des parents des filles interrogées exerçaient cette profession <sup>36</sup>. Cette évolution pourrait suggérer une diversification des activités économiques, mais le secteur agricole reste prédominant, indiquant des conditions socio-économiques généralement modestes dans ces régions.

#### **III.2.9.2.1.2. Impact sur l'éducation**

Le lien entre les conditions socioéconomiques et l'absentéisme scolaire pendant les menstruations est clairement établi. À Ruyigi en 2022, le manque de protections adaptées était cité comme l'une des principales raisons de l'absentéisme scolaire pendant les règles <sup>36</sup>. Cette situation illustre comment les contraintes économiques affectent directement l'accès à l'éducation des jeunes filles.

### **III.2.9.2.2. Déterminants culturels**

#### **III.2.9.2.2.1. Tabous et stigmatisation**

L'un des aspects culturels les plus saillants qui ressort des données est la persistance des tabous autour de la menstruation. En 2022, à Ruyigi, l'étude de SaCoDé révélait que 40,8% des filles estimaient que le sujet des menstruations restait tabou à l'école <sup>18</sup>. Ce chiffre significatif indique que, malgré les efforts d'éducation, la menstruation demeure un sujet difficile à aborder ouvertement dans le contexte scolaire.

### III.2.9.2.2.2. Interdictions et restrictions

Toujours à Ruyigi en 2022, l'étude a mis en lumière que 22,6% des filles subissaient des interdictions durant leurs règles<sup>18</sup>. Bien que la nature exacte de ces interdictions ne soit pas spécifiée, leur existence témoigne de la présence de croyances culturelles qui limitent les activités des filles pendant leurs menstruations. Ces restrictions peuvent avoir un impact significatif sur la vie quotidienne et la participation sociale des jeunes filles.

### III.2.9.2.2.3. Impact psychosocial

Les données de Kirundo en 2019 offrent un aperçu de l'impact psychosocial des menstruations, qui peut être lié à des facteurs culturels. L'étude rapporte que 75,23% des répondantes déclaraient changer d'humeur pendant leurs menstruations lorsqu'elles étaient à la maison avec d'autres personnes, et 79,51% ne se sentaient pas à l'aise en public pendant leurs règles<sup>35</sup>. Ces chiffres élevés suggèrent un malaise profond lié aux menstruations, probablement enraciné dans des normes culturelles qui stigmatisent ce phénomène naturel.

### III.2.9.2.2.4. Implications pour la santé et l'éducation

Les déterminants culturels identifiés ont des implications importantes pour la santé menstruelle et l'éducation des filles :

**1. Accès à l'information** : Les tabous peuvent limiter l'accès des filles à une information adéquate sur la santé menstruelle. À Muyinga en 2022, seulement 12,6% des filles avaient reçu des informations sur la menstruation dans des clubs scolaires<sup>36</sup> ce qui pourrait être en partie dû aux tabous culturels.

**2. Pratiques d'hygiène** : Les croyances culturelles peuvent influencer les pratiques d'hygiène menstruelle. Par exemple, à Kirundo en 2019, 51,38% des répondantes déclaraient rapporter chez elles les matériaux sales utilisés pendant les menstruations pour les enterrer dans des fosses<sup>35</sup>, une pratique qui pourrait être liée à des croyances culturelles sur la gestion des déchets menstruels.

**3. Participation scolaire** : Les restrictions et le malaise social pendant les menstruations peuvent contribuer à l'absentéisme scolaire. À Makamba en 2023,

42% des filles s'absentaient de l'école pendant leurs règles <sup>17</sup>, un phénomène qui peut être exacerbé par les normes culturelles.

### **III.2.9.3. Indicateurs**

#### **III.2.9.3.1. Indicateurs de l'accès au service de santé**

##### **Disponibilité des médicaments essentiels :**

- En 2019, à Kirundo, le rapport de SaCoDé relate une absence totale de médicaments contre la douleur dans les écoles <sup>35</sup>.
- En 2022, à Muyinga (Butihinda), ce même rapport constate que 98.4% des écoles n'ont pas de médicaments contre les douleurs menstruelles<sup>36</sup>.

##### **Sources d'information sur la menstruation :**

- En 2019, à Kirundo, le rapport de SaCoDé indique que les amies (70%) et la famille proche (59%) sont les principales sources d'information, l'école ne représentant que 15% <sup>35</sup>.
- En 2022, à Muyinga, on rapporte que 70.8% des filles ont reçu leurs premières informations auprès de leurs parents, contre seulement 12.6% dans des clubs scolaires <sup>36</sup>.
- En 2023, à Makamba, on confirme cette tendance : 308 filles informées par des amies, 250 par des parents, 52 par des frères/sœurs, et seulement 34 par des enseignants<sup>17</sup>.

En conclusion, bien qu'on observe une évolution positive dans certains aspects de la santé menstruelle au Burundi entre 2019 et 2023, des défis importants persistent en termes d'accès aux produits d'hygiène, d'éducation menstruelle, et de lutte contre les tabous sociaux. Ces problématiques continuent d'avoir un impact significatif sur l'éducation et le bien-être des filles et des femmes dans les différentes provinces étudiées.

### III.2.10. Diversité et inclusion

L'Institut de formation et de recherche démographique (IFORD) notait, en 2019, un manque criant de données sur la SSR des personnes vivant avec un handicap<sup>48</sup>.

La prévalence du VIH est plus élevée chez les personnes handicapées (PH) (7,6%) que chez les personnes sans handicap (PSH) (2,6%). Le risque d'infection au VIH est 3,5 fois plus élevé chez les PH. De plus, Le risque de violence physique est 4,5 fois plus élevé chez les PH avec un taux de violence sexuelle 2,2 fois plus élevé chez les femmes vivant avec un handicap<sup>48</sup>.

Concernant l'accès aux sources d'information sur le VIH/sida et les méthodes de contraception, il est plus faible chez les PH. Ces dernières déclarent aussi avoir plus de difficultés à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive que leurs paires non handicapées (24 % contre 17 % chez les hommes et 33 % contre 22 % chez les femmes) <sup>48</sup>.

L'utilisation des méthodes contraceptives est moindre chez les PH (hommes : 33% contre 52% ; femmes : 43% contre 63%). L'étude révèle que les PH rencontrent plus de difficultés dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) que leurs pairs non handicapés. En outre, les participants handicapés sont plus inquiets (81,1 %) des difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive que leurs pairs non handicapés (36,6 %). Ces difficultés sont liées au genre. En effet, alors que les femmes handicapées déclarent plus de difficultés que leurs homologues non handicapées, il n'y a pas de différence significative entre les hommes handicapés et ceux qui n'ont pas de handicap, à l'exception des hommes qui rencontrent des difficultés de mouvement.

Des facteurs socioculturels influençant la SSR des personnes handicapées ont également été relevés <sup>48</sup> :

- Perception négative du handicap (malédiction, punition divine, fardeau)
- Croyances erronées sur les relations sexuelles avec les PH
- Discrimination et marginalisation des adolescents et jeunes handicapés.

Notre analyse révèle des progrès significatifs dans l'accès général aux services de SSR au Burundi. Cependant, elle met également en lumière les disparités

importantes et persistantes auxquelles font face les personnes handicapées dans ce domaine. Ces inégalités sont ancrées dans des facteurs socioculturels profonds<sup>48</sup> et exacerbées par des défis structurels dans le système de santé <sup>24</sup>.

Pour améliorer la situation, il serait crucial de mener des études spécifiques à cette catégorie et mettre en place des politiques ciblées visant à réduire ces disparités, tout en travaillant sur les perceptions sociétales du handicap et en renforçant l'accessibilité et l'inclusivité des services de SSR.

## CHAPITRE IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### IV.1. CONCLUSIONS

La présente revue de la littérature avait pour objectif d'analyser les données disponibles sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi sur une période de dix ans, de 2014 à 2023. Cette analyse, basée sur un corpus de 74 documents incluant des articles scientifiques, des rapports d'études, des rapports d'activités et d'autres documents pertinents, a permis de dégager des tendances clés et d'identifier les défis persistants dans ce domaine crucial pour le bien-être de la population burundaise.

L'analyse des données révèle des progrès notables dans certains domaines clés de la SSR. En matière de planification familiale, on observe une tendance à la hausse de l'utilisation de la contraception moderne, bien que le taux reste inférieur à celui d'autres pays d'Afrique de l'Est. Cette évolution positive est le fruit des efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires pour améliorer l'accès aux services de santé reproductive et intensifier les campagnes de sensibilisation.

Cependant, des disparités significatives persistent entre les provinces, soulignant la nécessité de politiques et de programmes ciblés pour garantir un accès équitable à l'information et aux services de planification familiale dans tout le pays. L'accès limité aux services de santé en milieu rural, la persistance des normes sociales et des croyances religieuses défavorables à la contraception, ainsi que les inégalités socio-économiques constituent autant d'obstacles à une utilisation accrue des méthodes contraceptives modernes.

Concernant les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes (SSRAJ), les documents analysés révèlent des besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle complète et d'accès à des services adaptés aux jeunes. La prévalence élevée des grossesses précoces et l'utilisation insuffisante des préservatifs chez les jeunes soulignent l'urgence d'interventions ciblées pour cette population particulièrement vulnérable.

La violence basée sur le genre (VBG) demeure un problème majeur au Burundi. Les données révèlent une prévalence alarmante des violences physiques et sexuelles à l'encontre des femmes et des filles. Les normes sociales néfastes, l'accès limité à la

justice et la stigmatisation des victimes constituent autant de défis à relever pour lutter efficacement contre ce fléau.

L'analyse met en lumière le rôle crucial de l'éducation et de l'information dans l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. La sensibilisation accrue aux questions de SSR, la diffusion d'informations précises sur les méthodes contraceptives et la lutte contre les idées reçues et les rumeurs sont essentielles pour favoriser des comportements responsables et protéger la santé de la population.

Les médias jouent un rôle de plus en plus important dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive au Burundi. On observe une diversification des canaux, une augmentation de l'offre de contenus spécialisés et une intégration plus large de ces thématiques dans le paysage médiatique. Cependant, le manque de ressources financières, les tabous culturels, les défis professionnels pour les journalistes et la collaboration insuffisante entre les acteurs clés limitent l'impact potentiel des médias dans ce domaine.

Cette revue de la littérature souligne que des progrès significatifs ont été réalisés au Burundi en matière de santé sexuelle et reproductive au cours de la dernière décennie. Cependant, des défis importants persistent et nécessitent une action concertée de la part du gouvernement, des partenaires au développement, des organisations de la société civile et des communautés locales. Il est crucial d'investir dans des programmes complets d'éducation sexuelle, d'améliorer l'accès équitable aux services de SSR, en particulier pour les jeunes et les populations vulnérables, de lutter contre les normes sociales néfastes et de renforcer la collaboration entre les acteurs clés. L'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé sexuelle et reproductive exige un engagement soutenu et une approche multisectorielle pour garantir le bien-être de tous les Burundais.



## IV.2. RECOMMANDATIONS

### Recommandations à l'endroit du ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

✓ **Améliorer l'accès équitable aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) :**

- Augmenter le nombre de centres de santé offrant une gamme complète de services SSR, en particulier la planification familiale, les services SSRAJ et le dépistage et traitement du VIH/SIDA, en veillant à une répartition géographique équitable, notamment en milieu rural
- Former davantage de prestataires de santé qualifiés dans tous les domaines de la SSR, y compris la pose d'implants et de DIU, la prise en charge des jeunes et adolescents, et l'accompagnement des victimes de VBG
- Assurer la disponibilité en quantité suffisante et la gestion efficace des médicaments essentiels, des produits contraceptifs et des autres fournitures médicales nécessaires aux services SSR, en renforçant la chaîne d'approvisionnement et en luttant contre les ruptures de stock

✓ **Intensifier les campagnes d'information, d'éducation et de communication :**

- Mener des campagnes de communication de masse pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive, en utilisant divers canaux, notamment les médias traditionnels et les nouvelles technologies
- Diffuser des informations précises et complètes sur les méthodes contraceptives, les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/SIDA, la santé menstruelle et la violence basée sur le genre (VBG)
- Encourager les dialogues communautaires sur la santé sexuelle et reproductive, en impliquant les leaders religieux et communautaires, afin de lever les tabous et de promouvoir des attitudes positives
- Assurer une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge dans les programmes scolaires, en abordant des sujets tels que la puberté, les relations saines, la contraception, la prévention des IST et la VBG

✓ **Renforcer la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) :**

- Veiller à l'application effective de la Loi-013-2016 et des autres lois protégeant les femmes et les filles contre les VBG, en traduisant en justice les auteurs de violences

- Mettre en place des mécanismes de protection et d'accompagnement des victimes de VBG, y compris un accès à l'assistance juridique, médicale et psychosociale
- Intégrer la lutte contre les VBG dans les politiques de santé publique et renforcer les capacités du personnel de santé à identifier, orienter et prendre en charge les victimes

### **Recommandations au ministère de l'Éducation nationale et de la recherche scientifique**

- ✓ **Intégrer l'éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge dans les programmes scolaires, en veillant à :**
  - Aborder des sujets essentiels tels que la puberté, les relations saines, l'égalité des sexes, la contraception, la prévention des IST, les VBG et la santé menstruelle
  - Former les enseignants à l'éducation sexuelle complète et leur fournir des outils pédagogiques adaptés au contexte burundais
  - Créer un environnement scolaire sûr et inclusif où les élèves se sentent à l'aise pour discuter de ces questions sensibles
- ✓ **Promouvoir la santé menstruelle et l'hygiène en milieu scolaire en :**
  - Assurant l'accès à l'eau potable, à des latrines séparées et propres, à du savon et à des protections hygiéniques abordables dans toutes les écoles
  - Intégrant l'éducation à la santé menstruelle dans les programmes scolaires et organiser des séances d'information et de sensibilisation à destination des filles
  - Luttant contre les tabous et la stigmatisation liés aux menstruations en encourageant un dialogue ouvert et positif sur le sujet

### **Recommandations aux organisations qui accompagnent le gouvernement en matière de SDSR :**

- ✓ **Soutenir la mise en œuvre des politiques et programmes de SSR du gouvernement :**
  - Apporter un appui technique et financier au ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, ainsi qu'au Ministère de l'Éducation, pour la mise en œuvre des recommandations mentionnées ci-dessus

- Collaborer avec les structures gouvernementales pour renforcer les systèmes de santé et d'éducation, notamment en matière de chaîne d'approvisionnement, de formation du personnel et de suivi-évaluation
- ✓ **Renforcer les capacités des organisations de la société civile (OSC) :**
  - Soutenir les OSC locales qui travaillent dans le domaine de la SSR, en leur fournissant des ressources financières et techniques adéquates
  - Encourager la collaboration et le partage d'expériences entre les OSC et les structures gouvernementales
- ✓ **Poursuivre les efforts de recherche et d'analyse des données sur la SSR :**
  - Mener des études approfondies sur les déterminants de la SSR au Burundi, en prêtant une attention particulière aux disparités régionales, aux groupes vulnérables et aux questions émergentes
  - Renforcer les systèmes de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur la SSR, afin d'éclairer la prise de décision et de suivre les progrès réalisés.

### IV.3. Limites et contraintes

La réalisation de l'étude a connu les limites et les contraintes suivantes

- **Manque de données désagrégées :** De nombreuses sources, bien que riches en informations générales, manquent de données désagrégées par sexe, âge, région, handicap, ou autre facteur socio-économique pertinent. Cette lacune limite la compréhension des disparités et des besoins spécifiques des différentes populations.
- **Qualité variable des données :** Les sources proviennent d'organismes divers, utilisant des méthodologies et des définitions variables, ce qui peut affecter la comparabilité des données. L'absence de standardisation rend difficile l'agrégation et l'interprétation des résultats de manière cohérente.
- **Focalisation géographique :** Plusieurs études se concentrent sur des régions spécifiques, notamment Bujumbura Mairie, limitant la représentativité des résultats à l'échelle nationale. Cette disparité géographique rend difficile l'extrapolation des conclusions à l'ensemble du Burundi.
- **Manque de données longitudinales :** Bien que la revue couvre une période de dix ans, certaines thématiques, comme l'utilisation des préservatifs ou l'impact des interventions médiatiques, manquent de données longitudinales pour une analyse approfondie des tendances. Cette lacune temporelle

empêche une évaluation complète de l'évolution de certains déterminants les affectant et indicateurs clés

- **Difficulté d'accès à certaines sources** : L'équipe a rencontré des difficultés d'accès à certaines données, notamment des documents non publiés, des rapports internes, ou des informations sensibles.
- **Contraintes de temps et de ressources** : La réalisation d'une cartographie exhaustive et rigoureuse nécessite du temps, des ressources humaines et financières importantes. L'équipe a pu faire face à des contraintes dans ces domaines, ce qui a pu influencer le choix des sources, la profondeur de l'analyse ou la durée de l'étude.

## REFERENCES

1. Gispé Cdo. [XXVI(th) News of the Pharo. Sexual and reproductive health in the South. 6-8 October 2021, Marseille, France]. *Med Trop Sante Int.* 2021;1(4).
2. MSPN. Rapport de la cartographie des acteurs impliqués dans l'éducation à la santé reproductive des adolescents et des Jeunes et évaluation de son état de mise en œuvre au Niger. Niamey: Ministère de la Santé Publique du Niger; 2020.
3. Camara A. Cartographie des interventions en sante Sexuelle et en sante de la reproduction des Adolescent(e)s et jeunes au Sénégal. Dakar; 2017.
4. SADC. Rapport de cartographie de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Communauté de Développement d'Afrique Australe; 2019.
5. 2024. Encyclopedie Wikipedia.
6. Bonnet C. Santé sexuelle et vie affective des adolescents de dernière année secondaire en Province du Luxembourg, quelle place pour le médecin généraliste ? Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain; 2023.
7. UNFPA. Santé sexuelle et reproductive: United Nations Population Fund; 2024 [Available from: <https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive>].
8. UNFPA. Droits et Santé menstruels : Un enjeu d'égalité en Afrique de l'Ouest et du Centre. United Nations Population Fund; 2021. p. 9.
9. Aurelie G, Fatou S. Droits à la santé sexuelle et reproductive: généalogie d'un concept et défis actuels. *Med Trop Sante Int.* 2021.
10. Lekouka FC. Impact de la planification familiale sur la santé maternelle en république du Congo. *Revue Française d'Economie et de Gestion.* 2021;2(12).
11. OMS. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Organisation mondiale de la Santé; 2019. Report No.: 9242514608.
12. Larousse É. Dictionnaire de français Larousse. 2024.
13. Sall FD, Saley D, Modieli A. Ampleur et Déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger. République du Niger et UNFPA; 2015.
14. Paquin M, Lafortune J-M, Mesli S. Équité, diversité et inclusion au sein des universités québécoises: difficultés dans l'avancement de la carrière professorale. Québec: Université du Québec à Trois-Rivières et Université du Québec à Montréal; 2023.
15. 2024. Wiktionnaire.
16. HAI. Service de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents : Enquête sur les prestataires de la santé au Burundi. Amsterdam: Health Action International; 2023.

17. SaCodé. Etude de base sur la promotion de la santé menstruelle et l'hygiène en milieu scolaire dans la province de Makamba: Connaissances, attitudes et pratiques des filles en milieu scolaire sur l'hygiène incluant l'hygiène menstruelle. Bujumbura: Santé Communauté Développement; 2023.
18. SaCoDé. Baseline study on the promotion of hygiene, menstrual, and school hygiene in Ruyigi province: Girls' knowledge, attitudes and practices in schools on hygiene including menstrual hygiene. Bujumbura: Santé Communauté Développement; 2022.
19. PNSR. Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction 2014.
20. MAECD. Rapport national sur l'état de mise en œuvre de l'agenda de la CIPD30. Bujumbura: Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération au Développement 2023.
21. Comlan E. La prise en compte des violences basées sur le genre au Burundi: Analyse des perceptions et obstacles. Bujumbura: Impunity Watch; 2014.
22. Oumar Y, Kwizera J. Norms and practices impeding gender equality in Burundian society. Bujumbura: CARE Burundi; 2017.
23. Harry F. How the "Joint Program" Intervention Should or Might Improve Adolescent Pregnancy in Burundi, How These Potential Effects Could Be Encouraged, and Where Caution Should Be Given. Amsterdam: Share-Net International; 2019.
24. UNFPA. Rapport annuel de l'UNFPA 2020. Bujumbura: United Nations Population Fund; 2020.
25. Nkurunziza M. VIH et Réduction des méfaits parmi les usagers de drogues injectables. Bujumbura: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida; 2017.
26. Munezero D, Bigirimana J. Programme conjoint pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de 10-24 ans au Burundi. Bujumbura: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida; 2020.
27. ISTEERU. Analyse secondaire des données de l'enquête démographique et de santé du Burundi (EDS 2016-2017). Bujumbura: Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi; 2019.
28. MSPLS. Rapport de la revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA-NUT 2019-2023 du Burundi. Bujumbura: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA; 2022.
29. Mbonyingingo C. Profil d'égalité de genre, Édition 2023. Bujumbura: Organisation des Nations Unies-Femmes; 2023.
30. MPBGP, ISTEERU, ICF. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017. Bujumbura: Ministère à la Présidence chargé de la

Bonne Gouvernance et du Plan, Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi, ICF; 2017.

31. COCAFEM. Analyse sur la participation politique de la femme ainsi que sa protection contre les VSBG dans les provinces cibles du GEWEP au Burundi. Bujumbura: Concertation des Collectifs des Associations Féminines de la Région des Grands Lacs; 2017.

32. IRH, USAID. Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi. Washington, D.C.: Institute for Reproductive Health and Center for Child and Human Development, Agence des États-Unis pour le développement international; 2021.

33. ABUBEF. Etude exploratoire sur les normes et les valeurs burundaises en matière de droits et santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Burundi. Bujumbura: Association Burundaise pour le Bien-être Familial; 2022.

34. Desai P. Recherche sur la mesure des normes sociales: le Burundi et le Soudan du Sud Fédération internationale pour la Planification Familiale; 2023.

35. SaCoDe. Agateka Program Baseline survey report 2019. Bujumbura: Santé Communauté Développement; 2019.

36. SaCodé. Girls' knowledge, attitudes and practices in schools on hygiene including menstrual hygiene. Bujumbura: Santé Communauté Développement; 2022.

37. MSFC. Rapport de l'évaluation de l'impact des inondations sur la santé sexuelle et reproductive dans la zone de gatumba. Bujumbura: Medical Students For Choice Burundi; 2022.

38. APST. i-READY baseline survey : Final Report. Bujumbura; 2018.

39. PNSR. Enquête sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction au Burundi. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction; 2023.

40. PNSR. Rapid assessment of the covid-19 impact on the supply and demand for family planning services. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction; 2020.

41. UNFPA. Report of the rapid assessment on Reproductive Health/ASRH/SGBV needs in 8 provinces of Burundi. Bujumbura: United Nations Population Fund; 2015.

42. PNSR. Enquête sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction au Burundi. Rapport final. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction; 2019.

43. PNSR. Rapport de l'étude sur les interventions de communication de masse dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes au Burundi. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction; 2023.

44. UNFPA. Rapport d'évaluation sur les normes sociales en lien avec les violences faites aux femmes et aux filles dans les provinces de Bujumbura,

Kayanza, Kirundo, Gitega et Rumonge. Bujumbura: United Nations Population Fund; 2021.

45. PNSR. Enquête sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction au Burundi. Bujumbura: Programme National de Santé de la Reproduction; 2021.

46. MENRS. Rapport des données sur les grossesses des élèves, édition 2022-2023. Bujumbura: Ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique; 2023.

47. PNLIS. Enquête nationale de séroprévalence et de surveillance des comportements face au VIH, Hépatites virales et syphilis au Burundi chez les consommateurs de drogues injectables. Bujumbura: Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST; 2022.

48. IFORD. Sexual health of Youths and Adults with disabilities in Bujumbura - Burundi. Yaoundé: Institut de Formation et de Recherche Démographiques; 2019.

49. SADEV. Utilisation des services de SSR par les adolescents et jeunes dans les CDSAJ. Bujumbura: Santé et Développement; 2022.

50. Batungwanayo G, Gashubije L, Bizoza A, Nestor S. Étude sur les déterminants de la qualité des soins offerts aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et aux femmes qui accouchent dans les FOSA (CDS et HD) au Burundi. Bujumbura: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA; 2022.

51. Bahimana A, Rwenge J-RM. Déterminants de la non-satisfaction des besoins en planification familiale chez les jeunes femmes mariées au Burundi. Santé Publique. 2021;33(3):445-58.

52. Régis SJF, Franklin BD, Didier N, Désiré M, Willy-Marcel N, Emmanuel B, et al. Qui Sont les Femmes en Union Sans Intention d'Utilisation de la Contraception Moderne au Burundi? Etude du Profil Socio-Démographique à Partir des Données de 2010 et 2016-2017. 2023.

53. Bahimana A, Rwenge J-RM. Determinants of the unmet needs for information, education and communication on sexual health among single youths in Burundi. African Journal of Reproductive Health. 2023;27(8):39-57.

54. Ntirampeba E, De Sutter P. Les facteurs qui influencent la faible utilisation des préservatifs par la population sexuellement active du Burundi. Sexologies. 2017;26(4):228-35.

55. Ndayizigiye M, Fawzi MS, Lively CT, Ware NC. Understanding low uptake of contraceptives in resource-limited settings: a mixed-methods study in rural Burundi. BMC health services research. 2017;17:1-12.

56. Njejimana N, Gómez-Tatay L, Hernández-Andreu JM. HIV–AIDS stigma in burundi: A qualitative descriptive study. International journal of environmental research and public health. 2021;18(17):9300.



57. Schwarz J, Merten S. 'The body is difficult': reproductive navigation through sociality and corporeality in rural Burundi. *Culture, Health & Sexuality*. 2023;25(1):78-93.
58. Ndereyimana A, Coppieters't Wallant Y. La prévention du VIH chez les personnes sourdes au Burundi: état des lieux et perspectives. *Alter*. 2018;12(3):180-5.
59. Nzokirishaka A, Itua I. Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: a cross-sectional study. *Contraception and reproductive medicine*. 2018;3:1-13.
60. Branger B, Sakubu D, Nzorijana J. Prévalence des hépatites B et C et du VIH des personnes travaillant sur le lac Tanganyika (communauté des pêcheurs) au Burundi en 2022. Nantes: Association ONG ESSENTIEL; 2022. Contract No.: hal-03902756f.
61. Schwarz J, Dumbaugh M, Bapolisi W, Ndorere MS, Mwamini MC, Bisimwa G, et al. "So that's why I'm scared of these methods": Locating contraceptive side effects in embodied life circumstances in Burundi and eastern Democratic Republic of the Congo. *Soc Sci Med*. 2019;220:264-72.
62. Yapi A, Tetchi EO, Coulibaly A, Sablé PS, San BBK, Yao EK. Déterminants du recours au test de dépistage du VIH chez les femmes en âge de procréer au Burundi. *Santé Publique*. 2022;34(1):119-30.
63. Elouard Y, Weiss C, Martin-Hilber A, Merten S. Sexual violence as a risk factor for family planning-related outcomes among young Burundian women. *Int J Public Health*. 2018;63(1):13-22.
64. Nshimirimana C, Vuylsteke B, Smekens T, Benova L. HIV testing uptake and determinants among adolescents and young people in Burundi: a cross-sectional analysis of the Demographic and Health Survey 2016-2017. *BMJ Open*. 2022;12(10):e064052.
65. Bazikamwe S, Niyongabo P, Harerimana S. Factors Associated With Contraceptive Use Among Antenatal Care Clients With 3 or More Children at a Central Hospital in Burundi: A Cross-Sectional Study. *East Afr Health Res J*. 2018;2(2):128-34.
66. Nkunuzimana E, Ndoreraho A, Nyandwi J. Uptake of modern contraceptive methods among Burundian women and associated factors: analysis of demographic and health survey data, Burundi 2016–2017. *The East African Health Research Journal*. 2021;5(1):75.
67. Bakibinga P, Matanda DJ, Ayiko R, Rujumba J, Muiruri C, Amendah D, et al. Pregnancy history and current use of contraception among women of reproductive age in Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzania and Uganda: analysis of demographic and health survey data. *BMJ open*. 2016;6(3):e009991.

68. Hakizimana S, Odjidja EN. Beyond knowledge acquisition: factors influencing family planning utilization among women in conservative communities in Rural Burundi. *Reproductive Health*. 2021;18(1):94.
69. Yapi A, Orsot TE, Konan YE, Coulibaly A, Sable PS, Kouadjo BSB, et al. Prédicteurs du recours aux soins prénataux chez les femmes ayant accouchées au Burundi: une analyse multiniveau. *Mali Médical*. 2022;37(4).
70. Nibaruta JC, Elkhoudri N, Chahboune M, Chebabe M, Elmadani S, Baali A, et al. Determinants of fertility differentials in Burundi: evidence from the 2016-17 Burundi demographic and health survey. *Pan African Medical Journal*. 2021;38(1).
71. Dijkman NE, Bijleveld C, Verwimp P. Sexual Violence in Burundi: Victims, perpetrators, and the role of conflict. *Households in Conflict Network Working Paper*. 2014:33.
72. Nibaruta JC, Kamana B, Chahboune M, Chebabe M, Elmadani S, Turman JE, Jr., et al. Prevalence, trend and determinants of adolescent childbearing in Burundi: a multilevel analysis of the 1987 to 2016-17 Burundi Demographic and Health Surveys data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):673.
73. CNLS. Rapport d'activités sur la lutte contre le sida et rapport sur les progrès enregistrés vers un accès universel (Burundi), 2015. Bujumbura: Conseil National de Lutte contre le Sida; 2015.
74. PNLs. Rapport annuel du programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, 2021. Bujumbura: Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles; 2022.
75. PNLs. Rapport annuel des activités de lutte contre Le VIH/SIDA/IST dans Le secteur santé, 2017. Bujumbura: Programme National de Lutte contre le Sida/Infections Sexuellement transmissible; 2018.
76. ISV. Rapport narratif annuel 2022. Bujumbura: Initiative Seruka pour les victimes de viols; 2022.
77. ISV. Rapport narratif annuel 2021. Bujumbura Initiative Seruka pour les victimes de viols 2021.
78. ISV. Rapport annuel 2020. Bujumbura: Initiative Seruka pour les victimes de viol; 2020.
79. AUXFIN. Rapport narratif d'évaluation annuel 2023. Bujumbura: AUXFIN Burundi; 2023.
80. MSPLS. Stratégie nationale de la santé des adolescents au Burundi. Bujumbura: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA; 2015.
81. OBPE. Document de stratégie de genre. Bujumbura: Office Burundais pour la Protection de l'Environnement; 2020.

82. MSPLS. Plan de mise en oeuvre des directives nationales pour la prévention et le traitement du VIH. Bujumbura: Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST; 2020.
83. Régis SJF. Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi: Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union: Université du Burundi; 2023.
84. Hall ML. The Faith-Based Promotion of Gender Equality: An Assessment of the World Relief Families for Life Program in Burundi 2020.
85. Nkurunziza M. Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi: déterminants et motivations: Presses universitaires de Louvain; 2014.
86. Migabo J-MB, Makambira O, Uwikunze A. Le rôle des médias dans la promotion de la santé sexuelle et les droits y afférant au Burundi. Bujumbura: Share-Net Burundi; 2022.
87. Westeneng J. L'efficacité de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive au Burundi: Note d'orientation politique 2020. 2020.
88. Nkurunziza SEP. Loi N°1/013 du 22 septembre 2016 portant Prévention, Protection des Victimes et Répression des Violences basées sur le Genre. 2016.
89. Ntakarutimana L, Nzeyimana E, Ndayishimiye JB, Irambona R. Revue documentaire sur « la Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs des Jeunes » au Burundi. Bujumbura: Share-Net Burundi; 2017.

## ANNEXE

### I. FORMULAIRE D'EXTRACTION DES DONNÉES

#### I. Identification

1. Quel est l'auteur de l'ouvrage ? ....
2. Quels sont ses co-auteurs ? ....
3. Quel est le titre de l'ouvrage ? .....
4. Quel est le lieu de publication ? .....
5. Quelle est l'année de publication ? (2014-2023) ....
6. Quelle est la langue de publication ? ....
  - a. Kirundi
  - b. Français
  - c. Anglais
  - d. Swahili
  - e. Autres

Si, autres spécifier

7. Quel est le type de données ?
  - a. Article
  - b. Revue
  - c. Rapport
  - d. Publication académique
  - e. Note politique
  - f. Autres

Si, autres spécifier

8. Quelle est la source officielle de l'ouvrage ?
  - a. Université
  - b. Research Gate
  - c. Journal
  - d. Autres

Si, autres spécifier

#### II. Méthodologie

1. Quel était le type d'études ? ....
  - a. Descriptive
  - b. Analytique

- b.1. Observationnelle
  - b.1.1. Etude de cohorte
  - b.1.2. Etude cas-témoins
  - b.1.3. Etudes transversales
- b.2. Expérimentale

2. Quelle était la population cible ? ....

3. Quelle a été la méthode d'échantillonnage ? ...

a. Probabiliste

- a.1. Echantillonnage aléatoire simple
- a.2. Echantillonnage systématique
- a.3. Echantillonnage stratifié
- a.4. Echantillonnage en grappes

b. Non probabiliste

- b.1. Echantillonnage de commodité
- b.2. Echantillonnage par quotas
- b.3. Echantillonnage boule de neige

5. Quel a été l'outil de collecte des données ? ....

6. Quel a été l'outil d'analyse des données ?

### **III. Thématiques et accessibilité**

1. Quelle était la thématique abordée ?

- a. SSRAJ
- b. Planning Familial
- c. VIH/SIDA
- d. Médias
- e. Santé menstruelle
- f. VBG
- g. Egalité du genre
- h. Santé maternelle et infantile

- i. Diversité et inclusion
  - j. Gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits SSR
  - k. Education à la sexualité
2. L'ouvrage, est-il payant ?
    - a. Oui
    - b. Non
  3. Peut-on emprunter l'ouvrage ? ....
    - a. Oui
    - b. Non
  4. Disponible en ligne ?
    - a. Oui
    - b. Non
  5. Si oui, pour combien de jours ? ....
  6. Quel est nombre d'exemplaires disponible ?
  7. Horaire d'ouverture et de fermeture de la source de données....

#### **IV. Résultats**

1. Quelles étaient les prévalences étudiées ? ....
2. Quels sont les déterminants rapportés ?
  - a. Socio-économiques
    - a.1. Education
    - a.2. Revenu
    - a.3. Profession
  - b. Démographiques
    - b.1. Age
    - b.2. Sexe
    - b.3. Etat civil
  - c. Culturels
    - c.1. Croyances religieuses
    - c.2. Normes sociales
  - d. Géographiques
    - d.1. Lieu de résidence

- d.2. Accessibilité
- e. Environnementaux
  - e.1. Conditions de logement
  - e.2. Environnement physique
- 3. Quels sont les indicateurs rapportés ?
  - a. Accès aux services de santé
    - a.1. Taux de couverture
    - a.2. Temps de trajet moyen
    - a.3. Disponibilité des services
  - b. Utilisation des services
    - a.1. Taux de CPN
    - a.2. Taux de contraception
    - a.3. Taux de dépistage des IST
  - c. Comportements et Pratiques
    - c.1. Age au 1er rapport sexuel
    - c.2. Taux de grossesses des adolescentes
    - c.3. Utilisation des préservatifs
  - d. Connaissances et Attitudes
    - d.1. Connaissances des méthodes contraceptives
    - d.2. Attitude envers la contraception
    - d.3. Connaissance des IST et du VIH
  - e. Qualité des services
    - e.1. Satisfaction des usagers
    - e.2. Temps d'attente
    - e.3 Formation du personnel
  - f. Sante maternelle
    - f.1. Taux de mortalité maternelle

f.2. Taux de complications pendant la grossesse et l'accouchement (prééclampsie, hémorragies)

f.3. Prévalence de la malnutrition chez les femmes enceintes

f.4. Utilisation des services de planification familiale

f.5. Autre

g. Santé infantile

g.1. Taux de mortalité néonatale, infantile et des moins de 5 ans

g.2. Prévalence des infections (malaria, pneumonie, etc)

g.3. Taux de malnutrition (retard de croissance, amaigrissement)

g.4. Autre

4. Quels sont les résultats clés ? ....

a. Taux de mortalité maternelle

b. Taux de mortalité infantile

c. Prévalence des IST

## V. Conclusion

1. Quelles étaient les recommandations ? .....

2. Quelles ont été les limites ou contraintes