



**UNIVERSITÉ DU BURUNDI**

**GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI**

Dépôt institutionnel officiel

<https://repository.ub.edu.bi>

## **Politique nationale de la santé sexuelle reproductive à l'épreuve des faits : Cas du District Sanitaire de Bururi**

**Barashimishije, Josué; Sous la direction du : Pr Elias Sentamba**

**2026-03**

**UB, FLSH**

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2387>

**FACULTE DES SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES  
MASTER EN SCIENCE POLITIQUE ET RELATIONS  
INTERNATIONALES**

*Filière : Science Politique*

=====



**POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE SEXUELLE  
REPRODUCTIVE A L'EPREUVE DES FAITS : Cas du District  
Sanitaire de Bururi**

Par :

Josué BARASHIMISHIJE

Mémoire

présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention d'un Diplôme de  
Master en Science Politique et Relations Internationales

**Sous la direction du :**

Pr Elias SENTAMBA

**MEMBRES DU JURY**

Président : Pr Siméon BARUMWETE

Directeur : Pr Elias SENTAMBA

Secrétaire : Pr Nicolas HAJAYANDI

**DEDICACE**

A notre père Gabriel NZIGO,

A notre mère Annésie BUCUMI,

A nos frères et sœurs.

**REMERCIEMENTS**

Au moment où nous sommes à la fin de la rédaction de ce travail, nous voudrions remercier les personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Nous exprimons d'abord notre profonde gratitude au Professeur Elias SENTAMBA pour son soutien dans nos recherches en tant que Directeur du mémoire. Ses interventions durant les moments difficiles et ses encouragements nous ont rassuré. Ce mémoire doit son succès à sa rigueur scientifique et son accompagnement.

Nos sincères remerciements vont en second temps à nos chers parents qui nous ont accompagné et soutenu dès notre enfance. Nous leur sommes toujours reconnaissant. Que le présent travail leur fasse honneur.

Nous remercions également tous nos enseignants, de l'école primaire à l'Université, pour la formation tant morale qu'intellectuelle qu'ils nous ont donnée tout au long du cursus. En particulier, nous louons la formation des professeurs de la Faculté des Sciences Politiques et Juridiques, Master de Science Politique et Relations Internationales. Ce travail est le résultat de leurs efforts.

Nos vifs remerciements s'adressent également aux responsables du Ministère burundais de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), en particulier le personnel du district Sanitaire de Bururi, pour les données qu'ils nous ont sagement fournies.

A tous nos informateurs, nous disons merci.

**RESUME**

Depuis plusieurs décennies, les enjeux liés à la reproduction humaine occupent une place centrale dans les débats internationaux. La double exigence est claire : sécuriser le processus de procréation et en réduire les risques, tout en respectant les contextes socio-culturels propres à chaque société. Elle s'inscrit dans un mouvement plus large d'institutionnalisation des politiques de population et de santé, amorcé dès la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ces rencontres ont progressivement déplacé le centre de gravité des politiques démographiques, d'une logique de contrôle des naissances vers une approche fondée sur les droits et la santé. Dans cette perspective le gouvernement du Burundi a adopté une politique de la santé sexuelle et reproductive (SSR).

En définitive, il est clair que la politique de santé sexuelle et reproductive au District de Bururi révèle une dynamique de progrès malgré des défis considérables. Si des avancées notables ont été observées, notamment dans l'adhésion au planning familial et la réduction de la mortalité maternelle et infantile, plusieurs obstacles ne demeurent pas moins considérables: les contraintes géographiques, socio-économiques et culturelles, associées à un déficit en personnel qualifié et à des limitations logistiques, continuent d'entraver l'efficacité de la politique de santé sexuelle et reproductive. En d'autres termes, bien que la politique de SSR au District de Bururi ait montré des résultats positifs, son impact serait significativement renforcé par l'optimisation des ressources et l'adaptation des interventions aux spécificités locales, permettant ainsi d'assurer un accès équitable aux soins pour toutes les catégories de la population.

---

**ABSTRACT**

For several decades, issues surrounding human reproduction have held a central place in international debates. The dual objective is clear: to make the procreation process safer and reduce its risks, while respecting the specific socio-cultural contexts of each society. This effort is part of a broader movement toward the institutionalization of population and health policies that began in the second half of the 20th century. These initiatives have gradually shifted the focus of demographic policies from a birth-control logic to an approach grounded in rights and health. Against this backdrop, the government of Burundi adopted a sexual and reproductive health (SRH) policy. Ultimately, it is evident that the sexual and reproductive health policy in the Bururi District reflects a trend of progress, despite significant challenges. While notable advances have been observed—particularly regarding the uptake of family planning and reductions in maternal and infant mortality—substantial obstacles remain: geographical, socio-economic, and cultural constraints, combined with a shortage of qualified personnel and logistical limitations, continue to hinder the policy's effectiveness. In other words, although the SRH policy in the Bururi District has yielded positive results, its impact could be significantly enhanced by optimizing resources and tailoring interventions to local specificities, thereby ensuring equitable access to care for all segments of the population.

**TABLE DES MATIERES**

|                                                                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>MEMBRES DU JURY .....</b>                                                                                 | <b>i</b>   |
| <b>DEDICACE .....</b>                                                                                        | <b>ii</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS .....</b>                                                                                   | <b>iii</b> |
| <b>RESUME .....</b>                                                                                          | <b>iv</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                                                                        | <b>v</b>   |
| <b>TABLE DES MATIERES.....</b>                                                                               | <b>vi</b>  |
| <b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....</b>                                                                   | <b>iii</b> |
| <b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>                                                                | <b>iv</b>  |
| <b>AVANT-PROPOS .....</b>                                                                                    | <b>vi</b>  |
| <b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>                                                                            | <b>1</b>   |
| 0.1. Contexte et justification de l'étude .....                                                              | 1          |
| 0.2. Planification familiale au Burundi : entre héritages, mutations normatives et défis contemporains ..... | 4          |
| 0.3. Question de recherche.....                                                                              | 7          |
| 0.4. Hypothèses de recherche.....                                                                            | 8          |
| 0.5. Intérêt de l'objet de recherche.....                                                                    | 9          |
| 0.6. Méthodologie de travail .....                                                                           | 10         |
| 0.7. Délimitation de l'objet de recherche .....                                                              | 11         |
| 0.8. Articulation du travail .....                                                                           | 12         |
| <b>CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL .....</b>                                                                   | <b>13</b>  |
| I.1. La complexité du concept de « politique ».....                                                          | 13         |
| I.1.1. La polysémie du terme « politique ».....                                                              | 13         |
| I.1.2. La politique publique comme « policy » de la « polity » .....                                         | 15         |
| I.1.3. La dimension « publique » de l'action politique .....                                                 | 16         |
| I.1.4. Vers une conception élargie de la politique publique .....                                            | 17         |
| I.2. Analyse des politiques publiques .....                                                                  | 19         |
| I.2.1. Genèse et fondements de l'analyse des politiques publiques .....                                      | 19         |
| I.2.2. Les composantes constitutives d'une politique publique.....                                           | 20         |
| I.2.3. Le programme et l'orientation normative de l'action publique .....                                    | 22         |
| I.2.4. Coercition étatique et ressort social des politiques publiques .....                                  | 24         |
| I.3. L'élucidation du concept de « santé » .....                                                             | 25         |
| I.3.1. Évolution et pluralité des définitions de la santé .....                                              | 25         |

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| =====                                                                                                                              |           |
| I.3.2. Les grandes phases de conceptualisation de la santé .....                                                                   | 27        |
| I.3.3. Les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé .....                                                 | 28        |
| I.3.4. Les déterminants de la santé et implications pour les politiques publiques.....                                             | 30        |
| I.4. La politique de la santé sexuelle et reproductive comme résultante de l'interaction de<br>différentes parties prenantes ..... | 32        |
| I.4.1. Le rôle structurant de l'Etat et des institutions publiques.....                                                            | 32        |
| I.4.2. L'influence des partenaires au développement.....                                                                           | 34        |
| I.4.3. La participation des acteurs de la société civile et des organisations<br>communautaires .....                              | 36        |
| I.4.4. Les populations bénéficiaires comme acteurs clefs de l'action publique .....                                                | 38        |
| Conclusion partielle .....                                                                                                         | 40        |
| <b>CHAPITRE II : APERCU SUR LA POLITIQUE DE SSR AU BURUNDI .....</b>                                                               | <b>41</b> |
| II.1. Contexte général de la santé sexuelle et reproductive au Burundi.....                                                        | 41        |
| II.1.1. Cadre démographique et socio-économique.....                                                                               | 41        |
| II.1.2. Cadre institutionnel et politique de la SSR.....                                                                           | 43        |
| II.1.3. Normes socioculturelles et religieuses.....                                                                                | 44        |
| II.1.4. Inégalités territoriales et d'accès aux services.....                                                                      | 46        |
| II.2. État des lieux empirique de la santé sexuelle et reproductive .....                                                          | 47        |
| II.2.1. Santé maternelle et néonatale .....                                                                                        | 48        |
| II.2.2. Fécondité et planification familiale .....                                                                                 | 49        |
| II.2.3. Santé sexuelle des adolescents et des jeunes .....                                                                         | 50        |
| II.2.4. Infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH au Burundi .....                                                       | 52        |
| II.3. Déterminants et obstacles à une SSR optimale .....                                                                           | 53        |
| II.3.1. Déterminants individuels et familiaux.....                                                                                 | 53        |
| II.3.2. Déterminants communautaires et sociaux .....                                                                               | 54        |
| II.3.3. Contraintes du système de santé .....                                                                                      | 56        |
| II.3.4. Facteurs politiques et structurels .....                                                                                   | 57        |
| II.4. Interventions, résultats et perspectives d'amélioration .....                                                                | 58        |
| II.4.1. Interventions mises en œuvre .....                                                                                         | 58        |
| II.4.2. Résultats et impacts observés .....                                                                                        | 59        |
| II.4.3. Innovations et bonnes pratiques .....                                                                                      | 61        |
| II.4.4. Leçons apprises.....                                                                                                       | 62        |
| Conclusion partielle .....                                                                                                         | 64        |

|                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| =====                                                                                 |           |
| <b>CHAPITRE III : LA POLITIQUE DE SSR AU DISTRICT SANITAIRE BURURI.....</b>           | <b>65</b> |
| III.1. Présentation générale du District Sanitaire de Bururi.....                     | 66        |
| III.1.1. Contexte géographique et climatique.....                                     | 66        |
| III.1.2. Organisation administrative et sanitaire.....                                | 68        |
| III.1.3. Profil démographique et social.....                                          | 69        |
| III.2. État des lieux de la santé sexuelle et reproductive au District de Bururi..... | 71        |
| III.2.1. Utilisation des services de planification familiale.....                     | 71        |
| III.2.2. Santé maternelle et infantile.....                                           | 74        |
| III.2.3. Ressources humaines et capacités du district.....                            | 75        |
| III.3. Mise en œuvre de la politique SSR.....                                         | 77        |
| III.3.1. Dispositifs et structures de mise en œuvre.....                              | 78        |
| III.3.2. Programmes et interventions spécifiques.....                                 | 79        |
| III.3.3. Résultats et impacts observés.....                                           | 81        |
| III.4. Portée et limites de la politique de SSR au District de Bururi.....            | 83        |
| III.4.1. Leviers de performance et opportunités de la politique SSR.....              | 83        |
| III.4.2. Défis et insuffisances de la politique SSR.....                              | 84        |
| III.4.3. Leçons apprises de la politique de SSR au District de Bururi.....            | 86        |
| Conclusion partielle.....                                                             | 88        |
| <b>CONCLUSION GENERALE.....</b>                                                       | <b>89</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                                            | <b>91</b> |
| <b>ANNEXE .....</b>                                                                   | <b>95</b> |

=====

**LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES****Tableaux**

Tableau 1:Taux de mortalité maternelle au DS de Bururi ..... 75

Tableau 2: Les ressources humaines au District Sanitaire de Bururi ..... 76

**Figures**

Figure 1:District Sanitaire de la Province Bururi..... 67

Figure 2 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives par province..... 72

Figure 3 : Évolution annuelle de la planification familiale au DS Bururi ..... 73

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

|         |                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| AMPR    | : Activation Métaphorique des Processus Régénératifs                           |
| ASC     | : Agent de Santé Communautaire                                                 |
| BDS     | : Bureau de District Sanitaire                                                 |
| BPS     | : Bureau Provincial de la Santé                                                |
| CDS     | : Centre de Santé                                                              |
| CHUK    | : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge                                    |
| CIPD    | : Conférence Internationale sur les Populations et le Développement            |
| DIU     | : Dispositif Intra-Utérins                                                     |
| IST     | : Infection Sexuellement Transmissible                                         |
| ISTEEBU | : Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi                 |
| MSPLS   | : Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le SIDA                    |
| NV      | : Nouveau - Né                                                                 |
| OAG     | : Observatoire de l'Action du Gouvernementale au Burundi                       |
| ODD     | : Objectif de Développement Durable                                            |
| OMS     | : Organisation Mondiale de la Santé                                            |
| OMD     | : Objectif du Millénaire pour le Développement                                 |
| ONU     | : Organisation des Nations Unies                                               |
| PAM     | : Programme Alimentaire Mondial                                                |
| PF      | : Planning Familial                                                            |
| PNSR    | : Politique Nationale de la Santé Reproductive                                 |
| PNUD    | : Programme des Nations Unies pour le Développement                            |
| PSN     | : Plan Stratégique National                                                    |
| PTFS    | : Pilot Training Flight Simulator                                              |
| SMI     | : Santé Maternelle Infantile                                                   |
| SONU    | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence                                    |
| SR      | : Santé Reproductive                                                           |
| SRMNIA  | : Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents |
| SSRAJ   | : Santé Sexuelle Reproductive Ami de Jeunes                                    |
| UB      | : Université du Burundi                                                        |
| UNFPA   | : Fonds des Nations Unies pour la Population                                   |
| UNICEF  | : Fonds de Nations Unies pour l'Enfance                                        |
| UPRONA  | : Union pour le Progrès National                                               |
| VIH     | : Virus de l'Immunodéficience Humaine                                          |

**AVANT-PROPOS**

Ce travail rentre dans le cadre de l'obtention du diplôme de master en science politique. Il étudie les facteurs qui expliquent la persistance d'une mortalité maternelle et infantile et néonatal et la faible adhésion aux méthodes contraceptives au district sanitaire de Bururi. Le choix de ce mémoire est motivé par le fait que la SSR constitue un domaine clé où les décideurs politiques, les ressources institutionnelles, et les facteurs socioculturels rencontrent et concrètement sur terrain. Depuis 2006, le gouvernement du Burundi a adopté une politique de gratuité des soins de santé en faveur des femmes en couche et des enfants de moins de cinq ans, mais le problème reste.

Cette étude se veut être une contribution en science politique. L'analyse politique montre que la persistance de taux de mortalités maternels et la faible adhésion aux méthodes contraceptives sont déterminés par l'influence des facteurs socio-culturels sur l'utilisation des méthodes contraceptives et les contraintes institutionnelles. Les leçons tirées de cette mise en œuvre indiquent clairement qu'une approche intégrée, fondée sur une coordination efficace entre les acteurs locaux, un renforcement des ressources humaines et une meilleure couverture des zones rurales, constitue la clé pour surmonter les défis restants.

## INTRODUCTION GENERALE

Cette étude examine la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi, à travers le district sanitaire de Bururi. Malgré des engagements politiques, la faible utilisation des contraceptifs et la persistance d'une mortalité maternelle et infanto-juvénile soulèvent des interrogations sur l'efficacité de l'action publique. L'étude analyse les écarts entre intentions politiques et résultats selon trois axes — facteurs institutionnels, représentations socioculturelles et inégalités territoriales — et formule des hypothèses sur l'influence des facteurs socio-culturels et des contraintes institutionnelles, dans le cadre d'une recherche rigoureuse et localisée.

### 0.1. Contexte et justification de l'étude

Depuis plusieurs décennies, les enjeux liés à la reproduction humaine occupent une place centrale dans les débats internationaux. La double exigence est claire : sécuriser le processus de procréation et en réduire les risques, tout en respectant les contextes socio-culturels propres à chaque société. Elle s'inscrit dans un mouvement plus large d'institutionnalisation des politiques de population et de santé, amorcé dès la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Comme l'analyse Paul Bairoch, « *les politiques démographiques contemporaines ne peuvent être comprises qu'à l'intersection des dynamiques économiques, sociales et culturelles qui structurent les sociétés* »<sup>1</sup>. La reproduction n'est donc pas un simple phénomène biologique : elle constitue un fait social total, traversé par des rapports de pouvoir, des normes et des inégalités.

C'est dans ce contexte qu'ont émergé les programmes de Santé Maternelle et Infantile/Planning Familial (SMI/PF), ainsi que les grandes conférences internationales sur la population : Bucarest (1974), Mexico (1984), Le Caire (1994) et Beijing (1995). Ces rencontres ont progressivement déplacé le centre de gravité des politiques démographiques, d'une logique de contrôle des naissances vers une approche fondée sur les droits et la santé. À cet égard, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement constitue un tournant majeur.

---

<sup>1</sup> BAIROCH (P.), *Population et sociétés*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 112–113

=====

Son Programme d'action affirme que « *la santé en matière de reproduction est un état de complet bien-être physique, mental et social pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>2</sup> (Rapport de la CIPD, Nations Unies, New York, 1995, §7.2, p. 40–41).

Devenu désormais classique, cette définition marque une rupture décisive : la santé reproductive n'est plus réduite à la survie maternelle ou à la régulation démographique ; elle devient une composante essentielle du bien-être et des droits humains. La Quatrième Conférence mondiale sur les femmes prolonge cette perspective en affirmant que « *les droits des femmes sont des droits humains* »<sup>3</sup>. Elle précise en outre que « *la capacité des femmes à contrôler leur propre fécondité constitue une base essentielle pour la jouissance d'autres droits* »<sup>4</sup>. Ainsi, la reproduction entre de plain-pied dans le champ de la citoyenneté et de l'égalité.

Plusieurs auteurs ont souligné la portée de cette mutation normative. Amartya Sen par exemple écrit que « *Le développement peut être vu comme un processus d'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus* »<sup>5</sup>. Il ajoute que « *la liberté reproductive et l'accès aux soins de santé constituent des libertés substantielles, indissociables du développement humain* »<sup>6</sup>. Appliquée au champ de la santé reproductive, cette approche signifie que l'accès à l'information, aux services de planification familiale et aux soins obstétricaux de qualité n'est pas une faveur accordée par l'État, mais l'expression concrète d'une liberté fondamentale.

Bien avant Le Caire et Beijing, la communauté internationale avait posé les bases d'une action concertée en matière de santé publique. En 1977, l'Assemblée générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) lançait le mot d'ordre « *Santé pour tous* ». Cette ambition s'est traduite par la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, dont la Déclaration affirme : « *Les soins de santé primaires sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la*

---

<sup>2</sup> NATIONS UNIES, *Rapport de la CIPD*, New York, 1995, §7.2, pp.. 40–41

<sup>3</sup> NATIONS UNIES, *Déclaration et Programme d'action de Beijing*, New York, 1996, p. 12

<sup>4</sup> Ibid.pp.pp.97-98

<sup>5</sup> SEN(A.), *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 1999, p.3

<sup>6</sup> Ibid. p.9

=====

*communauté* »<sup>7</sup>. Ce texte fondateur consacre le principe d'équité, de participation communautaire et d'accessibilité financière, qui demeure aujourd'hui au cœur des politiques de couverture sanitaire universelle.

Dans cette dynamique, le Burundi a intégré dès 1979 les principes d'Alma-Ata dans ses orientations sanitaires. Cette volonté s'est traduite par le renforcement progressif des soins de santé primaires et, plus récemment, par l'alignement sur les Objectifs de Développement Durable (ODD). L'Objectif 3 — « *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » — fixe des cibles ambitieuses : réduction de la mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes, diminution drastique de la mortalité néonatale et infanto-juvénile, accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR), lutte contre les grandes épidémies et instauration d'une couverture sanitaire universelle.

Cependant, la traduction de ces engagements en résultats tangibles demeure un défi. Comme le rappelle Margaret Whitehead dans son article fondateur « *The Concepts and Principles of Equity and Health* », « *les inégalités de santé qui sont évitables, inutiles et injustes doivent être considérées comme des iniquités* »<sup>8</sup>. Dans de nombreux contextes à faibles ressources, ces iniquités se manifestent avec acuité dans le domaine de la santé reproductive.

Au Burundi par exemple, pareils défis sont multiples : forte croissance démographique, mortalité maternelle et néonatale encore élevée, vulnérabilité socio-économique des femmes, accès inégal aux services, etc. Ces contraintes structurelles pèsent lourdement sur la capacité du système de santé à atteindre les cibles des ODD. Elles révèlent aussi que la santé reproductive ne peut être dissociée des rapports sociaux de genre, du niveau d'éducation, de la pauvreté et de l'autonomisation économique.

Face à ces enjeux, le gouvernement burundais a adopté une politique nationale de santé sexuelle et reproductive articulée autour de huit composantes prioritaires : maternité à moindre risque, planification familiale, prise en charge de la stérilité, prévention des avortements à risque, lutte contre les infections sexuelles transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine (IST/VIH), santé reproductive des adolescents, prise en charge

---

<sup>7</sup> OMS/UNICEF, *Déclaration d'Alma-Ata*, Genève, 1978, pp. 2–3

<sup>8</sup> WHITEHEAD(M.), « *The Concepts and Principles of Equity and Health* » (*International Journal of Health Services*, vol. 22, n°3, 1992, New York, Baywood Publishing, p. 433–445)

=====

des violences sexuelles, prévention des cancers gynécologiques. Cette approche globale traduit une compréhension intégrée du cycle de vie et des déterminants sociaux de la santé.

La présente recherche s'inscrit dans ce cadre normatif et institutionnel. Elle vise à analyser la mise en œuvre effective de cette politique dans le district sanitaire de Bururi. Compte tenu de l'ampleur du champ couvert, l'étude se concentrera sur deux axes stratégiques : la planification familiale et la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Il s'agira d'apprécier la cohérence entre les engagements internationaux (Le Caire, Beijing, ODD), les orientations nationales et les pratiques locales.

En définitive, la santé reproductive constitue un révélateur privilégié de la qualité d'un système de santé et du degré de justice sociale d'une société. Elle interroge à la fois l'effectivité des droits, l'équité dans l'accès aux soins et la capacité des politiques publiques à transformer les normes internationales en réalités concrètes pour les femmes, les hommes et les enfants.

## **0.2. Planification familiale au Burundi : entre héritages, mutations normatives et défis contemporains**

Au Burundi, les questions relatives à la fécondité, à la santé reproductive et à la régulation des naissances sont longtemps demeurées taboues, tant dans les ménages que dans les sphères politiques. Pourtant, la dynamique démographique du pays a très tôt suscité l'attention des observateurs. L'*Atlas du Burundi* souligne que plusieurs explorateurs du XIX<sup>e</sup> siècle furent frappés par la densité de la population, dans un contexte marqué par l'absence d'urbanisation moderne et de progrès médicaux significatifs<sup>9</sup>. Cette densité était souvent expliquée par l'organisation socio-politique du royaume et par les liens étroits entre pouvoir royal, structures lignagères et fécondité.

Dès la période coloniale, l'administration belge évoquait la « surcharge des terres » et la crainte d'une surpopulation. En 1948, la densité atteignait déjà 55 habitants/km<sup>2</sup>, et les projections anticipaient un doublement de la population en moins de trente ans — prévision confirmée par le recensement général de 1979. Cette inquiétude n'était pas isolée. Comme le rappelle Alfred Sauvy, « *Toute politique démographique qui ignore les réalités sociales et*

---

<sup>9</sup> UNIVERSITE DU BURUNDI, L'*Atlas du Burundi*, Bujumbura, 1991

=====

*culturelles court à l'échec ; inversement, une croissance non maîtrisée peut compromettre durablement les efforts de développement »<sup>10</sup>.*

Au Burundi, le débat prend une tournure plus explicite dans les années 1970. En 1974, le Centre de recherche de l'épiscopat de l'Église catholique du Burundi, en collaboration avec l'Université du Burundi, engage une réflexion sur les conséquences à court et à long terme de l'explosion démographique. Toutefois, le pas décisif intervient lors du 4<sup>e</sup> congrès du parti UPRONA (11–12 juillet 1983), où le planning familial est officiellement adopté comme orientation politique nationale. Cette décision marque une rupture : la régulation des naissances cesse d'être un sujet marginal pour devenir une priorité publique.

La création, en 1991, du Bureau de Coordination du Programme National de Planification Familiale (CPPF), devenu en 1999 le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), institutionnalise cette volonté. Placé sous l'autorité du ministère de la Santé publique, le PNSR devient la référence nationale pour les activités relatives à la maternité sans risque, à l'allaitement maternel, à la régulation de la fécondité et à la santé reproductive des jeunes.

Cette évolution s'inscrit dans un cadre normatif international plus large, notamment celui du Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Ce document affirme que « *Les couples et les individus ont le droit fondamental de décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, ainsi que de disposer des informations et des moyens nécessaires pour ce faire* »<sup>11</sup>.

Ainsi, la planification familiale ne relève plus d'une simple logique de contrôle démographique ; elle devient un droit fondamental, indissociable de la dignité humaine. Cette perspective est renforcée par Amartya Sen, qui souligne que « *La liberté reproductive et l'accès aux soins de santé sont des composantes essentielles des libertés substantielles qui définissent le développement* »<sup>12</sup>, le développement consistant, aux yeux de l'auteur, à élargir les choix réels dont disposent les individus.

Dans cette optique, la politique démographique burundaise s'est inscrite dans la Vision « Burundi 2025 », dont le cinquième pilier vise précisément à limiter le taux de croissance démographique à 2 %.

---

<sup>10</sup> SAUVY (A.), *Théorie générale de la population*, Paris, PUF, 1952, p.28

<sup>11</sup> NATIONS UNIES, *Programme d'action*, New York, 1995, §7.3, p. 41

<sup>12</sup> SEN (A.), op. cit. p.104

=====

Le 19 octobre 2011, le Conseil des ministres adopte une Déclaration de Politique Démographique Nationale, traduisant la volonté d'aligner les orientations nationales sur les grands engagements internationaux à savoir la déclaration universelle des droits de l'homme, l'agenda 21 (Rio, 1992), Programme d'action du Caire (1994), Plan d'action de Copenhague (1995), Conférence d'Istanbul (1996), Déclaration du Millénaire (New York, 2000).

Les objectifs chiffrés sont à cet égard ambitieux : faire passer la fécondité de 6 enfants par femme (2008) à 3 enfants en 2025 ; augmenter le taux de prévalence contraceptive à au moins 50 % ; porter l'espérance de vie de 49 à 60 ans ; réduire le taux d'accroissement démographique de 2,4 % à 2 %. Ces ambitions traduisent la conviction que la maîtrise démographique constitue indubitablement un levier du développement socio-économique.

Pourtant, les enquêtes démographiques révèlent un écart persistant entre connaissance et pratique contraceptive. En 2010, 97 % des femmes et 98 % des hommes connaissaient au moins une méthode contraceptive, mais seulement 13 % des femmes de 15–49 ans utilisaient effectivement une méthode, dont 11 % une méthode moderne. Les disparités étaient marquées : prévalence plus élevée en milieu urbain, à Bujumbura Mairie, chez les femmes instruites et dans les ménages aisés.

L'enquête de 2017 montre une progression (29 % des femmes en union utilisent une méthode), mais les niveaux restent en deçà des objectifs fixés. Les injectables et implants dominant parmi les méthodes modernes. Toutefois, l'acceptabilité sociale demeure un frein. Comme le souligne Françoise Héritier, « *les systèmes de parenté et les représentations symboliques du corps et de la fécondité pèsent lourdement sur les comportements reproductifs* »<sup>13</sup>. De même, insiste l'auteure, « *la maîtrise de la fécondité ne se décrète pas ; elle se négocie dans l'intimité des normes sociales et religieuses* »<sup>14</sup>.

Au Burundi, certaines résistances trouvent leur source dans des considérations morales ou religieuses, notamment dans les zones où les formations sanitaires confessionnelles n'offrent pas, résolument, de méthodes contraceptives modernes. L'accès géographique et financier demeure également inégal, accentuant les écarts entre milieux urbains et ruraux.

---

<sup>13</sup> HERITIER (F.), *Masculin/Féminin I*, Paris, Odile Jacob, 1996, p.2014

<sup>14</sup> Ibid.

=====

En définitive, la planification familiale au Burundi se situe au croisement de trois logiques : démographique, sanitaire et normative. Elle traduit une volonté politique affirmée de maîtriser la croissance démographique, mais se heurte à des déterminants sociaux, culturels et institutionnels complexes. En d'autres termes, l'enjeu dépasse la simple réduction des taux de fécondité : il s'agit de garantir aux femmes et aux couples la liberté effective de choisir, condition indispensable d'un développement humain durable et équitable.

### **0.3. Question de recherche**

La réduction de la mortalité maternelle constitue à la fois un indicateur de performance des politiques de santé et un révélateur du degré d'équité sociale au sein d'un État. En s'inscrivant dans le cadre de l'OMD 5, le Burundi a affirmé sa volonté politique de diminuer significativement le ratio de mortalité maternelle, notamment à travers l'adoption en 2005 d'une Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, avec l'appui de partenaires internationaux tels que l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, etc. L'instauration, en 2006, de la gratuité des accouchements dans les structures publiques a renforcé cette orientation, traduisant un engagement explicite en faveur de l'accès universel aux soins obstétricaux.

Si les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) attestent d'améliorations mesurables — recul de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile — les résultats demeurent en deçà des objectifs fixés et les disparités territoriales persistent. Cette situation met en lumière un décalage entre la formulation des politiques publiques et leur mise en œuvre effective sur terrain. Dans une perspective de science politique, la question n'est donc pas seulement sanitaire ; elle renvoie aux capacités institutionnelles de l'État, aux logiques d'appropriation sociale des politiques et aux contraintes structurelles qui conditionnent leur efficacité.

Dès lors, la problématique centrale de ce mémoire peut être formulée ainsi :

Comment expliquer l'écart entre les engagements politiques de l'État burundais en matière de SSR et les résultats observés sur le terrain, notamment la faible adhésion aux méthodes contraceptives et la persistance d'une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée dans le district sanitaire de Bururi ?

=====

Cette question générale se décline en trois interrogations analytiques complémentaires :

1° Dans quelle mesure les facteurs institutionnels (ressources humaines, matérielles, gouvernance locale, coordination avec les partenaires techniques et financiers) influencent-ils la mise en œuvre de la politique de SSR ?

2° Comment les représentations sociales, culturelles et religieuses façonnent-elles l'acceptabilité et l'usage des méthodes contraceptives par les populations ?

3° Quels mécanismes expliquent les inégalités territoriales d'accès et d'utilisation des services de planification familiale et de soins obstétricaux ?

Bref, il s'agit d'interroger la capacité de l'action publique à transformer un engagement normatif en résultats concrets et d'analyser, à l'échelle locale du district sanitaire de Bururi, les dynamiques politiques, institutionnelles et sociales qui structurent la mise en œuvre de la politique de santé sexuelle et reproductive.

#### **0.4. Hypothèses de recherche**

Pour mettre en œuvre de la politique burundaise de la SSR, il convient de formuler deux principales hypothèses.

1° *L'influence des facteurs socio-culturels sur l'utilisation des méthodes contraceptives* : nous postulons que la faible utilisation des méthodes contraceptives par la population burundaise est en grande partie déterminée par des facteurs socio-culturels et des croyances traditionnelles. Cette hypothèse s'inscrit dans une perspective de science politique qui, selon Michael Lipsky, considère que l'adhésion des populations aux politiques publiques n'est pas seulement fonction de leur disponibilité, mais aussi de leur acceptabilité sociale<sup>15</sup>. Les normes culturelles, religieuses et les représentations du rôle des femmes dans le foyer peuvent constituer, en ce qui nous concerne, des freins à l'adoption des méthodes contraceptives, même lorsque celles-ci sont accessibles. Elle relie directement les pratiques locales aux questions de recherche portant sur la perception et l'usage des services de planification familiale.

2° *Les contraintes institutionnelles et persistance de la mortalité maternelle et infanto-juvénile* : nous supposons que le maintien d'un taux élevé de mortalité maternelle et infanto-juvénile est fortement lié à des contraintes institutionnelles, notamment l'insuffisance de

---

<sup>15</sup> LIPSKY(M.), *Street-Level Bureaucracy*, Russell Sage Foundation, 2010

=====

ressources humaines qualifiées, le manque d'équipements et d'infrastructures adaptées, et des allocations financières et logistiques limitées. Cette hypothèse s'appuie sur les théories de Jeffrey Pressman et Aaron Wildavsky sur la mise en œuvre des politiques publiques, selon lesquelles la réussite d'une politique dépend non seulement de sa conception normative, mais aussi de la capacité des institutions locales à mobiliser les ressources nécessaires et à coordonner efficacement les acteurs impliqués<sup>16</sup>. Elle correspond directement aux questions de recherche portant sur les ressources matérielles et humaines disponibles et sur la mise en œuvre effective des services de santé reproductive dans le district sanitaire de Bururi.

### **0.5. Intérêt de l'objet de recherche**

Notre intérêt pour l'objet de recherche « La politique de la SSR au Burundi : cas du district sanitaire de Bururi » est à la fois personnel et scientifique.

#### **1° Intérêt personnel**

L'intérêt personnel pour cette étude découle de sa forte correspondance avec notre cursus académique, en particulier dans l'analyse des politiques publiques. La SSR constitue un domaine clé où les décisions politiques, les ressources institutionnelles et les facteurs socio-culturels se rencontrent et se traduisent concrètement sur le terrain. Ce travail nous offre l'opportunité de développer une compréhension approfondie de ces interactions et d'acquérir des compétences analytiques et méthodologiques solides pour l'étude et l'évaluation des politiques publiques. En outre, il nous permet d'explorer de manière critique les enjeux sociaux et politiques qui conditionnent l'efficacité des interventions dans le secteur de la santé reproductive au Burundi.

#### **2° Intérêt scientifique**

Sur le plan scientifique, cette recherche s'inscrit dans le champ de l'analyse des politiques publiques, sous-domaine central de la science politique. Elle permet d'identifier et d'analyser les problèmes structurels, institutionnels et socio-culturels qui influencent la mise en œuvre et l'efficacité des politiques de SSR. Les résultats attendus contribueront à éclairer les décideurs politiques et les acteurs institutionnels sur les leviers d'amélioration et les obstacles à surmonter, favorisant ainsi la formulation de stratégies adaptées pour réduire la mortalité maternelle et promouvoir l'accès aux services de planification familiale.

---

<sup>16</sup> PRESSMAN (J-L.) & WILDAVSKY(A.B.), *Implementation*, University of California Press, 1973

## 0.6. Méthodologie de travail

La présente recherche s'inscrit dans une **approche qualitative**, considérée comme la plus appropriée pour analyser les déterminants socio-culturels et institutionnels influençant la mise en œuvre de la politique de SSR dans le district sanitaire de Bururi. Selon Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, « *la recherche en sciences sociales ne vise pas seulement à mesurer des phénomènes, mais à comprendre les logiques qui les produisent et les significations que les acteurs leur attribuent* »<sup>17</sup>. Cette orientation méthodologique est particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'étudier des politiques publiques sensibles, telles que la planification familiale ou la mortalité maternelle, où les représentations sociales, les normes culturelles et les interactions institutionnelles jouent un rôle déterminant.

Dans la même perspective, Jean-Claude Kaufmann souligne que l'entretien qualitatif permet d'accéder « *à la réalité vécue des individus, à leurs catégories de pensée et aux systèmes de justification qui orientent leurs pratiques* »<sup>18</sup>. Il ajoute que « *l'enquête qualitative s'inscrit dans une logique d'exploration approfondie plutôt que de vérification statistique* »<sup>19</sup>.

Ces fondements théoriques légitiment le choix d'une méthodologie centrée sur la compréhension des logiques d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique de SSR au niveau local.

La collecte des **données secondaires** repose sur une revue de littérature et une analyse documentaire comprenant les textes législatifs, les documents stratégiques nationaux, les rapports institutionnels ainsi que les travaux scientifiques relatifs aux politiques publiques de santé. Cette phase permet d'ancrer la recherche dans un cadre théorique solide et de situer empiriquement l'étude par rapport aux débats existants sur l'action publique et la gouvernance sanitaire.

Les **données primaires** sont recueillies à travers des entretiens semi-directifs, complétés par un questionnaire à visée descriptive. L'entretien semi-directif constitue la technique centrale de collecte. Élaboré à partir des hypothèses et des questions de recherche, le guide d'entretien offre un cadre structuré tout en laissant la possibilité d'approfondir certains thèmes en

<sup>17</sup> QUIVY(R.) & VAN CAMPENHOUDT (L.), dans *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2011, p.24

<sup>18</sup> KAUFMANN (J-C.), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996, p.15

<sup>19</sup> Ibid. p.27

=====

fonction des réponses des enquêtés. Cette souplesse méthodologique favorise l'expression libre des perceptions et permet d'explorer les représentations sociales liées à la SSR.

Une posture de neutralité scientifique est adoptée afin de garantir la fiabilité et la validité des informations recueillies.

Le terrain d'enquête est le district sanitaire de Bururi, choisi pour sa pertinence au regard des objectifs de recherche et pour la nécessité d'analyser concrètement la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelle locale. La population d'enquête comprend les acteurs directement ou indirectement concernés par la politique de SSR : professionnels de santé (médecins, infirmiers, aide-infirmiers), leaders religieux et membres de la communauté locale, instruits ou non.

L'échantillonnage retenu est de type **non probabiliste par choix raisonné**. Ce procédé consiste à sélectionner les enquêtés en fonction de leur position stratégique et de leur capacité à fournir des informations pertinentes sur le phénomène étudié. Comme le rappellent Quivy et Van Campenhoudt, « *la logique qualitative privilégie la richesse et la profondeur des données plutôt que leur représentativité statistique* »<sup>20</sup>.

Ainsi conçue, la méthodologie adoptée permet une analyse rigoureuse, contextualisée et compréhensive des dynamiques sociales et institutionnelles influençant la mise en œuvre et les résultats de la politique de SSR dans le district sanitaire de Bururi. Elle met en lumière les interactions entre normes culturelles, pratiques professionnelles et cadres institutionnels, condition essentielle pour saisir la complexité de l'action publique en matière de santé reproductive

## 0.7. Délimitation de l'objet de recherche

Notre sujet de recherche présente une double délimitation : spatiale et temporelle.

Sur le plan spatial, l'étude est menée dans le district sanitaire de Bururi. Ce choix se justifie par deux raisons principales. D'une part, il s'agit de notre district de ressort, ce qui suscite un intérêt particulier pour les réalités sanitaires de notre milieu. D'autre part, la proximité géographique facilite l'accès aux données et aux populations cibles de l'enquête, compte tenu des contraintes financières et du délai imparti pour la réalisation de ce travail.

---

<sup>20</sup> QUIVY (R.) & VAN CAMPENHOUDT (L.), op. cit. p. 149

=====

Sur le plan temporel, l'étude couvre la période allant de 2006 à 2024. L'année 2006 correspond à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de santé en faveur des femmes en couche et des enfants de moins de cinq ans. L'année 2024 constitue la borne supérieure et correspond à l'année de réalisation de la présente recherche

### **0.8. Articulation du travail**

Ce travail porte sur la mise en œuvre de la politique nationale de SSR à travers le cas du district sanitaire de Bururi. Pour une lecture claire et structurée, l'étude est organisée en trois chapitres complémentaires.

Le premier chapitre présente le cadre conceptuel. Il définit les notions clés liées à la SSR et à la mise en œuvre des politiques publiques, offrant ainsi les bases théoriques nécessaires à la compréhension de notre objet d'étude.

Le deuxième chapitre propose un aperçu de la politique SSR au Burundi, en mettant en lumière son contexte, ses objectifs et les mécanismes institutionnels prévus pour sa mise en œuvre. Cette section situe le cadre national dans lequel s'inscrit l'action locale.

Le troisième chapitre constitue l'analyse critique de l'application de cette politique au niveau du district sanitaire de Bururi. À partir des observations de terrain, il examine les écarts entre les orientations nationales et la réalité locale, tout en identifiant les contraintes, les défis et les perspectives d'amélioration.

## CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL

Le présent chapitre établit les fondements théoriques essentiels à l'analyse des politiques publiques, en insistant sur leur complexité et leur multidimensionnalité. Il explore d'abord le concept de « politique » sous ses dimensions institutionnelle, conflictuelle et opérationnelle, pour montrer comment l'action publique se structure, se légitime et se traduit en programmes concrets. L'analyse des politiques publiques éclaire les processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions, tout en tenant compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Cette approche est particulièrement pertinente pour la santé sexuelle et reproductive au Burundi, un secteur caractérisé par la diversité des acteurs — État, partenaires au développement, société civile et populations — et par des réalités socioculturelles complexes. Elle met en évidence que l'efficacité, l'appropriation et la durabilité des politiques dépendent d'une action publique coordonnée, participative et adaptée au contexte, capable d'articuler normes internationales, priorités nationales et besoins locaux.

### I.1. La complexité du concept de « politique »

Le terme « politique » est polysémique et recouvre des réalités variées. La distinction anglo-saxonne entre *polity*, *politics* et *policy* aide à en saisir les nuances : *polity* désigne les structures institutionnelles, *politics* les rapports de force entre acteurs, et *policy* les actions concrètes de l'État pour répondre à des enjeux sociaux. Cette différenciation éclaire les dimensions structurelles, conflictuelles et opérationnelles de l'action publique, la politique publique étant le résultat le plus visible de ces interventions concrètes<sup>21</sup>.

#### I.1.1. La polysémie du terme « politique »

En langue française, le terme « politique » est fondamentalement polysémique, ce qui entraîne fréquemment des ambiguïtés dans son usage. Pour dépasser ces imprécisions, les politistes s'appuient souvent sur la distinction opérée en langue anglaise entre trois acceptions du politique : *polity*, *politics* et *policy*. Cette différenciation permet de saisir les dimensions institutionnelle, conflictuelle et décisionnelle du phénomène politique.

Le premier terme, *polity*, renvoie à la sphère institutionnelle et organisationnelle de la politique. Issu des notions grecques *polis* et *politeia*, il désigne l'ensemble des structures, règles et institutions qui encadrent la vie collective et organisent l'exercice du pouvoir. pouvoir, mais comprend également l'architecture institutionnelle au sein de laquelle cette

<sup>21</sup> Pierre Muller; et Yves Surel, *L'analyse des politiques publiques*, paris, montchrestien, 2002, p, 13

compétition s'opère. Cette conception rejoint les travaux de Robert Dahl, qui définit la démocratie non comme un idéal abstrait, mais comme une forme concrète de *polity*, caractérisée par des institutions garantissant la participation effective des citoyens et la compétition politique ouverte : « *La démocratie n'est pas un idéal abstrait mais un ensemble de structures institutionnelles permettant la participation effective des citoyens et la compétition politique ouverte. Ce cadre institutionnel détermine non seulement les règles du jeu, mais aussi les conditions dans lesquelles les acteurs peuvent interagir, négocier et faire valoir leurs intérêts* »<sup>22</sup>. De même, Patrick Hassenteufel souligne que la politique repose sur « le monopole de la coercition physique légitime » exercée sur une collectivité dans le but d'assurer la cohésion sociale et d'imposer des règles de vie commune : « *La politique repose sur le monopole de la coercition physique légitime exercée sur une collectivité, dans le but d'assurer la cohésion sociale et d'imposer des règles de vie commune. Cette dimension institutionnelle est essentielle pour comprendre comment l'autorité s'organise et se reproduit dans le temps* »<sup>23</sup>. En d'autres termes, la *polity* apparaît ainsi comme le cadre structurant de l'autorité politique dans toute société organisée.

Le deuxième terme, *politics*, renvoie à la dimension conflictuelle de la politique. Il désigne la lutte entre des acteurs individuels ou collectifs, notamment les partis politiques, pour la détention du pouvoir<sup>24</sup>. Cette acception met l'accent sur les rapports de force, les stratégies des acteurs et les logiques de compétition, révélant le caractère intrinsèquement conflictuel de la vie politique.

Enfin, le troisième terme, *policy*, correspond à la dimension décisionnelle et opérationnelle de la politique. Selon Pierre Muller et Yves Surel, « *La policy est le processus par lequel sont élaborés et mis en place des programmes d'action publique. Ces dispositifs politico-administratifs sont coordonnés autour d'objectifs explicites et visent à transformer des orientations politiques en actions concrètes sur des secteurs variés tels que la santé, l'éducation ou la sécurité* »<sup>25</sup>. Patrick Hassenteufel précise que ces programmes d'action sont portés de manière cohérente par « *un acteur collectif ou individuel* », et qu'ils ne constituent une véritable politique publique que si cet acteur est doté d'une légitimité politique »<sup>26</sup>. La

<sup>22</sup> DAHL (R.), *Polyarchy: Participation and Opposition*, Yale University Press, 1971, p. 6-7

<sup>23</sup> HASSENTEUFEL (P.), *Les politiques publiques*, Presses de Sciences Po, Paris, 2012, p. 23

<sup>24</sup> EASTON (David), *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science* (New York: Alfred A. Knopf, 1953), p. 129.

<sup>25</sup> MULLER (P.) & SUREL (Y.), *L'analyse des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, Paris, 2002, p. 45.

<sup>26</sup> HASSENTEUFEL (P.), op. cit.

=====

*policy* permet ainsi de transformer les orientations et décisions en actions concrètes, touchant des secteurs variés tels que la santé, l'éducation ou la sécurité.

Cette distinction entre *polity*, *politics* et *policy* constitue un outil analytique puissant pour clarifier le sens du terme « politique », en distinguant ses dimensions institutionnelle, conflictuelle et opérationnelle, et en permettant une approche plus rigoureuse des études de politiques publiques.

### **I.1.2. La politique publique comme « policy » de la « polity »**

Le concept de politique publique s'inscrit à l'intersection de deux dimensions : la *polity*, qui renvoie au cadre institutionnel et normatif de l'État, et la *policy*, qui désigne les programmes d'action élaborés et mis en œuvre au sein de ce cadre. Ce double perspectif permet de comprendre la politique publique non seulement comme un produit organisationnel et procédural, mais aussi comme une réponse aux enjeux sociaux et collectifs. Selon Patrick Hassenteufel, les politiques publiques correspondent précisément aux « *programmes d'action suivis par les autorités étatiques, autrement dit les polices de la polity* », soulignant le lien intrinsèque entre action et institution<sup>27</sup>.

Dans cette acception, la politique publique dépasse les logiques purement électorales ou partisans, pour se concentrer sur ce que Yves Mény et Jean-Claude Thoenig désignent comme la « grande politique », par opposition à la « politique politicienne » ou « politics ». La grande politique concerne les « enjeux jugés essentiels » par les autorités publiques et engage l'État sur le long terme, tandis que la politique politicienne se limite aux tactiques, combinaisons et arbitrages des acteurs politiques tels que partis et élus : « *La politique publique ne se confond pas avec la compétition pour le pouvoir. Elle renvoie à l'ensemble des décisions et des actions par lesquelles les autorités publiques tentent d'influencer, de réguler ou de transformer un secteur de la société. Elle concerne la "grande politique", celle des enjeux jugés essentiels, et non la simple politique politicienne faite de tactiques et de combinaisons.* »<sup>28</sup>. Cette distinction conceptuelle est essentielle pour recentrer l'analyse sur le contenu et la finalité des politiques publiques, et non sur les manœuvres stratégiques qui les entourent.

---

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> MENY(Y.) & THOENIG (J-C.), *Politiques publiques*, Paris: Presses Universitaires de France, 1989, p.23

La politique publique, comprise comme *policy de la polity*, se caractérise par sa dimension normative et instrumentale. Selon Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, cette dernière traduit les problèmes collectifs en objectifs et programmes d'action institutionnalisés, mobilisant des ressources et des instruments réglementaires, financiers ou organisationnels pour atteindre des résultats jugés légitimes par la société et ses représentants<sup>29</sup>. Cette définition met en lumière le rôle structurant des institutions étatiques dans l'identification des problèmes publics, la hiérarchisation des priorités et la conception des réponses adaptées, en s'appuyant sur des cadres juridiques, des plans sectoriels et des mécanismes de coordination interinstitutionnelle.

Enfin, cette approche permet d'articuler théorie et pratique de l'action publique. Elle souligne que les politiques publiques ne sont pas de simples expressions des préférences individuelles des gouvernants, mais des programmes d'action encadrés par des normes et des routines institutionnelles, qui visent à répondre de manière cohérente à des besoins collectifs identifiés<sup>30</sup>. Dans ce sens, considérer la politique publique comme *policy de la polity* offre une grille analytique robuste pour étudier des secteurs complexes tels que la santé sexuelle et reproductive, où les enjeux sociaux, culturels et institutionnels s'entrelacent de manière dynamique.

### **I.1.3. La dimension « publique » de l'action politique**

L'adjectif « public » renvoie à la place centrale de l'État dans la conception, la production et la mise en œuvre des politiques publiques. De manière générale, est considéré comme public tout ce qui relève de la sphère de l'État, par opposition au privé, qui désigne les relations interindividuelles ou les initiatives indépendantes de l'intervention étatique. Cette distinction fondamentale permet de situer les politiques publiques au cœur de l'action étatique et d'en souligner le caractère institutionnel et collectif.

D'un point de vue juridique, une autorité est qualifiée de publique lorsqu'elle détient la puissance publique, c'est-à-dire la capacité d'imposer des décisions à des ressortissants situés sur un territoire délimité. Selon Maurice Hauriou,

<sup>29</sup> LASCOUMES (P.) & LE GALES(P.), 2007), *Sociologie de l'action publique*, Paris: Armand Colin, 2007, p.14

<sup>30</sup> SABATIER (P.), *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach* (Boulder: Westview Press, 1993, p.18

=====

« *La puissance publique est la faculté de commander et d'imposer la volonté de l'administration aux particuliers, dans l'intérêt général, avec le privilège de l'exécution d'office et de la contrainte légitime.* »<sup>31</sup>.

Autrement dit, cette puissance ne se limite pas aux seules autorités centrales, mais s'étend aux collectivités territoriales, aux établissements publics et à toute structure investie d'une légitimité institutionnelle pour agir au nom de l'État. Dans le contexte burundais, cela englobe les provinces, les communes, les zones ainsi que les établissements publics à caractère administratif, qui participent à la mise en œuvre de l'action publique sur le terrain.

La combinaison des termes « *politique* » et « *public* » conduit à définir la politique publique comme le produit de « *l'activité d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale* »<sup>32</sup>. Cette approche classique met en évidence une action définie « par le haut », c'est-à-dire conçue et pilotée par les gouvernants, en particulier le pouvoir exécutif, et s'inscrivant dans un cadre institutionnel formel. Selon Pierre Muller et Yves Surel (2002), « *Une politique publique suppose l'intervention d'acteurs dotés d'une autorité reconnue, capables de formuler des objectifs explicites et de mobiliser des ressources afin d'agir sur l'ensemble d'un territoire.* »<sup>33</sup>

Cette conception souligne que l'action politique ne se limite pas à la formulation de normes ou de décisions, mais inclut l'ensemble du processus institutionnel de mise en œuvre et de régulation, qui distingue le public du privé. La politique publique apparaît ainsi comme une action collective et légitime, encadrée par des institutions, visant à répondre à des problèmes jugés collectivement pertinents et à assurer le bien-être de la population. Cette dimension publique constitue un fondement essentiel pour comprendre l'organisation et la portée de l'action de l'État dans des secteurs tels que la santé, l'éducation ou la sécurité.

#### **I.1.4. Vers une conception élargie de la politique publique**

La conception classique de la politique publique, centrée sur les décisions des gouvernants et des institutions légitimes, repose sur une vision descendante de l'action étatique. Elle considère l'État comme l'acteur principal, voire unique, capable de définir et de mettre en œuvre les choix collectifs, en s'appuyant sur sa puissance publique et sa légitimité institutionnelle (Hassenteufel, 2012 ; Muller & Surel, 2002).

<sup>31</sup> Hauriou (M.), *Précis de droit administratif et de droit public général*, Paris: Sirey, 1923, p.12

<sup>32</sup> HASSENTEUFEL (P.), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Collin, 2<sup>ème</sup> édition, 2011, p.8

<sup>33</sup> MULLER (P.) & SUREL (Y.), *op. cit.* p.17

=====

Cette approche, bien que structurante, tend à réduire la politique publique à un simple produit de l'autorité centrale, en négligeant la dynamique réelle des interactions sociales et la multiplicité des acteurs impliqués.

Toutefois, cette vision a été progressivement élargie par des approches plus ouvertes, qui mettent en évidence la pluralité des acteurs et des processus contribuant à l'action publique. Jean-Pierre Gaudin (2001) insiste sur le fait qu'« *il est difficile d'imaginer que la puissance publique se serait trouvée seule à définir et conduire les choix collectifs. Les politiques publiques résultent d'interactions multiples entre acteurs publics et privés* »<sup>34</sup>. Selon lui, les politiques publiques résultent d'interactions complexes entre acteurs publics et privés, à la fois nationaux et internationaux, qui participent à la définition des priorités, à la mise en œuvre des programmes et au suivi des résultats. Cette perspective introduit la notion de co-construction et souligne que la politique publique est avant tout un processus collectif et dynamique.

Gilles Massardier propose une définition élargie des politiques publiques en les considérant comme un ensemble de « *dispositifs tangibles (un budget, du droit, des institutions spécialisées,...) qui régissent un secteur de la société ou une activité (industrie chimique, agriculture, développement économique...), voire un projet (aménagement routier, ferroviaire...), des dispositifs issus d'une fabrication sociale collective et complexe par des acteurs (individus, entreprises, associations...) ou groupes d'acteurs (organisations professionnelles, mobilisations sociales plus sporadiques...), et des institutions publiques (nationales, locales), voire des organisations internationales* »<sup>35</sup>. Cette approche met l'accent sur le rôle de la société civile, des groupes d'intérêt, des associations, des entreprises et des organisations internationales, aux côtés des institutions publiques nationales et locales. Elle montre que l'État, tout en conservant un rôle central dans l'encadrement et la légitimation des politiques, n'en détient pas l'exclusivité et agit dans un cadre d'interdépendances et de négociations permanentes.

Ainsi, la conception élargie de la politique publique dépasse le modèle descendant classique pour intégrer la dimension interactive et collective de l'action publique. Elle souligne que les politiques publiques sont le produit d'un processus d'action structuré, dans lequel l'État, les acteurs privés et les institutions internationales contribuent conjointement à la définition des

---

<sup>34</sup> GAUDIN (J-P.), *Pourquoi la gouvernance ?* Paris: Presses de Sciences Po, 2001,

<sup>35</sup> MASSARDIER (G.), *Politiques et action publiques*, Paris: Armand Colin, 2006, p.1

=====

objectifs, à l'allocation des ressources et à la régulation des interventions. Cette perspective est particulièrement pertinente pour l'analyse des politiques de santé sexuelle et reproductive, où la multiplicité des acteurs — autorités étatiques, partenaires techniques et financiers, organisations communautaires et populations bénéficiaires — conditionne l'efficacité, l'appropriation et la durabilité des programmes<sup>36</sup>.

## **I.2. Analyse des politiques publiques**

L'analyse des politiques publiques, discipline émergente aux États-Unis dans les années 1950, repose sur une compréhension systématique et rationnelle de l'action gouvernementale, visant à optimiser la gestion des ressources publiques. Ce champ d'étude trouve ses racines dans les travaux de Harold D. Lasswell, qui dès 1936, introduit la notion de *policy analysis* pour éclairer la distribution des ressources et des valeurs au sein de la société. À partir de cette perspective, l'analyse des politiques publiques s'est enrichie au fil du temps, intégrant des dimensions sociales, institutionnelles et symboliques, et mettant en lumière les mécanismes qui gouvernent l'élaboration, l'exécution et les effets des décisions publiques. Cette approche permet de décoder les structures et les logiques internes de l'action publique, tout en soulignant l'importance des choix normatifs, des instruments de coercition et du rôle des acteurs sociaux dans la mise en œuvre de ces politiques.

### **I.2.1. Genèse et fondements de l'analyse des politiques publiques**

La notion de politiques publiques s'est développée aux États-Unis à partir des années 1950, dans un contexte marqué par l'expansion de l'État-providence et la nécessité de rationaliser l'action gouvernementale. L'objectif était de rendre l'action publique plus efficace, prévisible et orientée vers des résultats concrets, en dépassant les approches purement normatives ou partisans. Cependant, les fondements intellectuels de l'analyse des politiques publiques remontent aux travaux pionniers de Harold D. Lasswell. Dans son ouvrage fondateur *Politics: Who Gets What, When, How?* (Lasswell, 1936), Lasswell propose une approche scientifique de l'action publique centrée sur la distribution des ressources, des valeurs et des décisions au sein de la société<sup>37</sup>. Il insiste sur l'importance de comprendre non seulement les décisions elles-mêmes, mais également les acteurs impliqués et les effets produits sur la collectivité.

<sup>36</sup> BERQUIN (A.), Transition et soins de santé. Quels défis pour le futur ? Ed. Etopia, 2010

<sup>37</sup> La citation originale est « *Politics is the study of the distribution of power and resources in society, of the processes through which values are allocated, and of the actors who influence these decisions. Understanding*

=====

Lasswell introduit le concept de *policy analysis*, qu'il définit comme un ensemble de dispositifs de recherche destinés à éclairer la décision publique et à fournir les instruments d'un « bon gouvernement ». Cette approche repose sur l'idée que l'action de l'État peut être étudiée de manière systématique, en identifiant ses objectifs, ses instruments et ses effets, et en évaluant leur adéquation aux problèmes à résoudre. Pierre Muller et Yves Surel<sup>38</sup> soulignent que cette démarche scientifique vise à transformer la politique publique en un objet d'étude rigoureux, permettant de combiner compréhension théorique et pertinence pratique.

Avec l'évolution du rôle de l'État et la complexification des sociétés contemporaines, l'analyse des politiques publiques a progressivement dépassé le cadre strictement technique ou instrumental. Elle intègre désormais des dimensions sociales, symboliques et institutionnelles, considérant que les politiques sont le produit d'interactions complexes entre multiples acteurs — institutions étatiques, société civile, acteurs économiques et organisations internationales. Cette approche élargie permet de comprendre non seulement les décisions gouvernementales, mais également les mécanismes d'appropriation, de légitimation et de résistance qui façonnent l'action publique.

Ainsi, la genèse de l'analyse des politiques publiques illustre une double ambition : rationaliser l'action étatique et construire une discipline scientifique capable d'éclairer les choix collectifs. Elle établit un cadre conceptuel et méthodologique qui demeure central dans l'étude des politiques contemporaines, y compris dans des domaines spécifiques tels que la santé sexuelle et reproductive, où la multiplicité des acteurs et la complexité sociale rendent nécessaire une approche systémique et analytique<sup>39</sup>.

### **I.2.2. Les composantes constitutives d'une politique publique**

L'analyse des politiques publiques repose sur la capacité à identifier leurs éléments constitutifs, permettant de saisir la logique interne de l'action étatique et ses effets sur la société. Yves Mény et Jean-Claude Thoenig proposent à cet égard une définition analytique fondée sur cinq composantes essentielles : le contenu, le programme, l'orientation normative, le facteur de coercition et le ressort social.

---

*both the decisions themselves and their societal consequences is essential for good governance.* », LASSWELL (H.), *Politics: Who Gets What, When, How?* (New York: Whittlesey House, 1936), p. 25

<sup>38</sup> MULLER (P.) & SUREL (Y.), op. cit. p. 34

<sup>39</sup> MASSARDIER (G.), op. cit., p.2

=====

Ces composantes offrent un cadre théorique permettant de comprendre comment les politiques publiques sont conçues, mises en œuvre et appropriées par la société<sup>40</sup>.

La première composante, le **contenu**, correspond à la substance observable de l'action publique. Elle se traduit par les interventions concrètes des autorités publiques, souvent en interaction avec des acteurs privés, pour produire des résultats mesurables (*outcomes*). Le contenu mobilise des **ressources matérielles**, telles que les budgets, les institutions administratives, les infrastructures et le personnel, ainsi que des **ressources symboliques**, comprenant les normes, les discours et les représentations sociales qui visent à orienter les comportements et à favoriser l'adhésion des populations<sup>41</sup>.

La deuxième composante, le **programme**, renvoie à l'organisation coordonnée des actions publiques autour d'objectifs définis, selon des calendriers, des priorités et des moyens précis. Cette structuration permet de transformer les intentions politiques en actions concrètes et de suivre l'efficacité des interventions. Comme l'écrit Emery Roe, en effet, *«les résultats observables d'une politique publique — budgets, réglementations, prestations de services ne représentent qu'un aspect du contenu ; la signification attribuée à ces résultats, ainsi que les attentes qu'ils suscitent parmi les populations concernées, sont tout aussi constitutifs de la politique.»*<sup>42</sup>.

L'**orientation normative** constitue la troisième composante et exprime les valeurs et principes qui sous-tendent la politique. Elle définit ce que l'État considère comme légitime, désirable ou nécessaire, et guide les choix des instruments d'action publique. Les normes encadrent les comportements attendus des citoyens et la manière dont les acteurs publics doivent intervenir<sup>43</sup>.

Le **facteur de coercition** traduit la capacité de l'État à imposer ses décisions, lorsque nécessaire, par l'autorité, la réglementation ou la sanction. Cette dimension assure la mise en œuvre effective des mesures et prévient les comportements contraires aux objectifs de la politique. A cet égard, George Pierre est très clair : *« L'efficacité d'une politique publique*

---

<sup>40</sup> MENY (Y.) & THOENIG (J-C), op.cit.

<sup>41</sup> STONE (D. A.), Causal Stories and the Formation of Policy Agendas. *Political Science Quarterly*, 1989, 104(2), pp.281–300

<sup>42</sup> Traduction libre de « « The observable outputs of public policy — budgets, regulations, service delivery — are only one aspect of the content; the meaning assigned to these outputs, and the expectations they generate among affected populations, are equally constitutive of policy. », ROE (E.), *Experiments in Policy Analysis* (London: Sage, 1994, p.47

<sup>43</sup> ROE (E.), op.cit.

=====

*dépend de la capacité de l'État à imposer ses décisions, que ce soit par la réglementation, la sanction ou l'autorité administrative. Sans ces instruments de coercition, les objectifs politiques risquent de rester théoriques et non réalisés. »<sup>44</sup>*

Enfin, le **ressort social** désigne la manière dont les politiques publiques s'appuient sur la société pour se réaliser, en mobilisant les acteurs concernés et en favorisant leur participation. Cette composante souligne le caractère interactif de l'action publique, où les résultats dépendent autant de l'adhésion des populations que des décisions étatiques. Et Deborah Stone est précise sur ce point lorsqu'elle écrit : « *Les politiques publiques réussissent ou échouent non seulement en raison de l'action gouvernementale, mais aussi en fonction de la volonté des citoyens et des organisations d'agir de manière concertée. L'engagement social et la participation collective sont donc essentiels à l'efficacité des politiques.* »<sup>45</sup>.

À titre d'illustration, dans les politiques de lutte contre le VIH/sida, le contenu inclut la fourniture de préservatifs et la mise en place de services de dépistage, tandis que les ressources symboliques se traduisent par des campagnes de sensibilisation visant les jeunes et les groupes à risque. L'orientation normative repose sur le principe de protection de la santé publique, le facteur de coercition se manifeste par la réglementation de la distribution et de la communication sur le virus, et le ressort social mobilise les communautés, associations et leaders locaux pour assurer l'efficacité et l'acceptabilité des interventions<sup>46</sup>.

Ainsi, ces cinq composantes constituent un outil analytique indispensable pour comprendre la structure et le fonctionnement des politiques publiques, leur cohérence interne et leur impact sur la société.

### **I.2.3. Le programme et l'orientation normative de l'action publique**

Le **programme** constitue une composante centrale de l'action publique, car il définit le cadre général dans lequel s'inscrivent les décisions et les actes des autorités publiques. Selon David Easton (1965), le programme exprime « les intentions plus générales des autorités dont tout output spécifique peut être une expression partielle ».

<sup>44</sup> PIERRE (G.), Introduction à l'analyse des politiques publiques, Paris : PUF, 2000, p.102

<sup>45</sup> Traduction libre de « *Public policies succeed or fail not only because of government action, but because of the willingness of citizens and organizations to act in concert. Social engagement and collective participation are therefore central to policy effectiveness.* », STONE (D.), *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*, New York: W.W. Norton, 2012, p.42,

<sup>46</sup> SETBON (M.), Pouvoirs contre le Sida. De la transfusion sanguine au dépistage. Décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Paris, Le Seuil, 1993

Autrement dit, chaque action publique découle d'orientations structurantes qui donnent cohérence et continuité à l'ensemble des interventions de l'État. Le programme permet ainsi de repérer les axes organisateurs de l'action publique, qu'il s'agisse du secteur d'intervention, du problème public identifié ou de la constance des priorités des décideurs. Comme le souligne David Easton en effet, « *Un programme exprime les intentions plus générales des autorités, dont tout résultat spécifique peut n'être qu'une expression partielle. En d'autres termes, chaque acte du gouvernement est guidé par des orientations globales qui assurent la cohérence et la continuité du système politique.* »<sup>47</sup>.

L'autre composante essentielle est l'**orientation normative**, qui renvoie aux finalités, valeurs et préférences inscrites dans toute action publique. Mény et Thoenig (1989) rappellent que l'activité publique constitue l'expression « *de finalités et de préférences que le décideur, consciemment ou non, de façon volontaire ou sous le poids des circonstances, ne peut qu'endosser, dont il est nolens volens comptable ou responsable (accountable)* »<sup>48</sup>. Cette dimension normative souligne que les politiques publiques ne sont jamais neutres : elles traduisent des choix, favorisent certains intérêts et visent des objectifs précis, reflétant les valeurs et priorités de la collectivité ou de l'État.

Dans le contexte des pays en développement, les **orientations normatives** des politiques publiques sont souvent intégrées dans des stratégies nationales de développement et soutenues par l'aide publique au développement. Elles sont largement influencées par les objectifs internationaux, tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) puis les Objectifs de Développement Durable (ODD), qui structurent les politiques sectorielles et encadrent la planification stratégique, notamment dans le domaine de la santé<sup>49</sup>. Ces objectifs fournissent un repère normatif partagé et contribuent à orienter la programmation, la hiérarchisation des priorités et l'allocation des ressources.

Ainsi, le programme et l'orientation normative apparaissent comme deux dimensions complémentaires de l'action publique : le premier organise et coordonne les actes et décisions, tandis que le second définit les finalités et les valeurs qui guident ces choix.

<sup>47</sup> Traduction libre de « *A program reflects the broader intentions of authorities, of which any specific output may represent only a partial realization. In other words, every government action is guided by overarching orientations that ensure coherence and continuity within the political system.* », EASTON (D.), *The Political System: An Inquiry into the State of Political Science* (New York: Alfred A. Knopf, 1965, p.134

<sup>48</sup> MENY (Y.) & THOENIG (J.-C.), op. cit. p.32

<sup>49</sup> HASSENTEUFEL (P.), op. cit., p. 32

Ensemble, elles garantissent la cohérence de l'action publique et permettent d'évaluer la pertinence, l'efficacité et la légitimité des politiques mises en œuvre dans un contexte national et international complexe.

#### I.2.4. Coercition étatique et ressort social des politiques publiques

Le **facteur de coercition** constitue une dimension essentielle des politiques publiques, intrinsèquement liée à la nature même de l'État. En effet, l'État détient un **monopole de la contrainte légitime**, c'est-à-dire la capacité d'imposer des décisions et des règles à l'ensemble du territoire et de la population. Philippe Braud souligne que ce pouvoir se matérialise par « *l'existence de gouvernants, c'est-à-dire des personnes physiques habilitées à dire le droit et à le faire appliquer en recourant, si besoin est, à la contrainte* ». La coercition n'est pas un objectif en soi, mais un **ultime recours** destiné à assurer le respect des normes et la préservation de l'ordre public ». <sup>50</sup>

Selon Pierre Muller (1995), « *une politique publique est une expression de la puissance publique dans la mesure où elle comprend « des éléments de décisions ou d'allocations de ressources de nature plus ou moins autoritaire ou coercitive* » <sup>51</sup>. Cette dimension est particulièrement visible dans le domaine de la santé, où l'État peut imposer des normes ou obligations pour protéger l'intérêt général. Dans le contexte burundais, par exemple, les politiques de **planification familiale** et de **réduction de la mortalité maternelle, infantile et juvénile** combinent instruments incitatifs et mécanismes réglementaires, reflétant la dualité entre persuasion et contrainte. Ces mesures coercitives assurent la mise en œuvre effective des objectifs de santé publique, tout en légitimant l'action de l'État auprès des populations.

Parallèlement, toute politique publique repose sur un **ressort social**, c'est-à-dire les populations concernées par l'action publique. Le ressortissant est tout individu ou groupe dont la situation, les intérêts ou les comportements sont affectés par la politique, directement ou indirectement. Dans le cas des politiques de santé sexuelle et reproductive au Burundi, les ressortissants incluent à la fois des **personnes physiques** — femmes en situation d'accouchement, jeunes usagers de la planification familiale, professionnels de santé — et des **personnes morales**, telles que les hôpitaux autonomes, les associations locales et les organisations internationales intervenant dans le secteur.

<sup>50</sup> BRAUD (Ph.), Pouvoirs et sociétés, Paris : PUF, 1991, p.78

<sup>51</sup> MULLER (P.), Politiques publiques, Paris, PUF, 56

=====

Le ressort social illustre la dimension **interactive et dynamique** de l'action publique, où les destinataires ne sont pas de simples bénéficiaires, mais participent à l'appropriation et à l'efficacité des politiques<sup>52</sup>).

Patrick Hassenteufel propose ainsi une lecture synthétique de l'action publique articulée autour de **trois éléments centraux** : les fondements de la politique, les instruments d'action et le public cible. Cette approche permet de relier les dimensions institutionnelles, normatives et sociales des politiques publiques, offrant une grille d'analyse qui rend compte de la complexité et de la pluralité des facteurs qui façonnent l'action étatique. En combinant coercition étatique et mobilisation du ressort social, l'action publique devient à la fois **contraignante et participative**, assurant l'atteinte des objectifs collectifs tout en tenant compte des besoins et comportements des populations concernées.

### **I.3. L'élucidation du concept de « santé »**

La notion de santé, au cœur des enjeux sociaux et politiques, a connu une évolution majeure au fil du temps, passant d'une définition unidimensionnelle centrée sur l'absence de maladie à une vision plus complexe et intégrative. Cette transformation s'inscrit dans un contexte où la santé est perçue non seulement comme un phénomène biologique, mais aussi comme un phénomène social, économique et environnemental. Les différentes définitions qui se sont succédé reflètent l'importance des facteurs contextuels et la pluralité des approches selon les époques et les sociétés. Loin d'être un concept figé, la santé s'avère ainsi un objet en constante redéfinition, dont les implications pour les politiques publiques sont profondes. L'évolution de sa conception influence directement les priorités politiques, notamment en matière de prévention, d'accès aux soins et de lutte contre les inégalités sanitaires, un enjeu particulièrement pertinent dans des contextes comme celui du Burundi.

#### **I.3.1. Évolution et pluralité des définitions de la santé**

La santé est un concept **pluriel et évolutif**, dont le sens varie selon le temps, l'espace et le contexte socioculturel. Cette multiplicité de définitions se retrouve tant au niveau des institutions internationales, des chercheurs que des acteurs de terrain, et peut même coexister au sein d'une même société ou d'une même époque.

---

<sup>52</sup> HASSENTEUFEL(P.), Sociologie politique..., op. cit.

Traditionnellement, la santé a été envisagée sous un **angle strictement biomédical**, limitée à l'absence de maladie, d'infection ou de dysfonctionnement de l'organisme. Cette approche, dominante dans la médecine occidentale, néglige les dimensions sociales, psychologiques et environnementales du bien-être. Georges Canguilhem souligne que « *La santé ne se réduit pas à l'absence de maladie. Elle reflète la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement, à faire face aux perturbations et à maintenir son autonomie fonctionnelle. La santé est donc une dynamique, un processus d'équilibre et de résilience face aux contraintes extérieures.* »<sup>53</sup>

La perspective biomédicale a été progressivement élargie par des approches intégratives. Marc Lalonde, à travers son rapport sur les déterminants de la santé, insiste sur l'importance des facteurs **comportementaux, environnementaux et sociaux** dans l'état de santé des populations : « *Les déterminants de la santé, écrit-il, ne se limitent pas aux soins médicaux. Les comportements individuels, les conditions environnementales et les facteurs sociaux jouent un rôle déterminant dans l'état de santé des populations* »<sup>54</sup>. De manière complémentaire, Michael Marmot et Richard Wilkinson mettent en évidence le rôle central des inégalités sociales — statut économique, éducation, conditions de logement — dans la répartition de la santé, soulignant que l'accès aux soins ne suffit pas à expliquer les disparités sanitaires : « *Les inégalités sociales — statut économique, éducation, conditions de logement et emploi — sont des déterminants majeurs de la santé.*

*L'accès aux soins, bien qu'important, ne suffit pas à expliquer les disparités sanitaires observées dans les populations.* »<sup>55</sup> Ces travaux montrent en effet que la santé doit être comprise comme un phénomène multidimensionnel, intégrant à la fois les aspects physiologiques, psychologiques et sociaux du bien-être.

Ainsi, la santé devient un objet complexe et multidisciplinaire, mobilisant des champs variés tels que la médecine, l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie et la santé publique. Danièle Carricaburu et Marie Ménoret rappellent que « *les inégalités sociales — statut économique, éducation, conditions de logement et emploi — sont des déterminants majeurs de la santé.*

<sup>53</sup> CANGUILHEM (G.), *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF, 1943, p.52:

<sup>54</sup> LALONDE(M.), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Rapport, Ottawa: Government of Canada, 1974, p.11

<sup>55</sup> MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, 2006, p.24

=====

*L'accès aux soins, bien qu'important, ne suffit pas à expliquer les disparités sanitaires observées dans les populations.»*<sup>56</sup>. Autrement dit, toute réflexion sur la santé est « susceptible de déclencher des controverses, tant la charge idéologique est forte », soulignant que ce concept est intrinsèquement lié à des valeurs sociales et politiques.

Cette complexité explique que la définition de la santé soit indissociable des politiques publiques, lesquelles visent à transformer les conditions de vie et à améliorer l'accès aux soins à travers une approche globale et contextualisée. Les politiques de santé, en intégrant les dimensions sociales, psychologiques et environnementales, traduisent ainsi une compréhension élargie de la santé, dépassant la seule dimension biomédicale pour viser le bien-être collectif et individuel.

### **I.3.2. Les grandes phases de conceptualisation de la santé**

L'évolution de la notion de santé peut se comprendre à travers **trois grandes phases**, qui reflètent le passage d'une conception biomédicale étroite à une approche intégrative et multidimensionnelle.

**Phase unidimensionnelle** : la santé comme absence de maladie Jusqu'à la création de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1946, la santé était essentiellement définie comme le contraire de la maladie. L'individu était considéré sur un continuum entre la maladie et la santé parfaite, rarement atteinte. Cette approche, qualifiée de biomédicale classique, orientait les politiques publiques vers les soins curatifs et la protection contre les maladies, en négligeant les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Comme l'écrit Georges Canguilhem, « *la santé n'est pas une constante biologique, mais la capacité de tolérer des variations du milieu et d'instituer de nouvelles normes de vie. Le normal n'est pas un fait, mais une valeur.*

*C'est le vivant lui-même qui institue ses normes.* »<sup>57</sup>. La santé était alors perçue comme un état physiologique, mesurable par l'absence de pathologie, et non comme un bien global influencé par la société.

**Phase bidimensionnelle** : intégration du bien-être social et mental. La Constitution de l'OMS (1946) marque une étape décisive, en définissant la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou d'handicap ».

---

<sup>56</sup> CARRICABURU (D.) & et MENORET(M.), *Sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2005, p.15

<sup>57</sup> CANGUILHEM (G.), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1943, p. 130-132

=====

Cette définition élargit le paradigme biomédical en y incorporant des dimensions psychologiques et sociales, et oriente les politiques publiques vers une approche préventive et globale<sup>58</sup>. Elle met l'accent sur l'amélioration des conditions de vie, l'éducation, le bien-être général et l'accès aux soins, incitant les États à dépasser la simple logique curative pour adopter une stratégie de santé publique intégrée.

**Phase intégrative** : santé et conditions de vie : La Conférence d'Alma-Ata (1978) consolide une vision dynamique de la santé, en la reliant aux déterminants sociaux, économiques et politiques, et en affirmant le droit fondamental à l'accès aux soins primaires<sup>59</sup>. Dans cette perspective, la santé devient « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ». Depuis les années 1990, des auteurs comme Sylvia Chiffoleau<sup>60</sup> envisagent la santé comme un bien public mondial, tout en soulignant que son accès demeure inégal entre le Nord et le Sud. Cette phase intègre pleinement la dimension contextuelle et sociale, liant la santé aux conditions de vie et aux inégalités structurelles.

Ces trois phases illustrent que la manière dont la santé est définie détermine directement les priorités et le financement des politiques publiques. Plus la conception est large et intégrative, plus les interventions doivent combiner les dimensions sanitaire, sociale et environnementale pour être réellement efficaces et équitables, reconnaissant la santé non seulement comme un état physiologique, mais comme un processus dynamique et multidimensionnel.

### **I.3.3. Les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé**

L'état de santé d'une population ne peut se réduire à la seule qualité des services médicaux. Il résulte plutôt d'une interaction complexe entre des facteurs économiques, sociaux, environnementaux et politiques qui influencent les conditions de vie des individus tout au long de leur existence. Dans la littérature en santé publique, ces facteurs sont regroupés sous le concept de déterminants sociaux de la santé.

---

<sup>58</sup> LALONDE(M.), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Gouvernement du Canada, Ottawa, 1974, p. 32-33

<sup>59</sup> WHO, op. cit.

<sup>60</sup> CHIFFOLEAU (S.), « Santé et inégalités Nord-Sud, la quête d'un bien public équitabement mondial », in CONSTANTIN (F.) et al. (dir.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective ?*, Paris : L'Harmattan, 1999, pp. 248-268.

=====

Ceux-ci incluent notamment le revenu, l'éducation, l'emploi, l'accès aux ressources de base, ainsi que le milieu physique et social dans lequel les individus vivent, travaillent et vieillissent<sup>61</sup>.

Sandro Galea souligne que les conditions socio-économiques façonnent profondément les résultats de santé, souvent plus que les soins médicaux eux-mêmes. Le revenu, l'éducation et l'emploi déterminent l'accès à une alimentation adéquate, à un habitat sûr et à une protection sociale, des éléments cruciaux pour la santé collective. Comme l'écrit si bien Sandro Galea en effet : « *La santé est bien davantage façonnée par les conditions dans lesquelles nous vivons que par les soins médicaux que nous recevons. Le revenu, l'éducation, le logement et les liens sociaux sont de puissants prédictors de ceux qui vivront une vie longue et en bonne santé.* »<sup>62</sup>. Ces déterminants conditionnent non seulement l'exposition aux risques, mais aussi la capacité des individus à adopter des comportements favorables à la santé.

Sur le plan économique, le niveau de développement structurel d'un pays influence fortement sa capacité à financer des systèmes de santé efficaces. Dans les contextes de faible revenu ou de crise, les ressources allouées aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé sont limitées, renforçant les inégalités sanitaires<sup>63</sup>. Les écarts de revenus se traduisent alors par des différences significatives dans l'espérance de vie, l'accès aux soins et la qualité de vie, mettant en évidence le lien entre pauvreté, inégalités et santé.

Le milieu de vie joue également un rôle déterminant. Claude Raynaud, dans ses travaux sur les conditions de vie en Afrique, souligne le phénomène de « **privilège urbain** », par lequel les populations urbaines bénéficient d'un accès plus facile aux infrastructures de santé, d'éducation et de transport. Selon Claude Raynaud, en effet, « *Le privilège urbain se traduit par une concentration des infrastructures sanitaires, scolaires et administratives qui crée un déséquilibre durable entre villes et campagnes.*

---

<sup>61</sup> WHO, *Closing the Gap in a Generation*, Genève, 2008, p. 1

<sup>62</sup> Traduction libre de « *Health is shaped far more by the conditions in which we live than by the medical care we receive. Income, education, housing, and social connections are powerful predictors of who lives a long and healthy life.* », GALEA (S.), *Well: What We Need to Talk About When We Talk About Health* Oxford University Press, New York, 2016, p. 5-7

<sup>63</sup> MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), op.cit.

=====

*L'accès différencié aux services devient alors un facteur structurant des inégalités sociales et sanitaires. »*<sup>64</sup>

Cependant, la ville n'est pas exempte de risques : pollution, promiscuité, insécurité et coût de la vie élevée peuvent générer des effets négatifs sur la santé. Cette dualité montre que les avantages urbains dépendent fortement de la manière dont les infrastructures et les services sont organisés et accessibles.

Ainsi, la santé d'une population doit être analysée de manière **multidimensionnelle**, en prenant en compte les déterminants sociaux, économiques et environnementaux, mais aussi les conditions locales de vie et les politiques publiques en place. Comme le soulignent Marmot et Wilkinson<sup>65</sup>, il ne suffit pas de soigner les maladies : il est nécessaire de transformer les conditions de vie, de réduire les inégalités et de garantir un environnement favorable pour que les populations puissent atteindre un état de santé optimal.

#### **I.3.4. Les déterminants de la santé et implications pour les politiques publiques**

L'état de santé des populations ne peut être compris indépendamment de son environnement socio-économique, politique et culturel. Les déterminants de la santé sont profondément enracinés dans les conditions de vie quotidiennes, ce qui confère aux politiques publiques un rôle central dans la promotion du bien-être collectif.

Les conditions d'habitat et d'hygiène constituent un facteur déterminant. La promiscuité des logements, combinée à l'insuffisance des infrastructures d'assainissement et de gestion des déchets, favorise la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. Dans ce contexte, les interventions publiques ne peuvent se limiter aux soins curatifs, mais doivent intégrer le développement d'infrastructures sanitaires adaptées et des programmes de sensibilisation communautaire visant à modifier durablement les comportements à risque<sup>66</sup>.

L'accès à l'eau potable représente également un enjeu majeur de santé publique. Dans de nombreux pays, une partie importante de la population dépend de sources non aménagées, exposées à des risques élevés de contamination. Cette situation contribue à la persistance des maladies hydriques, particulièrement chez les enfants.

---

<sup>64</sup> RAYNAUT (C.), *Sahels. Diversité et dynamiques des relations sociétés-nature*, Karthala, Paris, 1997, p.p. 214-216

<sup>65</sup> MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), op.cit.

<sup>66</sup> SOLAR (O.) & IRWIN (A.), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* WHO, Genève, 2010, p.5

=====

L'extension de l'accès à l'eau potable constitue ainsi une priorité stratégique nécessitant des investissements publics et une gouvernance locale efficace. Sandro Galea est formel là-dessus lorsqu'il écrit que « *la santé n'est pas produite principalement dans les hôpitaux ou les cliniques. Elle est façonnée par les quartiers dans lesquels nous vivons, par l'eau que nous buvons et par les systèmes qui régissent notre vie quotidienne.* »<sup>67</sup>.

La nutrition et la sécurité alimentaire constituent un autre déterminant crucial. La malnutrition, qu'elle soit chronique ou aiguë, affaiblit les défenses immunitaires et augmente la vulnérabilité aux maladies. Les politiques publiques doivent donc promouvoir des programmes de sécurité alimentaire, soutenir l'agriculture locale et encourager des initiatives éducatives telles que la nutrition scolaire afin d'améliorer durablement la santé globale<sup>68</sup>.

L'éducation et la sensibilisation sanitaire influencent également de manière décisive les résultats en matière de santé. Un faible niveau d'alphabétisation limite l'efficacité des campagnes de prévention et la diffusion des messages de santé publique. L'éducation apparaît dès lors comme un levier stratégique pour renforcer l'autonomie des individus, favoriser l'adoption de comportements sains et amplifier l'impact des interventions publiques<sup>69</sup>.

Enfin, les choix politiques et l'allocation budgétaire constituent des déterminants transversaux. L'importance accordée à la santé varie selon les priorités gouvernementales et le niveau des ressources allouées reflète l'engagement de l'État en matière de développement humain. Selon Alfred Tarlov, « *les soins médicaux ne représentent qu'une proportion relativement faible de la mortalité évitable. Les conditions sociales, les expositions environnementales et les comportements constituent les influences dominantes sur la santé des populations.* »<sup>70</sup>. Aux yeux de l'auteur, quatre grands déterminants de la santé : facteurs génétiques et biologiques, soins médicaux, comportements individuels et contexte social, ce dernier étant souvent le plus prépondérant. La santé doit donc être comprise comme un bien collectif nécessitant des politiques publiques intégrées, articulant services sanitaires, infrastructures, éducation et justice sociale.

---

<sup>67</sup> Traduction libre de : « *Health is not produced primarily in hospitals or clinics.*

*It is shaped by the neighborhoods in which we live, the water we drink, and the systems that govern our daily lives.* » GALEA(S.), *Well: What We Need to Talk About...*, op. cit. p. 32

<sup>68</sup> MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), op.cit.

<sup>69</sup> LALONDE (M.), op. cit..p.31

<sup>70</sup> TARLOV(A.), *Public Policy Frameworks for Improving Population Health* » (*Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, 1996, p.281

=====

Cette analyse souligne l'indissociabilité entre santé et action publique. La manière dont l'État définit la santé oriente ses interventions, la mobilisation des ressources et les priorités de développement, conformément aux cinq composantes analytiques de Mény et Thoenig — contenu, programme, orientation normative, facteur de coercition et ressort social. La santé se positionne ainsi à la fois comme un droit fondamental, un bien public et un moteur du développement durable, appelant une approche globale, équitable et contextualisée<sup>71</sup>.

#### **I.4. La politique de la santé sexuelle et reproductive comme résultante de l'interaction de différentes parties prenantes**

La mise en œuvre des politiques de santé sexuelle et reproductive (SSR) repose sur la complémentarité d'acteurs multiples. L'État définit les cadres normatifs, coordonne les secteurs et arbitre entre priorités sanitaires, socioculturelles et budgétaires pour assurer cohérence et durabilité. Les partenaires techniques et financiers apportent financement, expertise et normes internationales, renforçant la gouvernance et la coordination. La société civile et les organisations communautaires adaptent les programmes aux réalités locales et assurent la sensibilisation, tandis que les populations bénéficiaires participent activement à l'appropriation et à la pérennité des interventions, notamment les jeunes et groupes vulnérables. Cette synergie montre que l'efficacité de la SSR dépend d'une action publique à la fois participative, contextualisée et coordonnée

##### **I.4.1. Le rôle structurant de l'Etat et des institutions publiques**

Dans le paradigme contemporain de la santé sexuelle et reproductive (SSR), l'État joue un rôle central et structurant dans la définition, la mise en œuvre et la régulation des politiques publiques. Héritée des dynamiques internationales, notamment de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994), la SSR repose sur une conception élargie de la santé, intégrant des dimensions biomédicales, psychologiques, sociales et culturelles. Cette complexité confère à l'action publique un rôle déterminant dans l'arbitrage entre normes internationales, réalités nationales et résistances socioculturelles. Comme l'analyse en effet Didier Fassin, « *La santé publique ne se réduit pas à l'application de savoirs médicaux ; elle est indissociablement un savoir et un pouvoir. Elle institue des*

---

<sup>71</sup> MENY (Y.) & THOENIG (J-C.), op. cit.

=====

*normes, définit des priorités et hiérarchise des vies. En ce sens, elle constitue un mode privilégié d'intervention de l'État dans la sphère sociale »<sup>72</sup>.*

L'État assume en premier lieu une fonction normative, en élaborant des cadres juridiques et des politiques nationales traduisant les principes de la SSR en orientations stratégiques et en règles contraignantes. La reconnaissance de la SSR comme droit fondamental marque un passage d'une approche biomédicale centrée sur la pathologie à une approche biopsychosociale intégrant les déterminants sociaux et culturels des comportements sexuels et reproductifs. A cet égard, Barbara Reiss le rappelle en ces termes : « *La santé reproductive doit être comprise dans le cadre global du droit à la santé. Elle exige une attention particulière aux déterminants sociaux, culturels et économiques, plutôt qu'une focalisation biomédicale étroite limitée à la seule maladie et à la pathologie* ». <sup>73</sup> L'État devient ainsi le garant de l'intégration de cette vision globale dans les stratégies nationales de santé.

Par ailleurs, le rôle structurant de l'État se manifeste dans la coordination institutionnelle. La SSR est un champ multisectoriel mobilisant ministères de la santé, de l'éducation, des affaires sociales et des finances, ainsi que les collectivités territoriales. L'éducation à la SSR auprès des jeunes illustre cette exigence de coordination : elle nécessite de combiner enseignements biologiques et prise en compte des inégalités de genre, du mariage précoce ou des violences basées sur le genre. Dans ce cadre, l'État agit comme interface entre institutions centrales et acteurs locaux, assurant l'adaptation territoriale des politiques tout en préservant la cohérence nationale<sup>74</sup>.

L'État exerce également une fonction d'arbitrage stratégique face à des priorités parfois concurrentes. L'extension des droits sexuels et reproductifs, notamment l'accès des adolescents à la planification familiale, suscite des controverses socioculturelles et religieuses.

---

<sup>72</sup> FASSIN (D.), *Faire de la santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, p. 12-13

<sup>73</sup> Traduction libre de « Reproductive health must be understood within a comprehensive right to health framework. It requires attention to social, cultural and economic determinants rather than a narrow biomedical focus on disease and pathology alone », REISS (B.), *Health and Human Rights*, New York, Routledge, 1981, p. 97-9

<sup>74</sup> MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), op.cit., p.204

Et comme le suggère Elisabeth Mudzimu pour le cas zimbabwéen, l'État doit concilier promotion des droits humains, impératifs de santé publique — réduction des grossesses précoces, des infections sexuellement transmissibles ou des complications obstétricales — et cohésion sociale<sup>75</sup>.

Enfin, l'État structure la mise en œuvre des engagements internationaux et des contraintes budgétaires. Les orientations issues de la CIPD ou d'autres forums mondiaux imposent l'accès universel à la SSR, mais leur application dépend de la disponibilité des ressources et des priorités nationales. Les institutions publiques assurent ainsi régulation, financement et évaluation, garantissant l'efficacité et la soutenabilité des politiques, tout en respectant les cadres juridiques nationaux. L'OMS le rappelle en ces termes : « *les gouvernements assument la responsabilité première de la gouvernance des systèmes de santé. Ils doivent allouer les ressources, réguler les prestataires et assurer le suivi des résultats. Sans un financement public durable et une véritable redevabilité institutionnelle, les engagements en faveur de l'accès universel demeurent rhétoriques* »<sup>76</sup>

En somme, la politique de santé sexuelle et reproductive illustre parfaitement le rôle structurant de l'État et des institutions publiques. À l'intersection des normes internationales, des réalités locales et des mutations socioculturelles, l'État constitue l'acteur central capable de donner cohérence, légitimité et durabilité à une politique publique complexe et politiquement sensible.

#### **I.4.2. L'influence des partenaires au développement**

La politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) des États contemporains est largement façonnée par l'intervention des partenaires techniques et financiers (PTF), qu'il s'agisse d'agences onusiennes, d'organisations internationales ou de bailleurs bilatéraux et multilatéraux. Ces acteurs jouent un rôle déterminant dans la définition des priorités nationales, la mobilisation des ressources et la diffusion de normes internationales, contribuant à structurer l'agenda national en matière de SSR. Leur action s'inscrit dans le prolongement du paradigme initié par la Conférence internationale sur la population et le

<sup>75</sup> MUDZIMU (E.), Religious and cultural encounters: sexual and reproductive health and rights among the Korekore women in Zimbabwe, PhD Dissertation, University of Groningen, 2021

<sup>76</sup> Traduction libre de « *Governments bear the primary responsibility for stewardship of health systems. They must allocate resources, regulate providers and monitor outcomes. Without sustained public financing and institutional accountability, commitments to universal access remain rhetorical* », WHO, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Genève, 2010, pp.48-49

=====

développement, qui élargit la SSR au-delà de la santé biomédicale pour intégrer le bien-être physique, mental et social et la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs<sup>77</sup>.

Les PTF apportent un soutien financier et technique crucial. Le financement de programmes de planification familiale, de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et d'éducation à la SSR permet aux États de surmonter leurs contraintes budgétaires et de déployer des interventions à large échelle. Sur le plan technique, ces acteurs offrent une expertise pour l'élaboration de protocoles de soins, la formation du personnel de santé et la production de matériel pédagogique adapté aux jeunes et adolescents. Cette assistance facilite l'intégration d'une approche biopsychosociale, qui tient compte des facteurs culturels, économiques et sociaux influençant la santé reproductive<sup>78</sup>.

Les PTF exercent également une influence normative et politique en diffusant des standards et référentiels internationaux. Ils encouragent l'adoption de législations et de plans d'action conformes aux engagements mondiaux, notamment dans des domaines sensibles comme l'accès à la contraception et l'éducation sexuelle des jeunes, souvent confrontés à des résistances socioculturelles ou religieuses. Comme l'expliquent Martha Finnemore et Kathryn Sikkink en effet, « *les normes internationales ne sont pas seulement des contraintes pesant sur le comportement des États ; elles sont également constitutives, en ce qu'elles façonnent les identités et les intérêts étatiques. À travers des processus de persuasion, d'institutionnalisation et d'habitation, les États en viennent à internaliser les standards mondiaux comme des règles de conduite appropriées.* »<sup>79</sup> Autrement dit, cette influence contribue à légitimer l'action publique et à introduire des innovations adaptées aux besoins locaux.

Enfin, les partenaires internationaux renforcent la gouvernance et la coordination intersectorielle. En collaborant avec les ministères de la santé, de l'éducation et des affaires sociales, ainsi qu'avec les collectivités territoriales, ils favorisent la synergie entre acteurs et assurent la cohérence des interventions sur le terrain. Comme le montrent en effet Elias Sentamba et Yve Jacket Nsavyimana, le Burundi a, comme d'autres États africains, fait sien le référentiel des conférences internationales en matière de SSR.

<sup>77</sup> CIPD, Programme d'action, 1994, §7.2

<sup>78</sup> REISS (B.), *Health and Human Rights*, op.cit.

<sup>79</sup> Traduction libre de « International norms are not merely constraints on state behavior; they are also constitutive, shaping state identities and interests. Through processes of persuasion, institutionalization, and habitualization, states come to internalize global standards as appropriate conduct », FINNEMORE (M.) & SIKKINK (K.), *International Organization*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998, vol. 52, no 4, p. 894.

=====

Aussi Selon la politique nationale de la santé reproductive stipule que « *Le Burundi, ayant souscrit aux engagements internationaux dans le cadre de la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994, de la 4e Conférence mondiale sur les femmes tenues à Beijing en 1995, ainsi que des Objectifs du Millénaire pour le développement adopté à New York en 2000, s'est fixé pour objectif de mettre en œuvre ces engagements à travers la présente Politique nationale de santé de la reproduction.* »<sup>80</sup>. Cette coordination est essentielle pour la mise en œuvre de programmes complexes intégrant des dimensions biomédicales, éducatives et sociales, et pour garantir la durabilité des politiques face aux contraintes institutionnelles et financières.

En résumé, l'influence des PTF dépasse le simple soutien matériel. Elle façonne les priorités nationales, renforce les capacités institutionnelles et promeut un modèle de SSR conforme aux standards internationaux, permettant aux États de répondre à la complexité du paradigme contemporain tout en intégrant droits, besoins et réalités spécifiques des populations, en particulier les jeunes et adolescents.

#### **I.4.3. La participation des acteurs de la société civile et des organisations communautaires**

La mise en œuvre des politiques de santé sexuelle et reproductive (SSR) ne dépend pas uniquement de l'État et des partenaires internationaux. Les acteurs de la société civile et les organisations communautaires – ONG, associations locales, organisations confessionnelles et leaders communautaires – jouent un rôle central dans la sensibilisation, le plaidoyer et la prestation de services. A cet égard, Jean-Louis Laville montre que la société civile ne se réduit pas à un simple relais d'action publique, mais constitue réellement un espace autonome de médiation sociale : « *Les associations, écrit-il, ne sont pas seulement des opérateurs supplétifs de l'État social, elles participent à la construction de l'espace public en faisant émerger des besoins, en formulant des revendications et en expérimentant des réponses adaptées aux contextes locaux* »<sup>81</sup>

<sup>80</sup> Pour le Burundi, voir : SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y-J.), op.cit., lire aussi REPUBLIQUE DU BURUNDI & KFW. Politique Nationale de la Santé de la Reproduction. Bujumbura, 2007

<sup>81</sup> LAVILLE (J-L.), L'économie solidaire. Une perspective internationale, Paris, Hachette Littératures, 1994, p. 112.

=====

Ces inter-acteurs constituent un lien indispensable entre les politiques publiques et les populations, contribuant à adapter les programmes aux réalités socioculturelles et à renforcer l'acceptabilité sociale des initiatives de SSR.

Ces acteurs assurent d'abord une médiation culturelle et sociale. Dans un contexte où le paradigme contemporain de la SSR élargit la santé au bien-être physique, mental et social et reconnaît les droits sexuels et reproductifs comme universels, les organisations communautaires traduisent ces normes en messages compréhensibles et culturellement acceptables. Elles sensibilisent les populations sur des sujets parfois tabous, tels que l'éducation sexuelle des jeunes, la planification familiale ou la prévention des infections sexuellement transmissibles, en tenant compte des croyances et pratiques locales. Cette médiation contribue à réduire les résistances sociales et religieuses, notamment concernant l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle pour les adolescents, encore sujets à contestation dans certaines sociétés<sup>82</sup>.

Les organisations communautaires participent également à la prestation de services adaptés et inclusifs. Complémentaires à l'action étatique, elles offrent consultations, programmes éducatifs et suivi dans des zones reculées ou marginalisées. Leur proximité avec les populations leur permet d'identifier les besoins spécifiques des jeunes, des femmes et des groupes vulnérables, et d'adapter les interventions aux contraintes sociales et économiques locales. C'est dans cette perspective que Margaret E. Keck et Kathryn Sikkink soulignent que « *les acteurs militants de la société civile ne se contentent pas de transmettre de l'information. Ils cadrent les enjeux de manière à ce qu'ils résonnent avec les valeurs et les croyances locales, élargissant ainsi la participation et redéfinissant les termes du débat public.* »<sup>83</sup>. On comprend que le rôle de pareils activités est essentiel pour traduire la vision biopsychosociale de la SSR, qui prend en compte l'influence des facteurs environnementaux et culturels sur la santé reproductive.

Enfin, ces acteurs jouent un rôle de plaidoyer et de renforcement institutionnel. Par leurs campagnes, rapports et initiatives locales, ils influencent les décisions publiques et soutiennent l'intégration de la SSR dans les politiques éducatives, sanitaires et sociales.

---

<sup>82</sup> MUDZIMU(E.), op. cit.

<sup>83</sup> Traduction libre de « "Activists in civil society do not merely transmit information; they frame issues in ways that resonate with local values and beliefs, thereby expanding participation and reshaping the terms of public debate », KECK(M-E.) & SIKKINK (K.), *Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*, Ithaca, Cornell University Press, 1998, p. 2.

=====

Ils favorisent la coordination entre autorités publiques, institutions sanitaires et communautés, contribuant à la durabilité des programmes malgré les contraintes budgétaires et institutionnelles<sup>84</sup>.

En définitive, la société civile et les organisations communautaires constituent un levier stratégique de la SSR. Elles médiatisent entre normes internationales et réalités locales, facilitent l'accès aux services et renforcent l'adhésion sociale aux droits sexuels et reproductifs, en particulier pour les jeunes, dans le respect des contextes culturels et sociaux.

#### **I.4.4. Les populations bénéficiaires comme acteurs clefs de l'action publique**

Dans le cadre des politiques de santé sexuelle et reproductive (SSR), les populations bénéficiaires – femmes, jeunes, couples et groupes vulnérables – ne se limitent pas à un rôle passif de récepteurs de services. Elles constituent des acteurs à part entière de l'action publique, dont les besoins, pratiques et représentations influencent directement l'appropriation, l'efficacité et la durabilité des politiques. Cette approche interactive s'inscrit dans le paradigme contemporain de la SSR, tel que défini lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui considère la SSR comme un état de bien-être physique, mental et social intégrant le droit à une sexualité satisfaisante et sécurisée et la liberté de planifier sa reproduction<sup>85</sup>.

La participation des populations bénéficiaires se manifeste d'abord par l'appropriation des programmes. Dans l'approche biopsychosociale, l'individu est envisagé comme un produit de son environnement socio-économique et culturel, justifiant des interventions adaptées à ses besoins spécifiques. Les jeunes et adolescents, en particulier, doivent bénéficier d'une éducation à la SSR intégrant les dimensions biomédicales et sociales, tout en tenant compte des inégalités de genre, du mariage précoce et des violences basées sur le genre. Leur implication permet de calibrer les messages, d'identifier les obstacles locaux à l'utilisation des services et d'améliorer la pertinence des programmes. C'est dans ce sens précis qu'écrivent à juste titre Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès: « *L'action publique est un processus d'interactions multiples entre des acteurs hétérogènes.*

---

<sup>84</sup> FINNEMORE (M.) & SIKKINK (K.), op.cit.

<sup>85</sup> CIPD, Programme d'action, §7.2

=====

*Les destinataires des politiques ne sont pas de simples exécutants ou bénéficiaires passifs ; ils contribuent, par leurs pratiques et leurs appropriations, à redéfinir les instruments et les objectifs poursuivis »<sup>86</sup>*

Ensuite, les populations bénéficiaires influencent la conception et la mise en œuvre des interventions. Leurs comportements sexuels, la perception des risques et l'acceptation des méthodes contraceptives déterminent l'efficacité des stratégies de planification familiale et de prévention des infections sexuellement transmissibles. L'extension des droits sexuels et reproductifs aux jeunes, par exemple, suscite parfois des résistances culturelles et religieuses<sup>87</sup>, nécessitant un dialogue constant entre autorités publiques, acteurs communautaires et bénéficiaires afin d'adapter les interventions aux réalités locales.

Enfin, la participation des populations favorise la durabilité des politiques publiques. Leur engagement dans des activités de sensibilisation, le suivi des services ou des initiatives communautaires renforce l'adhésion sociale et la légitimité des programmes. Cette dimension dynamique de l'action publique permet non seulement d'améliorer l'efficacité des interventions, mais aussi d'ancrer durablement la SSR dans les comportements et pratiques collectives<sup>88</sup>.

En somme, considérer les populations bénéficiaires comme des acteurs de l'action publique dépasse le simple rôle de récepteurs. Leur participation interactive et proactive est essentielle pour traduire les normes internationales de la SSR en pratiques locales efficaces et acceptées, tout en intégrant la complexité culturelle, sociale et économique des contextes d'intervention, en particulier pour les jeunes et les adolescents.

---

<sup>86</sup> LASCOUMES (P.), LE GALES (P.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p. 13.

<sup>87</sup> MUDZIMU (E.), op. cit.

<sup>88</sup> NALUKWAGO (H) (2019). Adolescent sexual and reproductive health needs in Uganda: Understanding determinants of adolescent sexual behaviors. PhD Dissertation, Maastricht University.

### **Conclusion partielle**

En définitive, ce chapitre aura permis de poser les bases théoriques nécessaires à l'analyse des politiques publiques, en mettant en lumière leur complexité, leur multidimensionnalité et leur caractère à la fois institutionnel, conflictuel et opérationnel. La distinction entre *polity*, *politics* et *policy* a éclairé la manière dont les programmes publics se structurent, se légitiment et se traduisent concrètement en actions, tandis que l'analyse des politiques publiques a souligné l'importance de combiner rigueur méthodologique, compréhension des mécanismes institutionnels et prise en compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Cette approche à la fois systémique et analytique s'avère particulièrement pertinente pour la santé sexuelle et reproductive au Burundi, un domaine où l'efficacité et la durabilité des interventions dépendent de la coordination et de l'interaction entre l'État, les partenaires au développement, la société civile et les populations bénéficiaires. En articulant normes internationales, priorités nationales et réalités locales, la politique de SSR au Burundi illustre la nécessité d'une action publique participative, contextualisée et cohérente, capable de répondre aux besoins complexes des populations, en particulier des jeunes et des groupes vulnérables. Ce cadre conceptuel servira ainsi de référence pour l'analyse des politiques et pratiques de SSR dans les chapitres suivants.

## **CHAPITRE II : APERCU SUR LA POLITIQUE DE SSR AU BURUNDI**

Le présent chapitre explore la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi à travers une approche empirique, mettant en lumière les réalités, les enjeux et les perspectives d'amélioration dans ce domaine. Il s'inscrit dans un contexte où la jeunesse de la population, la forte ruralité, les inégalités socio-économiques et les normes socioculturelles influencent fortement l'accès aux services, la qualité des soins et les comportements reproductifs. En mobilisant des sources fiables telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les rapports institutionnels et les enquêtes nationales, le chapitre vise à dresser un état des lieux complet de la SSR, à analyser les déterminants et obstacles à une prise en charge optimale, et à identifier les interventions réussies et les perspectives pour renforcer l'équité, l'efficacité et la durabilité des services de santé reproductive au Burundi. Structuré en quatre parties, il aborde le contexte général, l'état des lieux empirique, les déterminants et obstacles, ainsi que les interventions et recommandations pour l'avenir.

### **II.1. Contexte général de la santé sexuelle et reproductive au Burundi**

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi s'inscrit dans un contexte démographique, socio-économique, institutionnel et culturel particulier, marqué par une population jeune, une forte ruralité, des niveaux d'éducation limités et une pauvreté structurelle. Ce cadre influe directement sur l'accès aux services, la qualité des soins et les comportements reproductifs, tandis que les normes socioculturelles et religieuses, les inégalités territoriales et la faible autonomie des femmes accentuent les obstacles à la SSR. Comprendre ces déterminants permet de saisir les vulnérabilités spécifiques des populations et de mieux orienter les politiques et interventions pour améliorer l'équité, l'efficacité et la durabilité des services de santé reproductive.

#### **II.1.1. Cadre démographique et socio-économique**

Le Burundi se caractérise par un contexte démographique et socio-économique particulier qui influence fortement la situation de la santé sexuelle et reproductive (SSR). La structure de la population est marquée par une forte jeunesse, avec une proportion élevée d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes<sup>89</sup>. Cette configuration démographique exerce une pression importante sur les services sociaux de base, notamment ceux liés à la santé et à l'éducation.

<sup>89</sup> ISTEEBU, Enquête démographique de santé 2016-2017, Bujumbura, 2017

Par ailleurs, le pays demeure majoritairement rural, ce qui limite l'accès géographique aux infrastructures sanitaires et aux services spécialisés de santé sexuelle et reproductive. La **fécondité élevée**, traduite par un nombre important d'enfants par femme, reste une caractéristique centrale du paysage démographique burundais, renforçant les défis liés à la santé maternelle, à la planification familiale et à la prise en charge des besoins spécifiques des femmes et des adolescents.

**Sur le plan socio-économique**, le Burundi fait face à une **pauvreté structurelle persistante**, touchant une grande partie de la population. Les ménages disposent souvent de ressources financières limitées, ce qui affecte leur capacité à accéder aux soins de santé, y compris aux services de santé sexuelle et reproductive. Les vulnérabilités socio-économiques sont particulièrement marquées chez les femmes, les jeunes et les populations rurales, exposés à des risques accrus de grossesses précoces, de mariages précoces et de recours tardif aux services de santé. La précarité économique contribue également à la dépendance financière des femmes, réduisant leur autonomie décisionnelle en matière de santé reproductive.

Le **niveau d'éducation** constitue un autre déterminant majeur de la SSR au Burundi. Malgré des progrès en matière de scolarisation, les taux d'achèvement scolaire demeurent faibles, en particulier au niveau secondaire. Les disparités de genre persistent, avec une déscolarisation plus fréquente des filles, souvent liée aux grossesses précoces, aux mariages précoces et aux charges domestiques. Cette situation limite l'accès des femmes et des jeunes filles à l'information sur la sexualité, la contraception et les droits reproductifs, renforçant ainsi les inégalités en matière de santé.

L'ensemble de ces facteurs démographiques et socio-économiques a des **implications directes sur la santé sexuelle et reproductive**<sup>90</sup>. La jeunesse de la population accroît les besoins en éducation sexuelle et en services adaptés aux adolescents et aux jeunes. La pauvreté et la faible scolarisation favorisent des comportements à risque et un faible recours aux services de planification familiale. Enfin, les inégalités de genre entravent l'accès équitable aux soins et limitent la capacité des femmes à faire des choix éclairés concernant leur santé reproductive. Ainsi, le cadre démographique et socio-économique burundais constitue un déterminant central des défis persistants en matière de santé sexuelle et reproductive.

<sup>90</sup> INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi, Projet « Passages », Georgetown University, 2021

### II.1.2. Cadre institutionnel et politique de la SSR

Le cadre institutionnel et politique de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi repose sur un ensemble de politiques publiques, de textes juridiques et d'interventions coordonnées entre l'État et ses partenaires. Ces dispositifs traduisent la reconnaissance progressive de la SSR comme un enjeu central de santé publique et de développement socio-économique, tout en révélant des défis persistants dans leur mise en œuvre effective.

Sur le plan des **politiques nationales de santé et de population**, le Burundi a adopté plusieurs stratégies visant à améliorer la santé de la population, notamment à travers les politiques nationales de santé, de population et de reproduction. Ces politiques mettent l'accent sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la promotion de la planification familiale, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins pour les adolescents et les jeunes. La SSR est ainsi intégrée dans les priorités nationales, en lien avec les engagements internationaux et régionaux du pays.

Le **cadre juridique relatif à la SSR** comprend des lois et règlements encadrant la santé, la protection de la mère et de l'enfant, ainsi que les droits des femmes et des jeunes. Certaines dispositions visent à protéger la santé reproductive, à lutter contre les violences basées sur le genre et à encadrer les pratiques liées à la reproduction. Toutefois, ce cadre juridique demeure parfois restrictif ou insuffisamment explicite sur certains aspects sensibles de la SSR, notamment en ce qui concerne les droits reproductifs, l'accès des jeunes aux services de santé ou encore la prise en charge de certaines situations spécifiques, ce qui peut limiter l'effectivité des interventions sur le terrain.

Le **Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida** joue un rôle central dans la conception, la coordination et la mise en œuvre des politiques de SSR. Il est chargé de l'élaboration des stratégies nationales, de la supervision des services de santé et de l'intégration de la SSR dans les soins de santé primaires. Ce rôle est renforcé par l'appui de nombreux **partenaires techniques et financiers**, tels que les agences du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales internationales et locales, ainsi que les bailleurs de fonds. Ces acteurs contribuent au financement, au renforcement des capacités, à la fourniture de services et à l'innovation en matière de SSR.

=====

Malgré l'existence de ce cadre institutionnel et politique, des **limites importantes entravent la mise en œuvre des politiques de SSR**. Parmi celles-ci figurent l'insuffisance des ressources financières et humaines, la dépendance à l'aide extérieure, la faible coordination entre les différents acteurs et les contraintes liées aux normes socioculturelles. En outre, l'écart entre les orientations politiques et les réalités locales, notamment en milieu rural, réduit l'impact des politiques sur les populations les plus vulnérables. Ces limites soulignent la nécessité de renforcer la gouvernance, le financement et l'appropriation communautaire des politiques de santé sexuelle et reproductive au Burundi.

### II.1.3. Normes socioculturelles et religieuses

Les normes socioculturelles et religieuses au Burundi jouent un rôle déterminant dans les comportements et les pratiques liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR)<sup>91</sup>. Ces normes façonnent les représentations sociales de la sexualité, influencent les choix en matière de contraception, et participent à la construction des rôles de genre, souvent au détriment de l'autonomie des femmes et des jeunes.

Les **représentations sociales de la sexualité** au Burundi sont largement influencées par des conceptions traditionnelles et conservatrices. La sexualité est souvent perçue comme une activité principalement liée à la procréation, et la société valorise la maternité et la fertilité. Cette vision traditionnelle conduit à une faible acceptation de la planification familiale, car la contraception est parfois perçue comme incompatible avec les attentes sociales liées à la fécondité. De plus, la sexualité, en particulier celle des jeunes, demeure un sujet tabou dans de nombreuses communautés, rendant difficile l'accès à une éducation sexuelle appropriée. Cela contribue à l'ignorance et aux pratiques à risque, notamment chez les adolescents, pour lesquels l'information sur la sexualité et la contraception est souvent insuffisante.

Le **mariage précoce** constitue un phénomène répandu au Burundi, notamment dans les zones rurales. Les filles sont souvent mariées jeunes, parfois dès l'adolescence, ce qui accroît les risques de grossesses précoces et non désirées, ainsi que de complications liées à la maternité. Ce mariage précoce est en grande partie lié à des rapports de genre profondément ancrés dans la culture burundaise, où les femmes et les filles sont souvent perçues comme devant assumer des rôles domestiques et reproductifs.

---

<sup>91</sup> CA /OAG, Exploration du plaidoyer pour la santé sexuelle et reproductive au Burundi, Rapport d'expertise, Bujumbura, 2022

=====

Cette dynamique empêche les filles d'accéder à l'éducation et à la prise de décision autonome concernant leur santé, en particulier leur santé reproductive. Les normes patriarcales renforcent ainsi l'inégalité des sexes, limitant les droits des femmes à disposer de leur corps et à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

Un autre **tabou majeur** est celui qui entoure la contraception et l'éducation sexuelle. Les discussions sur la contraception sont souvent stigmatisées, particulièrement dans les communautés rurales où la tradition reste prédominante. Beaucoup de familles et de leaders communautaires considèrent la contraception comme contraire aux valeurs culturelles et religieuses, et l'idée d'enseigner la sexualité aux jeunes est mal perçue. Par conséquent, les adolescents et les jeunes adultes, en particulier les filles, se retrouvent dans l'ignorance ou l'auto-éducation sur la contraception, les risques de grossesse non désirée, et les infections sexuellement transmissibles (IST). Cette absence d'informations essentielles conduit souvent à des choix risqués et à une augmentation des grossesses précoces et des IST.

Les **croyances religieuses** jouent également un rôle central dans la structuration des pratiques de santé sexuelle et reproductive au Burundi<sup>92</sup>. Le pays est majoritairement chrétien, et les **églises catholique et protestante** influencent fortement les attitudes envers la contraception, l'avortement et la planification familiale. La doctrine catholique, par exemple, interdit l'utilisation de la contraception moderne et décourage les discussions sur la sexualité avant le mariage. De même, les **traditions islamiques** prônent souvent des attitudes conservatrices en matière de sexualité et de reproduction. Ces croyances influencent les choix des individus et des familles, parfois au détriment de la santé des femmes et des jeunes. Les leaders religieux, bien que parfois impliqués dans des initiatives de sensibilisation à la SSR, restent dans l'ensemble réticents à aborder des sujets tels que l'avortement ou la contraception d'urgence, ce qui limite l'accès à une information complète et à des soins adaptés.

---

<sup>92</sup> Pour davantage de détails, lire l'article d'Elias Sentamba et Yves Jacket Nsavyimana : SENTAMBA(E.) et NSAVYIMANA (Y-J.), « Religion and Sexual and Reproductive Health Policy in Burundi » in KILONZO(S-M.) et al. (eds.), The Palgrave Handbook of Religion, Health and Development in Africa, Springer Nature, 2025

#### II.1.4. Inégalités territoriales et d'accès aux services

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi est fortement marqué par des **inégalités territoriales**, notamment entre les zones urbaines et rurales. Ces disparités influencent de manière significative l'utilisation des services de SSR et contribuent à la persistance d'indicateurs défavorables en matière de santé maternelle et reproductive, particulièrement dans les régions les plus enclavées du pays<sup>93</sup>.

Les **disparités urbain/rural** constituent l'un des principaux déterminants de l'accès aux services de SSR. En milieu urbain, les populations bénéficient généralement d'une plus grande proximité des structures sanitaires, d'une offre de services plus diversifiée et d'une meilleure disponibilité de l'information en matière de santé. À l'inverse, les zones rurales, où réside la majorité de la population burundaise, sont souvent caractérisées par un éloignement important des centres de santé, des infrastructures de transport limitées et une faible couverture des services spécialisés de santé sexuelle et reproductive.

Cette situation entraîne un recours tardif ou insuffisant aux soins, notamment pour les consultations prénatales, l'accouchement assisté et la planification familiale.

L'**accessibilité géographique et financière des services** constitue un obstacle majeur, surtout pour les populations rurales et les ménages les plus pauvres. Les longues distances à parcourir pour atteindre les centres de santé, combinées à l'insuffisance des moyens de transport, rendent l'accès aux services de SSR difficile, en particulier pour les femmes enceintes et les adolescents. Sur le plan financier, bien que certaines politiques de gratuité existent pour des groupes spécifiques, les coûts indirects liés aux soins, tels que le transport, les médicaments non disponibles ou les frais informels, demeurent dissuasifs pour de nombreux ménages, limitant ainsi l'utilisation effective des services de santé reproductive.

La **qualité des infrastructures sanitaires** varie également selon les régions. En milieu rural, de nombreux centres de santé sont confrontés à des bâtiments vétustes, à un équipement insuffisant et à des ruptures fréquentes de stocks de médicaments et de produits de santé reproductive. Ces contraintes affectent la qualité des soins offerts et réduisent la confiance des usagers dans le système de santé.

---

<sup>93</sup> SHARE-NET/ABEM, Cartographie des données/connaissances relatives à la santé sexuelle et reproductive au Burundi au cours des dernières dix années (2014-2024). Rapport final. Bujumbura, octobre 2024

=====

En comparaison, les structures urbaines disposent généralement de meilleures conditions matérielles et d'un accès plus régulier aux intrants nécessaires à la prestation des services de SSR, renforçant ainsi les inégalités territoriales.

La **disponibilité du personnel qualifié** constitue un autre facteur déterminant des disparités d'accès aux services de SSR. Les zones urbaines concentrent la majorité des professionnels de santé qualifiés, tandis que les structures rurales souffrent d'un déficit chronique de personnel formé en santé maternelle, en planification familiale et en prise en charge des adolescents. Cette pénurie entraîne une surcharge de travail pour le personnel en poste, une baisse de la qualité des soins et une limitation de l'offre de services spécialisés. Par conséquent, les populations rurales sont davantage exposées aux risques liés aux grossesses non suivies, aux accouchements non assistés et à une faible couverture des services de planification familiale.

En définitive, les inégalités territoriales et d'accès aux services de SSR au Burundi, particulièrement entre les milieux urbain et rural, constituent un frein majeur à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. La réduction de ces disparités nécessite un renforcement des infrastructures sanitaires rurales, une meilleure répartition du personnel qualifié et des stratégies adaptées visant à améliorer l'accessibilité géographique et financière des services pour les populations les plus vulnérables.

## **II.2. État des lieux empirique de la santé sexuelle et reproductive**

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi se décline à travers plusieurs dimensions interdépendantes, allant de la santé maternelle et néonatale à la planification familiale, en passant par la santé des adolescents et jeunes ainsi que la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH. Chacune de ces composantes reflète à la fois les progrès réalisés et les défis persistants du système de santé, tout en mettant en lumière l'influence des facteurs socio-économiques, culturels et structurels sur l'accès aux services, la qualité des soins et les comportements de prévention. L'analyse de ces domaines permet de cerner les vulnérabilités spécifiques des populations et de mieux orienter les interventions pour renforcer l'efficacité, l'équité et la durabilité de la SSR au Burundi.

## II.2.1. Santé maternelle et néonatale

La santé maternelle et néonatale constitue un indicateur clé de l'état de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi. Malgré les efforts déployés par les autorités sanitaires et leurs partenaires, les indicateurs demeurent préoccupants et reflètent les défis persistants auxquels le système de santé est confronté, en particulier dans les zones rurales et parmi les populations les plus vulnérables<sup>94</sup>.

Le **taux de mortalité maternelle** reste élevé au Burundi, traduisant les risques importants auxquels sont exposées les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Cette mortalité est souvent liée à des complications évitables, ce qui souligne les insuffisances dans l'accès et la qualité des soins obstétricaux. La mortalité néonatale demeure également significative, résultant principalement de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, telles que la prématurité, l'asphyxie à la naissance et les infections.

L'**accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté par un personnel qualifié** s'est amélioré au cours des dernières années, mais reste insuffisant pour garantir une couverture universelle. De nombreuses femmes effectuent au moins une consultation prénatale, toutefois le suivi complet recommandé est loin d'être systématique. En outre, une proportion non négligeable des accouchements continue d'avoir lieu à domicile, en particulier en milieu rural, souvent en raison de l'éloignement géographique des structures sanitaires, du manque de moyens financiers ou de préférences socioculturelles. L'insuffisance de l'assistance qualifiée lors de l'accouchement accroît considérablement les risques de complications maternelles et néonatales.

Les **causes principales de la morbidité maternelle** au Burundi incluent les hémorragies obstétricales, les infections, les troubles hypertensifs de la grossesse et les complications liées aux avortements non sécurisés. À ces causes médicales s'ajoutent des facteurs indirects tels que la malnutrition, l'anémie, les grossesses précoces et rapprochées, ainsi que le retard dans la prise en charge des complications. Ces éléments reflètent à la fois des faiblesses du système de santé et des déterminants sociaux défavorables à la santé des femmes.

Les **inégalités régionales et socio-économiques** accentuent la vulnérabilité de certaines populations. Les femmes vivant dans les zones rurales, celles issues de ménages pauvres et celles ayant un faible niveau d'instruction sont particulièrement exposées aux risques liés à la

<sup>94</sup> MSPLS, Politique Nationale de Santé 2016-2025, Bujumbura, janvier 2016.

maternité. Les régions enclavées souffrent d'un accès limité aux infrastructures sanitaires fonctionnelles et au personnel qualifié, tandis que les coûts directs et indirects des soins constituent un obstacle majeur pour les ménages défavorisés. Ces disparités se traduisent par des écarts significatifs dans l'utilisation des services de santé maternelle et dans les résultats en matière de survie maternelle et néonatale.

En somme, l'état de la santé maternelle et néonatale au Burundi met en évidence des progrès encore fragiles et des défis structurels persistants. La réduction durable de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales nécessite un renforcement de l'accès équitable aux soins de qualité, une amélioration du suivi prénatal et une prise en charge efficace des complications obstétricales, en particulier au profit des populations les plus vulnérables.

### II.2.2. Fécondité et planification familiale

La fécondité et la planification familiale constituent des dimensions centrales de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi. Elles reflètent à la fois les dynamiques démographiques du pays et l'efficacité des politiques et services mis en place pour permettre aux couples et aux individus de maîtriser leur fécondité. Malgré certains progrès observés ces dernières années, la situation demeure marquée par des défis importants<sup>95</sup>.

Le **taux de fécondité** au Burundi reste élevé, plaçant le pays parmi ceux à forte croissance démographique en Afrique subsaharienne. Bien que des tendances récentes indiquent une légère baisse de la fécondité, celle-ci demeure supérieure à la moyenne régionale. Cette persistance s'explique par une combinaison de facteurs, notamment la valorisation sociale de la descendance nombreuse, le mariage précoce, la forte proportion de femmes en âge de procréer et l'espacement insuffisant des naissances. La fécondité est généralement plus élevée en milieu rural et parmi les femmes ayant un faible niveau d'instruction.

La **prévalence contraceptive** a connu une amélioration progressive, traduisant les efforts déployés pour promouvoir la planification familiale. Toutefois, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste relativement limitée, en particulier chez les adolescentes, les jeunes femmes non mariées et les populations rurales. Les méthodes traditionnelles demeurent encore utilisées par une partie de la population, malgré leur efficacité limitée. Cette situation met en évidence un accès inégal et parfois insuffisant aux services de planification familiale, ainsi que des réticences persistantes à l'égard de la contraception moderne.

---

<sup>95</sup> MSPLS, op.cit.

=====

Les **besoins non satisfaits en planification familiale** demeurent importants au Burundi. De nombreuses femmes, bien qu'exprimant le désir de retarder ou de limiter les naissances, n'utilisent aucune méthode contraceptive. Cette inadéquation entre les intentions reproductives et les pratiques effectives contribue aux grossesses non désirées, aux grossesses précoces et rapprochées, ainsi qu'aux risques accrus pour la santé maternelle et infantile. Les besoins non satisfaits sont particulièrement élevés chez les adolescentes, les femmes vivant dans des conditions de pauvreté et celles résidant dans des zones rurales ou enclavées.

Plusieurs **facteurs influencent l'utilisation des contraceptifs** au Burundi. Parmi les facteurs individuels figurent le niveau d'éducation, l'âge, la connaissance des méthodes contraceptives et les perceptions liées aux effets secondaires. Les facteurs socioculturels, tels que les normes de genre, l'influence du conjoint, la pression sociale en faveur de la fécondité élevée et les croyances religieuses, jouent également un rôle déterminant. À cela s'ajoutent des facteurs liés au système de santé, notamment la disponibilité des méthodes, la qualité de l'accueil, la confidentialité des services et la compétence du personnel de santé. L'ensemble de ces éléments conditionne l'acceptabilité et l'utilisation effective de la planification familiale.

En définitive, la fécondité élevée et les défis persistants en matière de planification familiale constituent des enjeux majeurs pour la santé sexuelle et reproductive au Burundi. La réduction durable de la fécondité et des besoins non satisfaits en planification familiale nécessite un renforcement de l'accès équitable aux services contraceptifs, une amélioration de l'information et de l'éducation en matière de SSR, ainsi qu'une prise en compte des déterminants socioculturels et économiques qui influencent les comportements reproductifs.

### II.2.3. Santé sexuelle des adolescents et des jeunes

La santé sexuelle des adolescents et des jeunes représente un enjeu majeur de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi, dans un contexte marqué par une population majoritairement jeune et des normes socioculturelles souvent peu favorables à une prise en charge adéquate des besoins spécifiques de cette tranche d'âge. Les comportements sexuels à risque et l'accès limité aux services adaptés exposent les adolescents et les jeunes à de multiples vulnérabilités<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> SHARE-NET/ABEM, op. cit.

=====

Le **début précoce de la sexualité** est une réalité observée chez une proportion non négligeable des adolescents et des jeunes au Burundi. Cette précocité est influencée par plusieurs facteurs, notamment la pauvreté, le faible niveau d'éducation, l'influence des pairs, ainsi que l'insuffisance de l'encadrement familial et scolaire.

Le manque d'information fiable et adaptée sur la sexualité contribue à des pratiques non protégées, augmentant les risques d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non planifiées.

Les **grossesses précoces et non désirées** constituent l'une des conséquences les plus visibles de cette situation. Elles touchent principalement les adolescentes et les jeunes filles, avec des répercussions importantes sur leur santé, leur parcours éducatif et leur avenir socio-économique. Les grossesses précoces sont souvent associées à des complications obstétricales, à l'abandon scolaire et à une stigmatisation sociale. Dans de nombreux cas, ces grossesses surviennent en dehors du cadre du mariage, exposant les jeunes filles à une marginalisation accrue et à des conditions de vie précaires<sup>97</sup>.

L'**accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive** demeure limité et inégal. Les structures de santé ne sont pas toujours adaptées aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes, tant en termes d'accueil que de confidentialité<sup>98</sup>. La crainte de la stigmatisation, le manque de services dédiés aux jeunes, les barrières financières et les attitudes parfois peu bienveillantes du personnel de santé constituent des obstacles majeurs au recours aux services de SSR. Ces difficultés sont particulièrement prononcées en milieu rural, où l'offre de services est plus restreinte.

L'**insuffisance de l'éducation sexuelle complète** représente un facteur central expliquant les vulnérabilités observées chez les adolescents et les jeunes. L'éducation sexuelle demeure limitée, souvent fragmentaire et centrée sur des messages moralisateurs ou exclusivement biologiques<sup>99</sup>. Les aspects liés aux droits, à la prévention des grossesses non désirées, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et à la négociation du consentement sont insuffisamment abordés. Les tabous socioculturels et religieux freinent l'intégration d'une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge, tant au sein des familles que dans le système éducatif.

---

<sup>97</sup> PSI, Burundi. Vies Saines. Résultats mesurables. End of Program Evaluation, Nairobi-Kenya, 2020

<sup>98</sup> CA/OAG, op.cit.

<sup>99</sup> SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y-J), op. cit.

En somme, la santé sexuelle des adolescents et des jeunes au Burundi est marquée par des défis multiples liés au début précoce de la sexualité, aux grossesses précoces et non désirées, à l'accès limité aux services SSR et à l'insuffisance de l'éducation sexuelle complète. La prise en compte de ces enjeux est essentielle pour améliorer durablement la santé sexuelle et reproductive et favoriser le bien-être et l'autonomisation des jeunes générations.

#### **II.2.4. Infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH au Burundi**

Au Burundi, le VIH demeure une épidémie généralisée, mais avec une prévalence relativement faible dans la population générale, estimée à environ 0,9 % chez les 15-49 ans, touchant davantage les femmes ( $\approx 1,2$  %) que les hommes ( $\approx 0,6$  %). Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est évalué entre 81 000 et 85 000, avec une transmission mère-enfant encore notable, malgré les efforts de prévention qui ont permis de réduire ce phénomène. Parallèlement, les autres IST restent fréquentes : syphilis, ulcérations génitales et écoulements sexuels continuent d'être notifiés à travers le pays, reflétant une circulation active des infections dans la population sexuellement active<sup>100</sup>.

Les **connaissances et comportements à risque** varient fortement selon l'âge, le niveau d'éducation et le lieu de résidence. Une sexualité précoce est courante : près de 28 % des femmes rapportent un premier rapport sexuel avant 18 ans, et plus de la moitié avant 20 ans. Chez les hommes, ces proportions sont plus faibles, mais significatives. L'usage du préservatif reste limité, surtout chez les personnes ayant plusieurs partenaires. Certaines populations clés sont particulièrement vulnérables, comme les professionnelles du sexe, chez qui la prévalence du VIH peut atteindre 31 %, ainsi que les usagers de drogues injectables et les hommes ayant des relations avec des hommes.

L'**accès au dépistage et aux traitements** a progressé ces dernières années, avec un déploiement du dépistage dans tout le pays, bien que la couverture reste hétérogène selon les provinces. La majorité des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, sont sous traitement antirétroviral et atteignent une charge virale indétectable, signe d'une prise en charge efficace. Néanmoins, des défis persistent : le dépistage demeure insuffisant chez les jeunes, les populations rurales et les enfants, la prévention de la transmission mère-enfant n'est pas encore optimale, et la réduction des financements externes fragilise certains services communautaires.

<sup>100</sup> MSPLS, Résumé analytique du profil sanitaire du Burundi, Bujumbura, mai 2021

Enfin, la **stigmatisation et les obstacles socioculturels** freinent fortement la prévention et l'accès aux soins. Les normes sociales conservatrices, la peur de la discrimination et le manque de confidentialité dans certains centres de santé dissuadent les personnes à risque de se faire dépister ou de suivre un traitement. Les tabous autour de la sexualité, particulièrement chez les adolescents, limitent également la diffusion d'informations sur le préservatif, la prophylaxie préexposition ou le dépistage régulier, entravant l'adoption de comportements protecteurs.

### II.3. Déterminants et obstacles à une SSR optimale

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi est profondément influencée par des facteurs individuels et familiaux qui conditionnent l'accès aux services, leur utilisation et l'efficacité des interventions. Le niveau d'éducation, l'autonomie décisionnelle des femmes, la communication au sein du couple et les ressources économiques des ménages interagissent pour façonner les comportements de prévention, le recours aux soins et la capacité des individus à gérer leur santé reproductive. Comprendre ces déterminants est essentiel pour concevoir des stratégies adaptées, renforcer l'autonomie des femmes et des jeunes, et améliorer l'équité et l'efficacité des interventions de SSR à l'échelle nationale<sup>101</sup>.

#### II.3.1. Déterminants individuels et familiaux

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi est largement conditionnée par des facteurs individuels et familiaux, qui influencent directement l'accès aux services, leur utilisation et leur efficacité. Parmi ces facteurs, le niveau d'instruction joue un rôle central. Les personnes ayant un niveau scolaire élevé disposent généralement de meilleures connaissances sur la contraception, la prévention du VIH et des IST, ainsi que sur les soins prénatals et néonataux. En revanche, l'analphabétisme ou un faible niveau d'éducation limite la compréhension des messages de santé, restreint l'adoption de comportements protecteurs et freine le recours régulier aux services de SSR, particulièrement chez les jeunes et les femmes vivant en milieu rural.

L'**autonomie décisionnelle des femmes** constitue un autre déterminant clé. Dans de nombreux foyers burundais, les décisions relatives à la contraception, aux soins prénatals ou au dépistage du VIH restent largement influencées par les hommes ou d'autres membres de la

<sup>101</sup> MSPLS, ENABEL & UE, Etude 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, 2022

=====

famille. Lorsque l'autonomie des femmes est limitée, leur capacité à accéder aux services de SSR, à négocier l'usage du préservatif ou à planifier leurs grossesses s'en trouve réduite, ce qui augmente les risques sanitaires et sociaux.

La **communication au sein du couple** est également déterminante. Les couples qui discutent ouvertement de la contraception, de la prévention des IST et de la planification familiale adoptent en général des comportements protecteurs plus efficaces. À l'inverse, l'absence de dialogue peut engendrer des malentendus, des comportements à risque et retarder le recours aux soins. Dans de nombreux ménages, en particulier dans les zones rurales ou conservatrices, les tabous et la gêne autour de la sexualité freinent encore ces échanges essentiels.<sup>102</sup>

Enfin, les **facteurs économiques du ménage** influencent fortement la SSR. Les familles à faibles revenus rencontrent des obstacles financiers pour se rendre dans les centres de santé, payer des soins ou accéder aux contraceptifs. La pauvreté peut également pousser certains adolescents ou jeunes adultes à adopter des comportements à risque, comme les relations transactionnelles, pour subvenir à leurs besoins. À l'inverse, des ressources économiques suffisantes facilitent la prévention, le suivi régulier et l'accès rapide aux soins, contribuant ainsi à de meilleurs résultats en matière de santé reproductive.

En résumé, le niveau d'instruction, l'autonomie des femmes, la communication au sein du couple et les conditions économiques du ménage interagissent pour façonner l'accès et l'usage des services de SSR au Burundi. Prendre en compte ces déterminants est essentiel pour concevoir des interventions adaptées, renforçant l'éducation sanitaire, le pouvoir décisionnel des femmes et l'équité au sein des familles.

### II.3.2. Déterminants communautaires et sociaux

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi est fortement influencée par des facteurs communautaires et sociaux qui conditionnent les comportements, l'accès aux services et l'efficacité des interventions<sup>103</sup>.

Parmi ces déterminants, les **normes sociales et de genre** jouent un rôle central. Dans de nombreuses communautés, des attentes traditionnelles assignent aux femmes et aux jeunes filles des rôles reproductifs stricts, limitant leur autonomie et leur capacité à prendre des

---

<sup>102</sup> SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y-J), op. cit.

<sup>103</sup> CA & OAG, op. cit., SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y-J.), op. cit.

=====

décisions concernant la contraception, les soins prénatals ou la prévention du VIH et des IST. Ces normes stigmatisent souvent les comportements jugés « déviants », comme le recours au préservatif ou à la planification familiale, et freinent l'adoption de pratiques protectrices.

Le **rôle des leaders communautaires**, qu'ils soient religieux ou traditionnels, est également déterminant. Lorsqu'ils soutiennent activement la planification familiale, le dépistage du VIH ou les soins maternels, ils contribuent à faciliter l'acceptation sociale et l'accès aux services de SSR. À l'inverse, des positions conservatrices ou restrictives renforcent les obstacles et peuvent perpétuer des pratiques à risque.

L'**influence des pairs** joue un rôle majeur chez les adolescents et les jeunes adultes, pour qui les comportements sexuels sont largement modelés par l'environnement social. Les jeunes évoluant dans des groupes où la sexualité précoce, les rapports non protégés ou la stigmatisation de la contraception sont fréquents sont davantage exposés aux comportements à risque, tandis que des réseaux sociaux positifs et des programmes de sensibilisation par les pairs peuvent favoriser l'information, la prévention et l'accès aux services.

Enfin, les **violences basées sur le genre (VBG)** constituent un obstacle majeur à une SSR optimale. Le harcèlement, les abus sexuels ainsi que les violences conjugales ou communautaires limitent la capacité des femmes et des jeunes filles à exercer un contrôle sur leur santé reproductive, restreignent l'accès aux services et augmentent leur vulnérabilité au VIH et aux IST. La peur des représailles ou de la stigmatisation empêche souvent les victimes de dénoncer ces violences ou de rechercher un accompagnement médical et psychosocial.

En résumé, normes sociales, rôle des leaders, influence des pairs et violences basées sur le genre interagissent pour façonner le contexte social de la SSR au Burundi. Pour être efficace, toute approche de santé reproductive doit intégrer ces dimensions, promouvoir l'égalité de genre, mobiliser les leaders communautaires et encourager la participation des jeunes, tout en renforçant la protection contre les violences et la stigmatisation.

### II.3.3. Contraintes du système de santé

La performance du système de santé joue un rôle déterminant dans l'accès et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi. Cependant, plusieurs contraintes limitent l'efficacité des interventions et entravent la couverture et la continuité des soins<sup>104</sup>.

Parmi les défis majeurs, **l'insuffisance des ressources humaines** constitue un obstacle central. Les centres de santé manquent souvent de personnel qualifié en SSR, ce qui entraîne des charges de travail élevées, des délais prolongés et une capacité réduite à fournir un suivi complet, notamment pour les consultations prénatales, le dépistage du VIH et des IST, ou la planification familiale. Cette pénurie affecte particulièrement les zones rurales, où l'accès aux services spécialisés est encore plus limité.

Les **ruptures de stocks de produits de SSR** représentent un autre facteur critique. Les contraceptifs, les médicaments pour le traitement des IST, les tests de dépistage du VIH et les fournitures pour les soins prénatals connaissent régulièrement des pénuries, compromettant la continuité des soins et forçant parfois les patients à se tourner vers le secteur privé, souvent coûteux, ou à renoncer aux services.

La **faible intégration des services** constitue également un obstacle majeur. Dans de nombreux centres de santé, la SSR reste cloisonnée, avec peu de coordination entre la planification familiale, le dépistage et le traitement du VIH, les soins prénatals et les services de santé maternelle. Cette fragmentation oblige les usagers à multiplier les visites, augmente les coûts indirects et réduit l'efficacité globale des interventions de prévention et de suivi.

Enfin, la **qualité de l'accueil et la confidentialité** demeure un enjeu majeur. Dans certains services, les patients peuvent se sentir jugés ou mal accueillis, ce qui limite la divulgation d'informations sensibles et freine l'accès aux soins, notamment chez les adolescents, les femmes vulnérables et les populations à risque. L'absence de confidentialité dans certains centres dissuade également les personnes de se faire dépister ou de demander des conseils sur la contraception, aggravant ainsi les vulnérabilités sanitaires.

En résumé, l'insuffisance des ressources humaines, les ruptures de stocks, la faible intégration des services et la qualité inégale de l'accueil et de la confidentialité constituent des contraintes structurelles importantes pour la SSR au Burundi.

---

<sup>104</sup> MEMISA et al., Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes dans les centres de santé amis des jeunes, Rapport final, 2022

=====

Pour renforcer l'efficacité du système de santé, il est nécessaire d'investir dans le renforcement des capacités du personnel, d'améliorer la disponibilité des produits, de mieux intégrer les services et de garantir un accueil respectueux et confidentiel pour tous les usagers.

#### II.3.4. Facteurs politiques et structurels

La santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi est également conditionnée par des facteurs politiques et structurels qui influencent l'allocation des ressources, la planification des interventions et la durabilité des programmes. Parmi ces facteurs, la dépendance à l'aide extérieure constitue un enjeu majeur. Une part importante des programmes de SSR repose sur le financement et le soutien technique de partenaires internationaux. Cette dépendance rend le système vulnérable aux fluctuations de l'aide, aux priorités externes changeantes et à la suspension temporaire de fonds, compromettant la continuité et la stabilité des services<sup>105</sup>.

Le **faible financement national de la SSR** accentue ces fragilités. Les ressources publiques allouées aux services de santé reproductive restent limitées, ce qui réduit la capacité du gouvernement à assurer l'approvisionnement en produits, à recruter et former du personnel qualifié, ou à soutenir les infrastructures nécessaires pour une couverture équitable et de qualité. Cette insuffisance budgétaire limite également les initiatives de prévention et de sensibilisation à grande échelle.

L'**instabilité institutionnelle** représente un autre obstacle. Les changements fréquents dans les structures administratives, les directions ou les politiques de santé compliquent la planification à long terme et l'implémentation cohérente des programmes. Cette instabilité peut entraîner des chevauchements, des lacunes dans les services et une perte de mémoire institutionnelle, affectant directement l'accès et la qualité des soins de SSR.

Enfin, la **coordination limitée entre acteurs** constitue une contrainte structurelle importante. La multiplicité des acteurs – ministères, organisations internationales, ONG, associations locales – n'est pas toujours accompagnée de mécanismes efficaces de collaboration et de partage d'informations. Cette fragmentation réduit l'efficacité des interventions, crée des duplications d'efforts et limite la couverture des populations les plus vulnérables.

---

<sup>105</sup> MEMISA et al., op. cit.

En résumé, la dépendance à l'aide extérieure, le faible financement national, l'instabilité institutionnelle et la coordination limitée entre acteurs structurent un environnement politique et institutionnel qui fragilise la SSR au Burundi. Pour améliorer l'accès et la qualité des services, il est essentiel de renforcer l'investissement national, de stabiliser les institutions, de renforcer la planification à long terme et de promouvoir une coordination efficace entre tous les partenaires impliqués.

#### **II.4. Interventions, résultats et perspectives d'amélioration**

La mise en œuvre de la politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi repose sur un ensemble d'initiatives coordonnées par le gouvernement, les ONG et les partenaires internationaux, visant à renforcer l'accès aux services, la prévention et le suivi des populations vulnérables. Ces interventions combinent des programmes nationaux structurés, des actions de soutien technique et financier, l'intégration de la SSR dans les soins primaires, ainsi que des approches communautaires visant à sensibiliser et mobiliser la population. Cette diversité d'actions reflète la volonté d'assurer une couverture plus large, de promouvoir des comportements protecteurs et de poser les bases d'une SSR durable et inclusive pour l'ensemble de la population.

##### **II.4.1. Interventions mises en œuvre**

Au Burundi, la politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) repose sur un ensemble d'interventions coordonnées par le gouvernement, les organisations non gouvernementales (ONG) et les agences internationales, visant à améliorer l'accès aux services, la prévention et le suivi des populations vulnérables<sup>106</sup>.

Les **programmes gouvernementaux de SSR** constituent le pilier central de ces interventions. Le Ministère de la Santé publique a mis en place des stratégies nationales de planification familiale, de prévention et de traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des programmes de santé maternelle et néonatale. Ces initiatives visent à renforcer l'accès aux services de qualité, à promouvoir la planification familiale volontaire et à réduire la mortalité maternelle et infantile. Des campagnes de sensibilisation et des formations ciblées du personnel de santé viennent compléter ces programmes, en particulier dans les zones rurales et à faible couverture.

<sup>106</sup> MSPLS et al. , Services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents. Enquête sur les prestataires de la santé au Burundi, Bujumbura, 2023

Parallèlement, les **actions des ONG et agences internationales** jouent un rôle complémentaire important. Ces acteurs apportent un soutien technique et financier, développent des programmes innovants et ciblent les populations les plus vulnérables, notamment les jeunes, les femmes enceintes et les populations clés exposées au VIH et aux IST. Leurs interventions incluent la distribution de contraceptifs, le dépistage et le traitement du VIH, ainsi que des programmes éducatifs sur la prévention et les droits sexuels et reproductifs.

L'**intégration de la SSR dans les soins primaires** constitue également une approche stratégique. Les services de SSR sont progressivement incorporés aux consultations de santé de routine, telles que les soins prénatals, la vaccination et les consultations infantiles, permettant un suivi continu et un accès facilité. Cette intégration vise à réduire la fragmentation des services, à optimiser les ressources disponibles et à améliorer la continuité des soins pour toutes les populations, y compris celles vivant dans des zones éloignées.

Enfin, les **approches communautaires** renforcent l'acceptation sociale et la participation locale. La mobilisation communautaire, la sensibilisation par les pairs et l'implication des leaders locaux contribuent à diffuser l'information, à promouvoir les comportements protecteurs et à faciliter l'accès aux services de SSR. Ces approches permettent également d'identifier et d'accompagner les personnes à risque, tout en réduisant les obstacles liés à la stigmatisation et aux normes culturelles restrictives.

En somme, les interventions mises en œuvre au Burundi combinent des programmes gouvernementaux, l'appui des ONG et partenaires internationaux, l'intégration de la SSR dans les soins primaires et des approches communautaires. Cette combinaison vise à élargir l'accès, améliorer la qualité des services et renforcer l'adoption de comportements protecteurs, tout en posant les bases d'une SSR durable et inclusive pour l'ensemble de la population.

#### **II.4.2. Résultats et impacts observés**

Les interventions en santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi ont produit des résultats encourageants, tout en mettant en évidence des limites et des inégalités persistantes. Parmi les avancées notables, on observe une amélioration progressive de l'accès aux services de planification familiale et de dépistage du VIH.

La proportion de femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes a augmenté au cours des dernières années, et le dépistage volontaire du VIH est plus répandu, avec un nombre ne croissant de personnes connaissant leur statut et bénéficiant d'un traitement antirétroviral. De même, les programmes de soins maternels et néonataux ont contribué à une légère réduction de la mortalité maternelle et infantile, et la sensibilisation communautaire a favorisé une meilleure compréhension des comportements protecteurs<sup>107</sup>.

Cependant, **les limites des interventions actuelles** restent importantes. Les services de SSR continuent de souffrir de ruptures de stocks, d'insuffisance de personnel formé et de disparités dans la qualité de l'accueil et de la confidentialité. La faible intégration des services dans certains centres de santé et le financement limité fragilisent la continuité et l'efficacité des soins, tandis que certaines approches communautaires restent insuffisamment déployées ou ciblées.

Parallèlement, **les inégalités persistent**. Les populations rurales, les jeunes adolescents, les femmes à faible niveau d'éducation et certaines populations clés restent moins couvertes par les services, avec un accès limité à la contraception, aux dépistages et aux soins préventifs. Ces disparités reflètent à la fois des contraintes socio-économiques, des normes culturelles restrictives et des barrières géographiques, accentuant la vulnérabilité de certains groupes aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non planifiées.

Enfin, les expériences empiriques offrent des **leçons précieuses** pour orienter les stratégies futures. La mobilisation communautaire et l'implication des leaders locaux se sont révélées essentielles pour favoriser l'adhésion aux services. L'intégration de la SSR dans les soins primaires améliore la continuité des services et l'acceptabilité sociale. De même, le renforcement des capacités du personnel et la disponibilité constante des produits de SSR apparaissent comme des leviers cruciaux pour maximiser l'impact des interventions. Ces enseignements soulignent la nécessité d'une approche plus équitable, intégrée et durable, combinant financement stable, coordination multisectorielle et sensibilisation continue pour réduire les inégalités et consolider les gains réalisés.<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> MSPLS et al., op. cit.

<sup>108</sup> Ibid.

### II.4.3. Innovations et bonnes pratiques

La mise en œuvre de la politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi a été accompagnée de plusieurs innovations et bonnes pratiques visant à renforcer l'accès aux services, l'adhésion de la population et l'efficacité des interventions. Parmi les approches les plus notables, les stratégies de proximité communautaire occupent une place centrale. Ces stratégies incluent des campagnes de sensibilisation dans les villages, des séances d'éducation sur la planification familiale et la prévention du VIH, ainsi que des activités de mobilisation communautaire pour encourager le recours aux services de SSR. Elles permettent de rapprocher l'information et les services des populations, particulièrement dans les zones rurales ou isolées, tout en renforçant la participation communautaire<sup>109</sup>.

L'**implication des hommes et des leaders religieux** constitue un autre levier efficace. Reconnaisant leur influence sur les décisions familiales et sociales, les programmes de SSR intègrent des sessions d'information et de dialogue avec les hommes et les leaders religieux pour promouvoir l'égalité de genre, l'acceptation de la planification familiale et la prévention du VIH et des IST. Leur participation contribue à réduire les résistances culturelles et à créer un environnement favorable à l'adoption de comportements protecteurs.

Les **services adaptés aux jeunes** représentent également une innovation majeure. Des espaces de consultation confidentiels et des programmes éducatifs spécifiques ont été développés pour répondre aux besoins des adolescents et jeunes adultes. Ces services abordent les questions de sexualité, de contraception, de prévention du VIH et des IST, ainsi que de violences basées sur le genre, dans un cadre respectueux et accessible, favorisant l'adhésion et l'utilisation régulière des services par les jeunes.

Enfin, l'**utilisation des agents de santé communautaires (ASC)** a permis d'améliorer la couverture et la continuité des soins. Ces agents, formés et déployés au niveau local, assurent le suivi des familles, la distribution de contraceptifs, le dépistage de certaines infections et l'orientation vers les structures sanitaires en cas de besoin. Leur rôle est particulièrement crucial dans les zones reculées, où l'accès aux centres de santé est limité, et contribue à renforcer le lien entre la communauté et le système de santé formel.

---

<sup>109</sup> MSPLS & UNFPA. (2022). Analyse des investissements visant l'atteinte des 3 résultats transformateurs d'ici 2030, Bujumbura, 2022

=====

En résumé, les innovations et bonnes pratiques en SSR au Burundi combinent des stratégies de proximité communautaire, l'implication des hommes et des leaders religieux, des services adaptés aux jeunes et le renforcement des agents de santé communautaires. Ces approches ont permis d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'acceptabilité des services, tout en posant les bases d'une SSR plus inclusive, durable et centrée sur les besoins des populations.

#### **II.4.4. Leçons apprises**

L'expérience des interventions en santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi met en lumière un ensemble d'enseignements majeurs qui éclairent la compréhension des dynamiques de mise en œuvre et des conditions de réussite des programmes<sup>110</sup>.

La première leçon concerne **la centralité du renforcement du système de santé**. Les différentes initiatives ont démontré que la performance des services de SSR dépend étroitement de la disponibilité de ressources humaines qualifiées, de la continuité de l'approvisionnement en produits essentiels et de l'intégration effective des prestations dans les soins de santé primaires. Les ruptures de stocks de contraceptifs ou de médicaments, tout comme l'insuffisance de personnel formé — particulièrement dans les zones rurales — ont eu un impact direct sur la qualité et l'accessibilité des services. Il ressort de cette expérience qu'aucune intervention ponctuelle ne peut produire d'effets durables sans un système de santé structuré, résilient et capable d'assurer une offre régulière et de qualité.

La deuxième leçon porte sur **l'importance déterminante de l'éducation sexuelle complète**. Les programmes ayant intégré des modules d'éducation à la santé reproductive dans les écoles et les activités communautaires ont permis une amélioration notable des connaissances des adolescents et des jeunes en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), de contraception et de droits reproductifs. Ces initiatives ont montré qu'une information adaptée à l'âge, culturellement sensible et délivrée dans un cadre sécurisé favorise l'adoption de comportements responsables et renforce l'autonomie des jeunes. L'absence ou l'insuffisance d'information, en revanche, expose davantage aux grossesses précoces, aux IST et aux mariages précoces.

---

<sup>110</sup> COSTENBADER, E., et al. Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi, Institute for Reproductive Health. Georgetown University, 2021..

=====

Une troisième leçon concerne **la nécessité d'une approche centrée sur l'équité**. Les expériences ayant rapproché les services des communautés — notamment à travers les agents de santé communautaires et les structures décentralisées — ont contribué à réduire certaines barrières géographiques et financières. Toutefois, les disparités persistent, en particulier pour les femmes vivant en milieu rural, les adolescents et certaines populations vulnérables. Cette réalité met en évidence que l'accessibilité géographique ne suffit pas à elle seule : les dimensions socioculturelles, économiques et informationnelles influencent fortement l'utilisation des services<sup>111</sup>.

Enfin, l'expérience burundaise **souligne l'importance d'une coordination efficace et d'une gouvernance inclusive**. Les interventions qui ont favorisé la collaboration entre les acteurs gouvernementaux, les organisations non gouvernementales, les leaders communautaires et les jeunes ont enregistré une meilleure appropriation locale. L'intégration des questions transversales, telles que la prévention des violences basées sur le genre et la promotion de l'égalité de genre, a également renforcé la portée des actions de SSR. De plus, le suivi régulier des indicateurs et l'évaluation continue des programmes ont permis d'identifier les lacunes, d'ajuster les stratégies et de capitaliser les bonnes pratiques.

En définitive, les expériences menées au Burundi montrent que l'efficacité des interventions en SSR repose sur quatre piliers essentiels<sup>112</sup> : un système de santé solide, une éducation sexuelle adaptée, une approche équitable et une gouvernance coordonnée et participative. Ces leçons constituent un socle d'apprentissage précieux pour comprendre les facteurs de succès et les défis persistants dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

---

<sup>111</sup> MSPLS et al., op. cit.

<sup>112</sup> SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y J.), op. cit.

### **Conclusion partielle**

Le choix d'étudier la santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi s'explique par l'importance cruciale de ce domaine pour le bien-être des populations et le développement socio-économique du pays. Dans un contexte marqué par une population jeune, une forte ruralité, une pauvreté persistante et des niveaux d'éducation limités, la SSR constitue à la fois un indicateur clé des inégalités sociales et un levier pour améliorer la santé maternelle, la planification familiale et l'autonomisation des femmes et des jeunes. Ce chapitre s'appuie sur des sources empiriques variées, telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les enquêtes nationales et les rapports institutionnels, afin de dresser un état des lieux rigoureux des réalités de la SSR au Burundi. Il vise à analyser les déterminants individuels, familiaux, communautaires et institutionnels qui influencent l'accès et la qualité des services, à identifier les obstacles et les inégalités persistantes, et à présenter les interventions mises en œuvre ainsi que leurs résultats. Structuré en quatre parties, le chapitre aborde le contexte général de la SSR, son état des lieux empirique, les principaux déterminants et obstacles, et enfin les interventions, innovations et perspectives d'amélioration, offrant ainsi une vision complète des enjeux et des perspectives pour renforcer une SSR équitable, efficace et durable au Burundi.

### **CHAPITRE III : LA POLITIQUE DE SSR AU DISTRICT SANITAIRE BURURI**

La santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un pilier essentiel du développement humain et de la réduction des inégalités en matière de santé, en particulier dans les contextes ruraux et à ressources limitées. Au Burundi, la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (PNSR) vise à améliorer l'accès équitable à des services de qualité, à réduire la mortalité maternelle et infantile, et à promouvoir la planification familiale ainsi que les droits reproductifs. Le District Sanitaire de Bururi, couvrant les anciennes communes de Bururi et Vyanda<sup>113</sup>, représente un espace stratégique pour analyser la portée et les limites de cette politique, compte tenu de ses spécificités géographiques, démographiques, socio-économiques et institutionnelles.

Ce chapitre se propose d'examiner de manière approfondie la politique de SSR au District de Bururi, en mettant en lumière les conditions de sa mise en œuvre, les résultats obtenus et les défis persistants. Il s'articule autour de trois axes complémentaires. Le premier présente le district sanitaire dans son contexte géographique, climatique, administratif et démographique, afin de comprendre les déterminants structurels qui influencent l'organisation et l'accès aux services de SSR. Le deuxième axe dresse un état des lieux de la santé sexuelle et reproductive, en analysant l'utilisation des services de planification familiale, la situation de la santé maternelle et infantile, ainsi que les ressources humaines et capacités disponibles. Enfin, le troisième axe évalue la portée et les limites de la politique de SSR à travers l'identification des forces et opportunités, des contraintes persistantes et des leçons apprises de l'expérience du district.

À travers cette analyse, le chapitre vise à offrir une compréhension globale et nuancée de la dynamique de la SSR au District de Bururi, en mettant en évidence les progrès réalisés, les insuffisances à corriger et les enseignements susceptibles d'orienter des interventions plus efficaces, équitables et adaptées aux réalités locales.

---

<sup>113</sup> C'est-à-dire les communes d'avant le récent découpage administratif opéré en 2023 ramenant le nombre de communes à 42.

### **III.1. Présentation générale du District Sanitaire de Bururi**

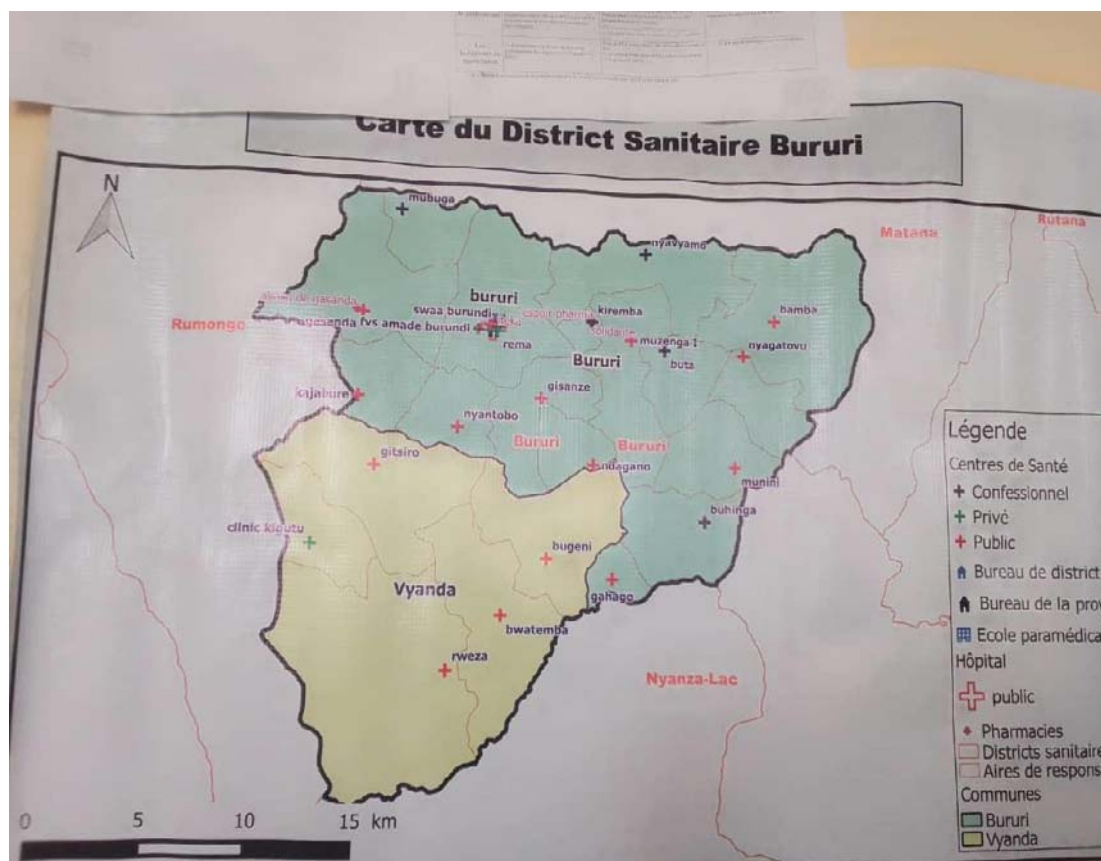
Le District Sanitaire de Bururi, couvrant les communes de Bururi et Vyanda dans le sud-ouest du Burundi, est une plateforme clé pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (SSR). Son territoire, marqué par un relief varié, des massifs montagneux et des zones forestières riches en biodiversité, bénéficie d'un climat sec et chaud aux précipitations modérées, qui influence l'accès aux services de santé. Déconcentré sous l'autorité du MSPLS, le district coordonne, supervise et planifie les services de SSR à travers un hôpital régional, deux hôpitaux communaux et 21 centres de santé. Avec ses 185 107 habitants majoritairement jeunes et ruraux, il doit relever des défis socio-économiques et culturels, rendant indispensable l'adaptation des interventions aux besoins spécifiques de chaque groupe d'âge.

#### **III.1.1. Contexte géographique et climatique**

Notre étude s'est déroulée au District Sanitaire de Bururi situé au chef-lieu de la province Bururi. La province Bururi possède un climat sec (BZH) selon la classification de Koppen Geiger. Sur l'année, la température moyenne à Bururi est de 25°C et les précipitations sont en moyenne de 494.6mm. La Commune Bururi compte un site touristique qui peut attirer des touristes tant nationaux qu'étrangers. Les eaux thermales de Muyange, les massifs montagneux de Kibimbi et Inanzegwe, les chutes d'eau sur la rivière Siguvyaye et les réserves forestières naturelles de Bururi et Vyanda qui hébergent des singes, les oiseaux et des arbres forestiers font de la province Bururi une région pionnière qui attire les touristes.

La carte ci-après représente le district sanitaire de Bururi. Géographiquement, il s'étend sur les communes Bururiet Vyanda.

Figure 1: District Sanitaire de la Province Bururi



Source : SIS de district sanitaire de Bururi

Sur le plan **climatique**, la région de Bururi se distingue par un climat que l'on peut qualifier de **sec et relativement chaud**, avec une température moyenne annuelle d'environ **25 °C**. Les précipitations y sont modérées, autour de **494,6 mm par an**, ce qui influence les activités agricoles, les modes de vie et l'accès à l'eau dans les communautés locales. Le relief est marqué par des massifs montagneux et des plateaux, avec des altitudes variables qui contribuent à des micro-climats à l'intérieur du district. Cette topographie contraste avec celle de certaines provinces plus basses du pays et a des implications directes sur la distribution des infrastructures et l'accès aux services de santé.

En dépit de ces atouts naturels, l'accessibilité des formations sanitaires reste un défi dans certaines zones du district en raison du relief accidenté et de l'éloignement de certaines communautés rurales. Le District Sanitaire de Bururi comprend un hôpital régional, deux hôpitaux communaux et 21 centres de santé (CDS), dont 14 publics et 7 confessionnels, mais leur répartition géographique n'est pas uniforme.

Les routes d'accès aux centres de santé varient en qualité, avec des pistes souvent impraticables en saison des pluies, ce qui complique l'acheminement des patients en cas d'urgence obstétricale ou de complications lors des consultations prénatales.

Ces contraintes géographiques et climatiques influencent directement l'organisation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), la planification des interventions et la mobilisation des ressources. Elles soulignent l'importance d'adapter les stratégies de prestation de soins aux réalités locales, en tenant compte des distances, des conditions d'accès et de la nécessité de rapprocher les services des populations les plus isolées.

### III.1.2. Organisation administrative et sanitaire

Le **District Sanitaire de Bururi** constitue une entité administrative déconcentrée relevant du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). Dans le cadre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (SSR), il joue un rôle central en tant qu'interface opérationnelle entre les orientations stratégiques nationales et la mise en œuvre des services au niveau local. Son fonctionnement s'inscrit dans le processus de **décentralisation sanitaire**, dont l'objectif est de rapprocher la gestion et la prise de décision des populations, d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins et d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des communautés des communes de **Bururi et Vyanda**.

En tant qu'entité déconcentrée, le District Sanitaire est chargé de **mettre en œuvre les politiques nationales de santé**, y compris celles relatives à la SSR, dans son aire de responsabilité. Il assure la planification et la régulation des activités sanitaires, veille à leur suivi et à leur évaluation, et coordonne l'ensemble des interventions menées par les acteurs publics et privés. Ses missions principales incluent l'encadrement et la supervision des **formations sanitaires**, le suivi des programmes de prévention et de soins, ainsi que l'adaptation des services de SSR aux réalités locales tout en garantissant le respect des normes nationales.

La **structure opérationnelle** du District Sanitaire repose sur une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle, appelée Équipe de Coordination de District (ECD). Conformément aux normes du Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDSS III 2019-2023), cette équipe est composée de 14 membres : le médecin chef de district, le médecin directeur de l'hôpital de district ou son représentant, le chef nursing, trois superviseurs polyvalents, le gestionnaire des ressources, le secrétaire administratif et comptable, des techniciens de

=====

promotion de la santé, un technicien de maintenance biomédicale, un technicien chef de laboratoire, une sage-femme chef de maternité et un pharmacien. L'ECD est responsable de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des programmes sanitaires, incluant toutes les activités de SSR.

Le District Sanitaire de Bururi comprend également **l'hôpital régional, deux hôpitaux communaux et 21 centres de santé (CDS)**, dont 14 publics et 7 confessionnels. Ces formations sanitaires, dotées de personnels médico-sanitaires qualifiés (infirmiers, sages-femmes, techniciens...), assurent la prestation de services de proximité tels que les consultations prénatales, les accouchements assistés, le planning familial, le dépistage des IST et du VIH, les soins postnataux et les activités de prévention communautaire.

La relation entre le District Sanitaire et les **communes de Bururi et Vyanda** est essentielle pour garantir la coordination et l'intégration des activités de SSR dans les plans de développement local. Cette collaboration permet d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des populations, de renforcer la solidarité locale et de mobiliser des ressources supplémentaires pour améliorer la couverture et la qualité des services.

Enfin, le District Sanitaire assure un **suivi régulier et systématique des formations sanitaires** à travers des visites de supervision et des évaluations. Ces activités permettent de vérifier le respect des protocoles, la qualité des services, et d'identifier rapidement les difficultés telles que les pénuries de médicaments, le manque de personnel ou les insuffisances d'infrastructures. Dans le cadre de la SSR, ces supervisions assurent un suivi rigoureux des consultations prénatales, de l'accès aux méthodes contraceptives, du dépistage des IST et du VIH, ainsi que de la prise en charge des complications obstétricales et néonatales, contribuant ainsi à l'amélioration continue des soins et à la protection de la santé des populations.

### III.1.3. Profil démographique et social

Le **District Sanitaire de Bururi** couvre les communes de **Bururi et Vyanda** et compte une population estimée à **135.445 habitants**, répartis dans environ **20.923 ménages**, selon les projections de l'Institut de la Statistique du Burundi(INSBU)<sup>114</sup>. La densité moyenne de la population est de **233 habitants par km<sup>2</sup>** pour la province, ce qui traduit une occupation relativement concentrée sur certaines zones, notamment autour du chef-lieu et des

---

<sup>114</sup> INSBU, Annuaire statistique du Burundi édition 2023, Bujumbura, 2024, p. 25

=====

infrastructures sanitaires, tandis que les zones rurales restent plus dispersées. Cette répartition territoriale influence directement l'accès aux services de santé, en particulier ceux liés à la SSR, où la proximité géographique des centres de santé reste un facteur déterminant pour la couverture des soins.

Les caractéristiques **socio-économiques** de la population constituent également un facteur clé dans l'accessibilité et l'utilisation des services de SSR. Le District présente des niveaux variables de scolarisation, avec une proportion significative de femmes et de jeunes ayant un faible niveau d'instruction, ce qui limite la sensibilisation et la compréhension des services de santé reproductive. La majorité des habitants exerce des activités agricoles de subsistance, et la pauvreté structurelle restreint l'accès aux soins, aux contraceptifs et aux services spécialisés. Les normes socioculturelles et religieuses, combinées à des inégalités de genre, influencent par ailleurs les décisions liées à la planification familiale et aux pratiques de santé reproductive, en particulier chez les femmes et les adolescents.

Les **besoins spécifiques en santé reproductive** varient selon les groupes d'âge. Les **adolescents et jeunes adultes** nécessitent une attention particulière pour la prévention des grossesses précoces, l'éducation sexuelle complète et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH. Les femmes en âge de procréer ont des besoins accrus en matière de suivi prénatal, d'accouchement sécurisé, de planification familiale et de soins postnataux. Les hommes, bien que moins souvent ciblés par les programmes de SSR, jouent un rôle déterminant dans les décisions familiales et doivent être impliqués dans les interventions de sensibilisation et de prévention. Enfin, les populations vulnérables, telles que les femmes isolées, les adolescentes mères ou les ménages à faible revenu, nécessitent des stratégies spécifiques pour garantir un accès équitable et adapté aux services de SSR.

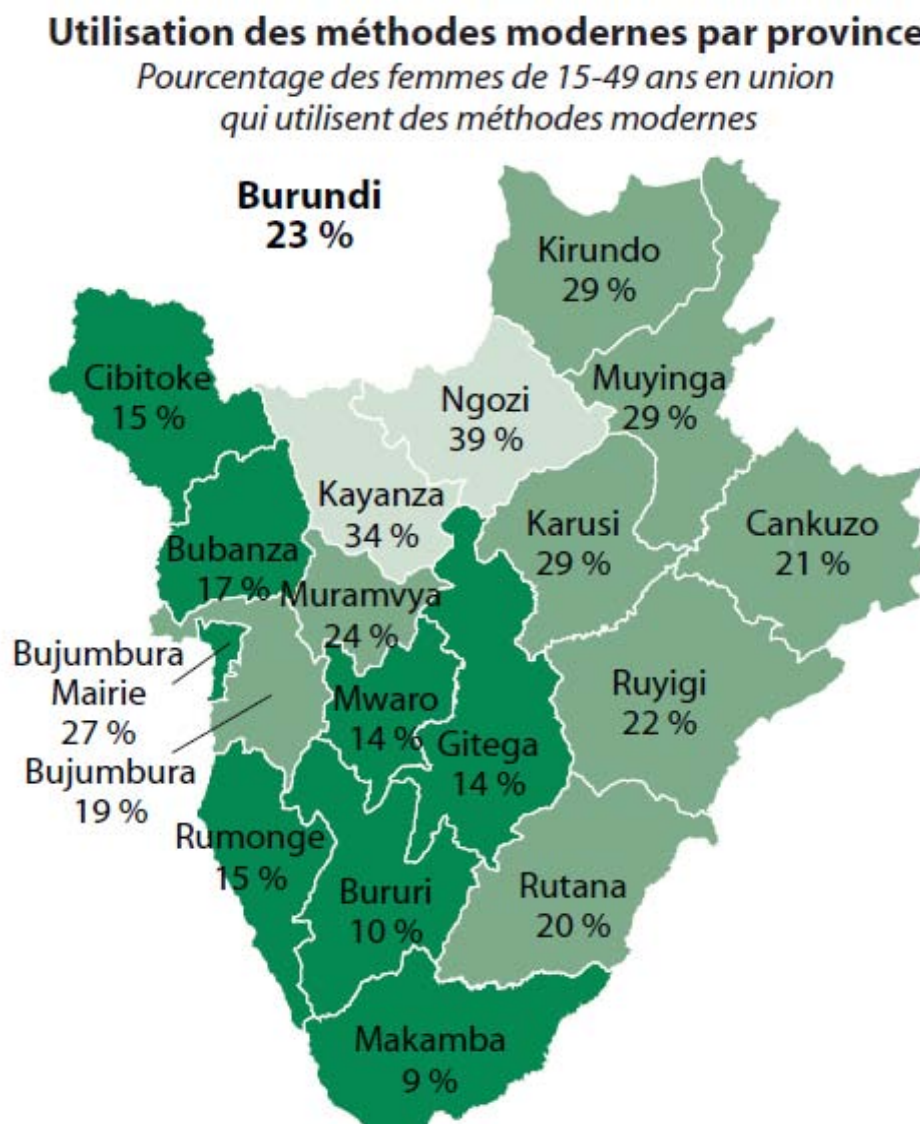
En résumé, le profil démographique et social du District Sanitaire de Bururi met en évidence une population jeune, majoritairement rurale, avec des contraintes socio-économiques importantes qui influencent directement la santé sexuelle et reproductive. La prise en compte de la densité, de la répartition des ménages et des besoins spécifiques par groupe d'âge est essentielle pour adapter les interventions, améliorer la couverture des services et renforcer l'impact des politiques de SSR au niveau local.

### **III.2. État des lieux de la santé sexuelle et reproductive au District de Bururi**

Le District Sanitaire de Bururi, couvrant les communes de Bururi et Vyanda, présente un panorama de santé sexuelle et reproductive marqué par des progrès notables mais encore inégaux. L'adhésion au planning familial a augmenté entre 2013 et 2020, bien que des facteurs culturels, éducatifs et géographiques freinent la diffusion des méthodes contraceptives. La santé maternelle et infantile reste un enjeu majeur, avec des indicateurs de mortalité en amélioration mais soumis aux contraintes du relief, de l'éloignement des formations sanitaires et du déficit en personnel qualifié. Ces limites sont accentuées par les insuffisances en médecins spécialistes et sages-femmes de niveau A1, qui restreignent la qualité et l'accessibilité des services de SSR. Dans ce contexte, le renforcement des ressources humaines, l'optimisation des interventions des centres de santé et la sensibilisation communautaire apparaissent essentiels pour garantir un accès équitable et efficace aux services de santé reproductive pour l'ensemble de la population.

#### **III.2.1. Utilisation des services de planification familiale**

L'adhésion au planning familial (PF) dans le District Sanitaire de Bururi a connu une évolution notable entre 2013 et 2020, bien que les progrès restent limités par plusieurs facteurs socio-économiques et culturels. En 2013, le taux d'acceptation des méthodes contraceptives était de 29,4%, et il a progressivement augmenté pour atteindre 55,7% en 2020. Cette amélioration, bien que significative, restes-en deçà des objectifs nationaux, ce qui reflète des disparités régionales dans l'accès et l'acceptation du planning familial.

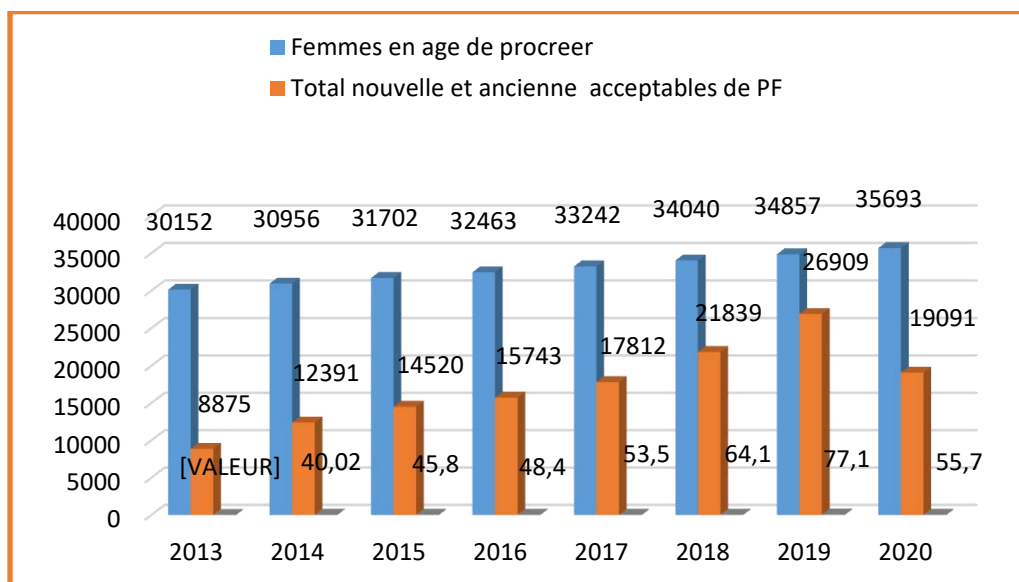
**Figure 2 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives par province**

Source: BURUNDI, *Enquête démographique et de santé 2016-2017. Rapport de synthèse*, Bujumbura, 2018, p.5.

Il ressort de la carte ci-dessus que l'utilisation des méthodes modernes de contraception demeure particulièrement faible dans la province de Bururi. Lors du dernier recensement, la moyenne nationale s'élevait à 23 %, tandis que Bururi n'enregistrait que 10 %, contre 39 % pour Ngozi et 34 % pour Kayanza. Selon le Médecin Provincial de Bururi, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la province atteint 20 % en 2023.

Toutefois, entre 2013 et 2020, le District Sanitaire (DS) de Bururi a enregistré des progrès notables en matière de planification familiale, malgré les défis persistants dans ce secteur. Le tableau suivant en présente l'évolution annuelle.

**Figure 3 : Évolution annuelle de la planification familiale au DS Bururi**



Source : SIS de District Sanitaire de Bururi

L'analyse du graphique montre une augmentation progressive du nombre de femmes en âge de procréer dans le District Sanitaire de Bururi, passant de 30 152 en 2013 à 35 693 en 2020, ce qui traduit une croissance démographique continue. Parallèlement, le nombre de jeunes femmes éligibles à la planification familiale a fortement progressé entre 2013 et 2019, passant de 8 875 à 26 909, avec une hausse remarquable du pourcentage correspondant, qui est passé de 29,4 % à un pic de 77,1 % en 2019. Cette évolution témoigne d'une amélioration significative de la couverture ou de l'adhésion aux services de planification familiale durant cette période. Toutefois, une baisse notable est observée en 2020, où le nombre d'éligible chute à 19 901 et le pourcentage à 55,7 %, suggérant un ralentissement ou des difficultés conjoncturelles ayant affecté la dynamique précédemment enregistrée.

Plusieurs facteurs influencent l'acceptation et la diffusion des méthodes contraceptives dans le district. D'abord, les croyances culturelles et religieuses jouent un rôle majeur, car certaines communautés demeurent réticentes à l'utilisation des contraceptifs en raison de normes sociales conservatrices.

=====

Ensuite, le faible niveau d'éducation, particulièrement chez les femmes et les jeunes, limite la compréhension des bienfaits du planning familial. De plus, l'accès géographique aux centres de santé, particulièrement dans les zones rurales et montagneuses, complique l'accès aux méthodes modernes de contraception. Enfin, le manque de ressources humaines qualifiées et la faible disponibilité des contraceptifs dans certains centres de santé freinent également l'expansion des services de planning familial dans le district<sup>115</sup>.

En conclusion, bien que des progrès aient été réalisés, la planification familiale dans le District Sanitaire de Bururi reste un domaine nécessitant une attention particulière. Des efforts accrus dans la sensibilisation, l'amélioration de l'accès aux services et l'implication des communautés locales sont nécessaires pour augmenter l'adhésion et la diffusion des méthodes contraceptives.

### **III.2.2. Santé maternelle et infantile**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique nationale de Santé de la Reproduction (SR) au Burundi, la santé maternelle et infantile occupe une place prioritaire en tant qu'indicateur clé de la performance du système de santé et du bien-être des populations. Cette politique vise notamment la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins offerts aux femmes enceintes et aux nouveau-nés. L'analyse des données relatives à la mortalité maternelle constitue ainsi un outil essentiel pour évaluer les progrès accomplis, mesurer l'impact des interventions mises en œuvre et identifier les défis persistants. À cet effet, le tableau ci-après présente l'évolution du taux de mortalité maternelle en *intrapartum* immédiat au District Sanitaire de Bururi sur la période 2013–2020, en lien avec les orientations de la politique nationale de Santé de la Reproduction.

---

<sup>115</sup> Pour plus de détails, voir : SENTAMBA (E.) & NSAVYIMANA (Y J.), op.cit.

**Tableau 1:Taux de mortalité maternelle au DS de Bururi**

|                                                   | 2013   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------------------------------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| Femmes enceintes attendues                        | 6378,4 | 6531 | 6688 | 7011 | 7013 | 7181 | 6670 | 7530 |
| Nombre de décès maternels en intrapartum immédiat | 11     | 8    | 6    | 5    | 4    | 4    | 9    | 3    |
| Pourcentage                                       | 0.17   | 0.12 | 0.08 | 0.07 | 0.05 | 0.05 | 0.12 | 0.03 |

**Source** : SIS de district sanitaire de Bururi

L'analyse du tableau met en évidence une tendance globalement à la baisse du taux de mortalité maternelle en *intrapartum* immédiat au District Sanitaire de Bururi entre 2013 et 2020. Le nombre de décès maternels diminue progressivement de 11 cas en 2013 (0,17 %) à 4 cas en 2017 et 2018 (0,05 %), traduisant une amélioration notable de la prise en charge obstétricale et des services de santé maternelle. Toutefois, une recrudescence est observée en 2019 avec 9 décès (0,12 %), rompant la tendance décroissante, avant une nette amélioration en 2020 où le taux atteint son niveau le plus bas de la période (0,03 %) avec 3 décès. Malgré certaines fluctuations annuelles, l'évolution globale suggère des progrès significatifs dans la réduction de la mortalité maternelle au cours de la période étudiée.

### III.2.3. Ressources humaines et capacités du district

Dans la mise en œuvre de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), l'analyse des ressources humaines constitue un élément essentiel pour apprécier la capacité du District Sanitaire de Bururi à fournir des soins adaptés et de qualité, notamment en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive. Le tableau ci-après présente la répartition du personnel médical et paramédical au sein du district, en détaillant les effectifs et les niveaux de qualification, des médecins et sages-femmes aux différents grades d'infirmiers. Ces informations permettent d'évaluer la disponibilité et l'adéquation des compétences du personnel pour répondre efficacement aux besoins spécifiques en SSR et orienter les interventions visant à renforcer les capacités humaines du district.

**Tableau 2: Les ressources humaines au District Sanitaire de Bururi**

| Ressources humaines | Spécialisation         | Nombre de médecins |
|---------------------|------------------------|--------------------|
| RH                  | Médecins spécialistes  | 0                  |
| RH                  | Médecins généralistes  | 11                 |
| RH                  | Sage-femme A1          | 0                  |
| RH                  | Sage-femme A0          | 4                  |
| RH                  | Infirmier A0 (licence) | 21                 |
| RH                  | Infirmier A1 (TS)      | 2                  |
| RH                  | Infirmier A2(TM)       | 65                 |
| RH                  | Infirmier A3           | 79                 |

*Sources : SIS de district sanitaire de Bururi*

L'analyse des ressources humaines du District Sanitaire de Bururi met en évidence une organisation des services de santé fortement soutenue par le personnel infirmier, dans un contexte marqué par une faible attractivité des structures sanitaires provinciales pour le personnel le plus qualifié. En effet, le district compte 11 médecins généralistes et ne dispose d'aucun médecin spécialiste, ce qui constitue une contrainte majeure pour la prise en charge des cas complexes, notamment en obstétrique, en chirurgie ou en pédiatrie.

Cette situation s'explique en partie par le fait que les hôpitaux de province, souvent sous-équipés et confrontés à des conditions matérielles limitées, peinent à attirer et à retenir les médecins spécialistes. À cela s'ajoutent des conditions salariales jugées peu motivantes et l'absence d'opportunités de revenus complémentaires (« à-côtés ») qu'offrent les structures privées situées dans les grandes villes comme Gitega et Bujumbura, où l'exercice en parallèle dans des cliniques privées représente un avantage financier significatif.

Dans ce contexte, le fonctionnement du district repose essentiellement sur le personnel paramédical. Les infirmiers constituent la grande majorité des prestataires de soins, avec 79 infirmiers A3 et 65 infirmiers A2 (techniciens médicaux), qui assurent l'essentiel des activités curatives, préventives et promotionnelles au niveau des formations sanitaires. Les infirmiers A0 (licence) sont au nombre de 21, tandis que les infirmiers A1 (techniciens supérieurs) ne sont que 2, ce qui traduit un déséquilibre dans la pyramide des qualifications, avec une prédominance des niveaux intermédiaires et inférieurs.

=====

Cette configuration, bien qu'elle permette d'assurer la continuité des services de base, peut limiter la qualité technique des soins spécialisés et la capacité d'encadrement clinique.

En ce qui concerne la santé maternelle et la santé de la reproduction, le district dispose de 4 sages-femmes A0, mais ne compte aucune sage-femme A1. Cette insuffisance en personnel qualifié spécialisé en obstétrique constitue un défi important pour l'amélioration de la qualité des soins prénatals, de l'assistance à l'accouchement et de la prise en charge des complications obstétricales. Elle peut également accentuer la charge de travail du personnel infirmier, souvent amené à assumer des responsabilités dépassant son niveau de qualification initiale.

Dans l'ensemble, ces données révèlent une dépendance structurelle envers un personnel infirmier majoritairement de niveau intermédiaire, dans un environnement où les difficultés d'attraction et de rétention du personnel hautement qualifié persistent. Cette situation souligne la nécessité de mettre en place des mesures incitatives adaptées — amélioration des conditions de travail, renforcement du plateau technique, politiques de motivation financière et professionnelle — afin de renforcer les capacités du district en ressources humaines qualifiées et d'améliorer durablement la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la santé de la reproduction.

### **III.3. Mise en œuvre de la politique SSR**

La mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (PNSR) au District de Bururi repose sur un dispositif intégré alliant structures sanitaires, programmes ciblés et mécanismes de suivi adaptés aux réalités locales. Le District Sanitaire, en coordination avec les hôpitaux, les centres de santé et les acteurs publics et privés, assure la planification, la supervision et la régulation des services de SSR. Ces dispositifs sont renforcés par des programmes spécifiques de planification familiale, de suivi de la santé maternelle et néonatale, et d'éducation et de prévention pour les adolescents et jeunes. Les résultats observés montrent une progression notable de l'adhésion au planning familial et une réduction de la mortalité maternelle et infantile, tout en soulignant l'importance de surmonter les obstacles géographiques, socio-économiques et culturels pour garantir un accès équitable et durable aux services de santé reproductive.

### **III.3.1. Dispositifs et structures de mise en œuvre**

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive (PNSR) dans le District de Bururi s'appuie sur une organisation structurée et coordonnée, intégrant à la fois les structures sanitaires, les autorités administratives et les partenaires communautaires. Cette dynamique institutionnelle vise à assurer une planification rigoureuse, une exécution efficace et un suivi continu des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), en cohérence avec les orientations nationales.

Au cœur de ce dispositif se trouve le District Sanitaire, organe pivot et entité déconcentrée du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS). Il joue un rôle stratégique dans la traduction des politiques nationales en plans opérationnels adaptés aux réalités locales. À ce titre, il assure la coordination technique et administrative des activités de SSR dans les communes de Bururi et de Vyanda, supervise les formations sanitaires, veille à l'application des normes et protocoles nationaux, et organise les campagnes de sensibilisation communautaire. Le District Sanitaire est également responsable du suivi des indicateurs de performance liés à la santé maternelle, néonatale et reproductive, garantissant ainsi une évaluation régulière des progrès réalisés et des défis persistants.

Les hôpitaux et centres de santé constituent la base opérationnelle de cette mise en œuvre. L'hôpital régional ainsi que les deux hôpitaux communaux assurent la prise en charge des cas nécessitant des soins spécialisés, notamment les grossesses à risque, les complications obstétricales et les soins néonataux d'urgence. En complément, les 21 centres de santé du district (dont 14 publics et 7 confessionnels) offrent des services de proximité essentiels : consultations prénatales, accouchements assistés, consultations postnatales, planification familiale, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH, ainsi que des activités d'éducation et de sensibilisation communautaire. Ces structures assurent également la collecte systématique des données sanitaires et leur transmission au District, contribuant ainsi à un système de suivi-évaluation fondé sur des informations fiables et actualisées.

La mise en œuvre du PNSR repose par ailleurs sur une collaboration étroite entre acteurs publics et privés. Les autorités communales participent activement à l'intégration des activités de SSR dans les plans communaux de développement et soutiennent les initiatives de mobilisation sociale.

Les organisations non gouvernementales (ONG), les associations communautaires et les institutions confessionnelles apportent un appui technique et financier, renforcent les capacités du personnel de santé et facilitent l'accès aux méthodes contraceptives, en particulier pour les groupes vulnérables. Cette synergie favorise une approche multisectorielle et inclusive, élargissant la couverture des services et améliorant leur accessibilité.

Enfin, la coordination régulière entre le District Sanitaire, les communes et les responsables des formations sanitaires constitue un mécanisme clé de gouvernance. Les réunions périodiques de l'Équipe de Coordination de District (ECD) permettent d'identifier les contraintes opérationnelles, d'ajuster les stratégies d'intervention et d'évaluer les résultats obtenus. Les supervisions de terrain, le contrôle de la qualité des prestations, le suivi de la disponibilité des intrants — notamment les contraceptifs — et l'analyse des indicateurs de santé maternelle et infantile renforcent la redevabilité et l'efficacité du système. Ainsi même *« Au niveau communautaire, en plus de la sensibilisation, mobilisation et accompagnement en faveur de la SRMNIA<sup>116</sup>, les ASC [Agents de Santé communautaire] ont bénéficié des formations leur permettant de dispenser à la population certaines prestations et de distribuer quelques produits médicamenteux dont les contraceptifs oraux et préservatifs »<sup>117</sup>.*

Dans son ensemble, ce dispositif intégré garantit une mise en œuvre cohérente, adaptée aux réalités locales et orientée vers l'amélioration durable de la santé sexuelle et reproductive des populations du District de Bururi.

### III.3.2. Programmes et interventions spécifiques

La mise en œuvre de la politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) au District de Bururi s'appuie sur plusieurs **programmes et interventions ciblés**, conçus pour répondre aux besoins spécifiques de différentes catégories de la population, tout en améliorant l'accès et la qualité des services.

**Initiatives en matière de planification familiale :** Le district a développé des interventions visant à renforcer l'adhésion et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les formations sanitaires, à travers l'hôpital régional, les hôpitaux communaux et les centres de santé (CDS), offrent des services de conseil individuel et communautaire, la distribution gratuite ou subventionnée de contraceptifs, ainsi que des campagnes de sensibilisation sur la

<sup>116</sup> Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents.

<sup>117</sup> REPUBLIQUE DU BURUNDI. , Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (PSN-SRMNIA : 2019-2023), Bujumbura, janvier 2019, p.5.

=====

santé reproductive. Ces initiatives ciblent particulièrement les femmes en âge de procréer, les couples mariés, et les jeunes femmes, en promouvant le choix éclairé et l'accès équitable aux méthodes contraceptives. Le suivi régulier des indicateurs de planification familiale permet d'évaluer l'évolution de l'adhésion et d'adapter les interventions aux zones à faible couverture.

***Suivi de la santé maternelle et néonatale*** : Le District Sanitaire de Bururi a mis en place des programmes spécifiques pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Les activités comprennent le suivi systématique des femmes enceintes, les consultations prénatales, l'accouchement assisté, la prévention et la prise en charge des complications obstétricales, ainsi que le suivi postnatal des mères et des nouveau-nés. Les formations sanitaires assurent également la vaccination néonatale et infantile, le dépistage des infections et le suivi nutritionnel. Des mécanismes de supervision et d'évaluation des performances sont en place pour s'assurer que les services respectent les protocoles nationaux et sont accessibles même aux populations des zones rurales isolées.

***Programmes pour adolescents et jeunes*** : Reconnaisant la vulnérabilité particulière des adolescents et jeunes adultes, le district a développé des interventions adaptées à ce groupe. Les programmes incluent l'éducation sexuelle complète dans les écoles et au niveau communautaire, la sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au VIH, ainsi que la promotion de la planification familiale et de comportements responsables. Des clubs de jeunes et des consultations spécifiques sont organisés pour offrir un environnement sécurisé où les adolescents peuvent poser des questions, recevoir des conseils et accéder à des services confidentiels de santé reproductive. Ces initiatives visent à prévenir les grossesses précoces, à réduire les IST et à renforcer le rôle des jeunes dans la prise de décisions éclairées concernant leur santé.

En résumé, les programmes et interventions spécifiques du District de Bururi combinent une **approche centrée sur les individus et les communautés**, en renforçant l'accès aux services de planification familiale, la surveillance de la santé maternelle et néonatale, et l'éducation et la prévention auprès des adolescents et jeunes. Cette approche intégrée contribue à améliorer la couverture, la qualité et l'efficacité des services de santé sexuelle et reproductive, tout en tenant compte des besoins et réalités locales des populations du district.

### III.3.3. Résultats et impacts observés

La mise en œuvre des programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) au District de Bururi a produit des résultats significatifs, bien que des défis persistent. **L'adhésion au planning familial (PF)** a connu une progression notable entre 2013 et 2020, avec un taux d'utilisation des méthodes contraceptives passant de 29,4 % à 55,7 %. Cette évolution traduit les efforts des formations sanitaires, de l'hôpital régional, des hôpitaux communaux et des centres de santé (CDS) dans la sensibilisation, la distribution de contraceptifs et le conseil communautaire. Parallèlement, la **mortalité maternelle** a montré une tendance à la baisse, passant de 0,17 % en 2013 à 0,03 % en 2020, et la mortalité infantile a été progressivement réduite grâce au suivi prénatal et postnatal, à l'accouchement assisté et à la vaccination systématique.

Cependant, des **limites importantes dans l'accès aux services** persistent, principalement dues au relief accidenté et à la dispersion des populations rurales, ce qui contraint certaines communautés à parcourir de longues distances pour bénéficier de soins de qualité. Cette inégalité géographique se traduit par des disparités territoriales, avec une couverture des services de SSR plus faible dans les zones éloignées et montagneuses par rapport aux centres urbains et semi-urbains. Le déficit en personnel qualifié, notamment en sages-femmes de niveau A1 et en spécialistes, ainsi que la disponibilité irrégulière des contraceptifs et des médicaments essentiels, limitent également l'efficacité et la continuité des services.

Plusieurs **facteurs favorables** ont contribué aux résultats positifs observés. Selon le chef de district disait que : *« le district sanitaire dispose des ambulances et chaque CDS agréé dispose d'un moto ambulance et d'un téléphone fixe qui favorise la communication. En cas de décès, on fait audit pour voir la cause de cette mortalité »*. La coordination entre le District Sanitaire, les communes, les formations sanitaires et les acteurs privés et confessionnels a renforcé la planification et la supervision des interventions. L'implication des communautés, des leaders locaux et des programmes éducatifs pour adolescents et jeunes a accru la sensibilisation et l'acceptation du PF et des soins maternels. Les mécanismes de suivi et d'évaluation systématiques mis en place par le MSPLS permettent de détecter rapidement les dysfonctionnements et d'ajuster les interventions.

Quant **aux contraintes persistantes**, il convient de souligner qu'au-delà des barrières géographiques et du déficit en ressources humaines, les **facteurs religieux** apparaissent comme des défis majeurs dans la promotion de la SSR : lors de l'enquête, un titulaire de centre de santé souligne que tout fidèle impliqué dans l'utilisation de la planification familiale se sent redevable devant les chefs religieux puisqu'il est religieusement « sanctionné » (*Gucibwa impongano*). Précisons qu'un pasteur (Jean) affirme que l'usage du préservatif est perçu comme un péché, la finalité des relations sexuelles étant, selon cette lecture, la procréation. Si certains s'appuient sur l'épisode d'Onan (Genèse 38) pour condamner la contraception, d'autres interprétations rappellent que la sanction divine visait davantage l'intention égoïste que l'acte contraceptif lui-même, d'autant que l'espacement des naissances pour préserver la santé maternelle et améliorer les conditions de vie du couple peut être envisagé comme légitime.

Par ailleurs, les Églises, qu'elles soient catholiques ou protestantes, découragent généralement la sexualité des jeunes et privilégient les méthodes naturelles, voire l'abstinence, même au sein du mariage. À ces résistances religieuses s'ajoutent des **pesanteurs culturelles** profondément ancrées : selon un fonctionnaire interrogé, la tradition burundaise assimile depuis longtemps la progéniture à une richesse et à une bénédiction divine, ce qui rend la planification familiale difficilement acceptable, surtout en milieu rural, d'autant plus que certains responsables politico-administratifs peinent à convaincre lorsqu'ils prônent la limitation des naissances tout en ayant eux-mêmes une descendance supérieure à la moyenne nationale (5,5 enfants). Enfin, des **facteurs sanitaires** contribuent également aux abandons, certaines personnes cessant d'utiliser les méthodes contraceptives en raison d'effets secondaires réels ou perçus, ce qui, combiné à la pauvreté et aux contraintes économiques des ménages, accentue les inégalités d'accès aux services pour les populations les plus vulnérables.

En somme, le District de Bururi a enregistré des **progrès tangibles** en matière de SSR, notamment dans l'adhésion au planning familial et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Toutefois, l'impact global reste limité par des inégalités territoriales et socio-économiques, des déficits en ressources humaines et des contraintes culturelles. Le renforcement des infrastructures, l'augmentation du personnel qualifié et l'adaptation des interventions aux réalités locales restent essentiels pour améliorer l'efficacité et l'équité de la politique de santé sexuelle et reproductive dans le district.

### **III.4. Portée et limites de la politique de SSR au District de Bururi**

L'analyse de la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (PNSR) au District de Bururi met en lumière à la fois des acquis significatifs, des contraintes persistantes et des enseignements précieux pour l'avenir. Les forces du district résident dans la progression du planning familial et la réduction de la mortalité maternelle, l'engagement institutionnel et la mobilisation des ressources locales pour la sensibilisation communautaire. Cependant, des limites importantes subsistent, notamment l'insuffisance de personnel spécialisé, le faible taux d'adhésion au planning familial par rapport à d'autres provinces, ainsi que des contraintes matérielles, financières et logistiques qui freinent le suivi et la qualité des services. L'expérience acquise souligne l'importance d'une coordination efficace, d'une approche multisectorielle et d'une adaptation des interventions aux réalités locales, offrant ainsi des leçons clés pour renforcer l'efficacité et l'équité de la SSR dans le district.

#### **III.4.1. Leviers de performance et opportunités de la politique SSR**

Le District de Bururi présente plusieurs forces et opportunités qui contribuent à la mise en œuvre efficace de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (PNSR) et à l'amélioration progressive des indicateurs clés. Parmi les résultats les plus significatifs, on note l'augmentation constante de l'adhésion au planning familial (PF) entre 2013 et 2020, passant de 29,4 % à 55,7 % des femmes en âge de procréer, traduisant une meilleure acceptation des méthodes contraceptives modernes. Parallèlement, la mortalité maternelle a connu une baisse régulière, de 0,17 % en 2013 à 0,03 % en 2020, reflétant l'efficacité des interventions de suivi prénatal, d'accouchement assisté et de soins postnatals. Ces tendances témoignent de la capacité du district à adapter progressivement ses services aux besoins des populations, tout en renforçant la qualité des soins maternels et néonataux.

L'engagement institutionnel constitue un autre atout majeur. Le District Sanitaire, en tant qu'organe déconcentré du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), assure la coordination technique et administrative entre les formations sanitaires (hôpital régional, hôpitaux communaux et centres de santé) et les communes de Bururi et Vyanda. La supervision régulière des FOSA permet de suivre la disponibilité des contraceptifs, la qualité des prestations, le respect des protocoles nationaux et le suivi des indicateurs de santé maternelle et infantile.

=====

Cette organisation garantit une continuité des soins et une meilleure planification des interventions, tout en facilitant l'identification rapide des contraintes et l'ajustement des programmes de SSR.

Enfin, les atouts géographiques et les ressources locales offrent des opportunités importantes pour la sensibilisation communautaire et l'extension des services. La présence de centres de santé répartis sur l'ensemble du district, combinée à la diversité des ressources naturelles et des sites de rassemblement communautaire, permet d'organiser des campagnes éducatives et de prévention adaptées aux réalités locales. Les zones rurales et montagneuses, bien que parfois difficiles d'accès, sont couvertes par des activités de sensibilisation mobile et par l'implication d'acteurs communautaires et religieux, favorisant l'acceptation sociale des pratiques de planification familiale et des comportements favorables à la santé reproductive.

En résumé, le District de Bururi bénéficie d'une combinaison de forces structurelles, institutionnelles et communautaires qui constituent des leviers pour renforcer la politique de SSR. L'amélioration progressive du planning familial et de la mortalité maternelle, l'engagement institutionnel soutenu et l'utilisation stratégique des ressources locales créent un cadre favorable pour consolider les services existants et étendre la couverture aux populations les plus vulnérables, tout en maximisant l'impact des interventions de santé sexuelle et reproductive dans le district.

#### **III.4.2. Défis et insuffisances de la politique SSR**

Les croyances religieuses jouent un rôle déterminant dans la perception et l'acceptation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), notamment en matière de planning familial (PF) au Burundi en général et au district sanitaire de Bururi en particulier. Depuis plusieurs années, certaines églises diffusent des enseignements qui déconseillent, voire interdisent, le recours aux méthodes contraceptives modernes. La sexualité y est présentée non comme un choix relevant de la santé ou du bien-être du couple, mais comme une réalité essentiellement orientée vers la procréation, conformément à une lecture littérale des Saintes Écritures. Le passage de la Genèse 1 : 27-28 — « *Soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre et l'assujettissez* » — est souvent invoqué pour justifier le rejet du planning familial, perçu par certains leaders religieux comme une opposition à la volonté divine.

=====

Cette interprétation influence profondément les comportements reproductifs d'une partie de la population. Comme l'a souligné Madame Donavine Uwimana, directrice de l'ABUBEF, « *la religion agit aussi en obstacle car certains responsables religieux déconseillent à leurs fidèles d'adhérer aux méthodes contraceptives, arguant que ce serait un acte criminel* », tandis que d'autres prônent exclusivement l'abstinence sexuelle. Dans un contexte où l'autorité morale des responsables religieux demeure forte, ces discours façonnent les normes sociales et freinent l'adhésion aux services de PF, particulièrement dans les milieux ruraux où les structures communautaires sont très influentes.

Face à ces résistances, les autorités publiques, notamment le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), ainsi que les autorités provinciales et communales, défendent une approche centrée sur la responsabilité parentale et le développement socio-économique. Les campagnes de sensibilisation mettent en avant le slogan : « *Mettre au monde des enfants dont nous sommes capables de prendre en charge* », invitant les couples à planifier les naissances afin de prévenir les difficultés économiques et sociales liées à une fécondité élevée. Déjà en 2014, à travers le Programme National de Santé de la Reproduction, une campagne organisée dans la province de Muyinga sous le thème « *Batatu beza baruta benshi* » (« Mieux vaut trois enfants bien portants qu'une pléthore de faibles ») illustre cette volonté de promouvoir une parentalité responsable, compatible avec les capacités des ménages et les exigences du développement.

Dans cette dynamique, les autorités provinciales et communales jouent un rôle clé dans la mobilisation communautaire. À travers des réunions administratives, des séances de sensibilisation et l'intégration de la planification familiale dans les plans communaux de développement, elles encouragent les leaders locaux, les femmes leaders et les relais communautaires à s'impliquer activement dans la promotion de la santé reproductive. Elles soulignent régulièrement que la croissance démographique rapide constitue un défi majeur pour le développement des familles et des collectivités locales, notamment en matière d'accès à l'éducation, aux soins de santé et aux ressources économiques.

Cependant, au-delà des divergences idéologiques entre certains leaders religieux et les autorités sanitaires, d'autres contraintes structurelles compliquent la mise en œuvre effective de la PNSR dans le District de Bururi. Les insuffisances matérielles et logistiques — manque d'équipements médicaux, ruptures fréquentes de contraceptifs, ressources financières limitées pour la sensibilisation et la supervision — entravent la continuité et la qualité des services.

Les difficultés d'accès aux zones montagneuses et enclavées compliquent également le suivi des activités, la supervision des formations sanitaires et la collecte de données fiables.

Ainsi, la combinaison des résistances socioreligieuses, du déficit en ressources humaines spécialisées, de la faible adhésion au planning familial et des contraintes matérielles et logistiques engendre des inégalités d'accès aux services de SSR, touchant particulièrement les populations rurales et vulnérables. Pour améliorer l'efficacité de la PNSR à Bururi, il est indispensable de renforcer le dialogue avec les leaders religieux, d'intensifier l'éducation communautaire, de consolider les capacités des ressources humaines et d'assurer une disponibilité continue des intrants médicaux. Seule une approche intégrée, tenant compte des réalités socioculturelles et appuyée par un engagement ferme des autorités locales, permettra d'améliorer durablement la santé sexuelle et reproductive dans le district.

### **III.4.3. Leçons apprises de la politique de SSR au District de Bururi**

L'analyse de la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (PNSR) au District de Bururi révèle plusieurs enseignements clés qui peuvent guider les interventions futures et renforcer l'efficacité des programmes.

***Progrès malgré des contraintes importantes :*** La progression de l'adhésion au planning familial, passant de 29,4 % en 2013 à 55,7 % en 2020, et la réduction de la mortalité maternelle de 0,17 % à 0,03 % sur la même période montrent que des améliorations sont possibles même dans des contextes marqués par des défis socio-économiques, géographiques et logistiques. Cette évolution souligne que la mobilisation coordonnée des formations sanitaires, l'implication des acteurs locaux et les campagnes de sensibilisation peuvent produire des impacts tangibles sur la santé reproductive des populations.

***Importance de la coordination et du suivi :*** L'expérience du district démontre que la coordination entre le District Sanitaire, les communes, les hôpitaux et les centres de santé (CDS), ainsi que la collaboration avec les acteurs privés et confessionnels, constitue un levier essentiel pour la réussite des programmes de SSR. Les mécanismes de suivi réguliers, incluant les visites de supervision et le reporting des indicateurs clés, permettent de détecter rapidement les problèmes, d'ajuster les interventions et de garantir une meilleure qualité des services. Cette approche montre qu'une gouvernance locale active et structurée est indispensable pour assurer la cohérence et la continuité des activités.

=====

***Rôle déterminant des facteurs socio-culturels et de la sensibilisation communautaire :***

L'adhésion aux méthodes contraceptives et l'utilisation des services de SSR sont fortement influencées par les normes culturelles, religieuses et le niveau d'éducation de la population. Les expériences menées dans le district mettent en évidence que les interventions techniques seules ne suffisent pas : la mobilisation communautaire, l'éducation des femmes, des jeunes et des hommes ainsi que la prise en compte des perceptions locales sont des éléments cruciaux pour favoriser l'acceptation des services et la participation active des populations.

***Limites structurelles et humaines comme enseignement clé :*** L'insuffisance de personnel spécialisé, notamment de médecins et de sages-femmes de niveau A1, ainsi que les contraintes logistiques et matérielles, ont limité l'efficacité et l'équité de la prestation des services de SSR. Ces difficultés ont montré que les interventions doivent être adaptées aux réalités locales, en renforçant à la fois les ressources humaines et les infrastructures, et en optimisant la distribution des services dans les zones rurales et difficiles d'accès.

***Nécessité d'une approche intégrée et multisectorielle :*** L'expérience de Bururi souligne l'importance de combiner soins de santé, sensibilisation, éducation et implication communautaire pour maximiser l'impact des interventions. L'intégration des programmes pour adolescents et jeunes, du suivi maternel et néonatal et du planning familial dans un cadre cohérent a permis d'améliorer progressivement la couverture et la qualité des services, malgré les contraintes existantes.

En conclusion, les leçons tirées de la mise en œuvre de la SSR au District de Bururi mettent en évidence que les progrès sont possibles lorsque les interventions sont bien coordonnées, adaptées aux réalités locales, et qu'elles combinent renforcement des capacités, sensibilisation communautaire et suivi rigoureux. Ces enseignements constituent un guide précieux pour orienter les stratégies futures, réduire les disparités territoriales et socio-économiques et améliorer durablement la santé sexuelle et reproductive de la population.

### **Conclusion partielle**

En rétrospective, l'analyse de la politique de santé sexuelle et reproductive (SSR) au District de Bururi révèle une dynamique de progrès malgré des défis considérables. Si des avancées notables ont été observées, notamment dans l'adhésion au planning familial et la réduction de la mortalité maternelle et infantile, plusieurs obstacles persistent. Les contraintes géographiques, socio-économiques et culturelles, associées à un déficit en personnel qualifié et à des limitations logistiques, continuent d'entraver l'efficacité de la politique de SSR. Cependant, l'engagement institutionnel fort, l'implication des communautés locales et la mise en œuvre de stratégies adaptées aux réalités spécifiques du district ont permis de créer un cadre propice à l'amélioration continue des services.

Les leçons tirées de cette mise en œuvre indiquent clairement qu'une approche intégrée, fondée sur une coordination efficace entre les acteurs locaux, un renforcement des ressources humaines et une meilleure couverture des zones rurales, constitue la clé pour surmonter les défis restants. En somme, bien que la politique de SSR au District de Bururi ait montré des résultats positifs, son impact serait significativement renforcé par l'optimisation des ressources et l'adaptation des interventions aux spécificités locales, permettant ainsi d'assurer un accès équitable aux soins pour toutes les populations.

## CONCLUSION GENERALE

Au Burundi, les questions relatives à la fécondité, à la santé reproductive et à la régulation des naissances sont longtemps demeurées taboues, tant dans les ménages que dans les sphères Burundi. Ce dernier a des multiples défis : forte croissance démographique, mortalité maternelle et néonatale encore élevée, vulnérabilité socio-économique des femmes, accès inégal aux services, Tout au long de ma recherche, le but principal de ce mémoire est d'examiner la mise en œuvre de la politique nationale de santé sexuelle et reproductive (SSR) au Burundi, à travers le district sanitaire de Bururi.. La question de fond pour ma recherche est d'expliquer l'écart entre les engagements politiques de l'État burundais en matière de SSR et les résultats observés sur le terrain, notamment la faible adhésion aux méthodes contraceptives et la persistance d'une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée dans le district sanitaire de Bururi . Sur le plan opérationnel, la problématique de recherche est fondée sur deux objectifs fondamentaux: - Étudier et comprendre les perceptions sociales au niveau de l'utilisation de méthodes contraceptives ;

-Étudier et comprendre comment *les contraintes institutionnelles et persistance de la mortalité maternelle et infanto-juvénile* sont liées à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, le manque d'équipements et d'infrastructures adaptées, et des allocations financières et logistiques limitées.

En effet, le présent mémoire est divisé en trois grandes lignes : Le première est le cadre conceptuel. La deuxième est consacrée à un aperçu de la politique SSR au Burundi et La troisième constitue l'analyse critique de l'application de cette politique au niveau du district sanitaire de Bururi.

Au sujet de l'état des lieux des connaissances des informateurs au niveau de planification familiale, j'ai constaté qu'il y a une partie qui ignore la planification familiale. Au niveau des causes : -facteurs religieuse les Églises, qu'elles soient catholiques ou protestantes, découragent généralement la sexualité des jeunes et privilégient les méthodes naturelles, voire l'abstinence, même au sein du mariage ; facteurs culturelles profondément ancrées et les facteurs sanitaires contribuent également aux abandons de planification familiale.

Selon les enquêtés interrogés, la tradition burundaise assimile depuis longtemps disait la progéniture à une richesse et à une bénédiction divine, ce qui rend la planification familiale difficilement acceptable, surtout en milieu rural, d'autant plus que certains responsables

=====

politico-administratifs peinent à convaincre lorsqu'ils prônent la limitation des naissances tout en ayant eux-mêmes une descendance supérieure à la moyenne nationale (5,5 enfants).

En ce qui concerne la méthodologie, les techniques qui m'ont permis de recueillir les données ont été essentiellement l'observation directe et les entretiens semi-directifs individuels. Ce travail cadre de ce mémoire. Mais, pour le cas des raisons de la non intégration de santé sexuelle, il s'agit d'un sujet à approfondir pour comprendre davantage les perceptions sociales au sujet de santé sexuelle. Les résultats obtenus permettent de connaître les différentes perceptions au niveau de santé sexuelle et au niveau des méthodes préventives consacrées aux usages de planification familiale. Ce sujet implique une étude des rapports entre l'homme et la santé. Les facteurs socioculturels comme déterminants de non intégration de planning familial et les perceptions sociales au niveau de santé sexuelle restent des éléments incontournables dans l'étude et analyse du politique publique.

.

## BIBLIOGRAPHIE

**Ouvrages**

1. BAIROCH (P.), Population et sociétés, Paris, Gallimard, 1994
2. BERQUIN (A.), Transition et soins de santé. Quels défis pour le futur ? Ed. Etopia, 2010
3. BRAUD (Ph.), Pouvoirs et sociétés, Paris : PUF, 1991
4. CANGUILHEM (G.), Le normal et le pathologique, Paris : PUF, 1943
5. CARRICABURU ( D.) & MENORET(M.), Sociologie de la santé, Paris, Armand Colin, 2005
6. CONSTANTIN (F.) et al. (dir.), Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective ?, Paris, L'Harmattan, 1999
7. COSTENBADER, E., et al. Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi, Institute for Reproductive Health. Georgetown University, 2021
8. DAHL (R.), Polyarchy: Participation and Opposition, Yale University Press, 1971
9. EASTON (D.), The Political System: An Inquiry into the State of Political Science (New York: Alfred A. Knopf, 1965
10. EASTON (David), The Political System: An Inquiry into the State of Political Science (New York: Alfred A. Knopf, 1953)
11. FASSIN (D.), Faire de la santé publique, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008
12. FINNEMORE (M.) & SIKKINK (K.), International Organization, Cambridge, Cambridge University Press, 1998
13. GALEA (S.), Well: What We Need to Talk About When We Talk About Health Oxford University Press, New York, 2016
14. GAUDIN (J-P.), Pourquoi la gouvernance ? Paris: Presses de Sciences Po, 2001
15. HASSENTEUFEL (P.), Sociologie politique : l'action publique, Paris, Armand Collin, 2<sup>ème</sup> édition, 2011
16. HASSENTEUFEL(P.), Les politiques publiques, Presses de Sciences Po, Paris, 2012
17. HAURIOU (M.), Précis de droit administratif et de droit public général, Paris: Sirey, 1923
18. HERITIER(F.), Masculin/Féminin I, Paris, Odile Jacob, 1996
19. KAUFMANN (J-C.), L'entretien compréhensif, Paris, Nathan, 1996
20. KECK (M-E.) & SIKKINK (K.), Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics, Ithaca, Cornell University Press, 1998

- =====
21. KILONZO (S M.) et al. The Palgrave Handbook of Religion, Health and Development in Africa, Springer Nature, 2025
  22. LALONDE(M.), A New Perspective on the Health of Canadians, Rapport, Ottawa: Government of Canada, 1974
  23. LASCOUMES (P.) & LE GALES(P.), 2007), Sociologie de l'action publique, Paris: Armand Colin, 2007
  24. LASCOUMES (P.), LE GALES (P.), Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po, 2004
  25. LASSWELL (H.), Politics: Who Gets What, When, How? (New York: Whittlesey House, 1936),
  26. LAVILLE (J-L.), L'économie solidaire. Une perspective internationale, Paris, Hachette Littératures, 1994
  27. LIPSKY (M.), Street-Level Bureaucracy, Russell Sage Foundation, 2010
  28. MARMOT (M.) & WILKINSON (R.), Social Determinants of Health, Oxford: Oxford University Press, 2006
  29. MASSARDIER (G.), Politiques et action publiques, Paris: Armand Colin, 2006,
  30. MENY(Y.) & THOENIG (J-C.), Politiques publiques, Paris: Presses Universitaires de France, 1989
  31. MULLER (P.), Politiques publiques, Paris, PUF, 1989
  32. MULLER(P.) & SUREL(Y.), L'analyse des politiques publiques, Presses de Sciences Po, Paris, 2002
  33. PIERRE (G.), Introduction à l'analyse des politiques publiques, Paris : PUF, 2000
  34. PRESSMAN (J-L.) & WILDAVSKY(A.B.), Implementation, University of California Press, 1973
  35. QUIVY(R.) & VAN CAMPENHOUDT (L.), dans Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 2011
  36. RAYNAUT (C.), Sahels. Diversité et dynamiques des relations sociétés-nature, Karthala, Paris, 1997
  37. REISS (B.), Health and Human Rights, New York, Routledge, 1981
  38. ROE (E.), Experiments in Policy Analysis, London, Sage, 1994
  39. SABATIER (P.), Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach (Boulder: Westview Press, 1993

- =====
40. SAUVY (A.), *Théorie générale de la population*, Paris, PUF, 1952
  41. SETBON (M.), *Pouvoirs contre le Sida. De la transfusion sanguine au dépistage. Décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le Seuil, 1993
  42. SOLAR (O.) & IRWIN (A.), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* WHO, Genève, 2010
  43. STONE (D.), *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*, New York: W.W. Norton, 2012
  44. TARLOV(A.), *Public Policy Frameworks for Improving Population Health* » (Annals of the New York Academy of Sciences, New York, 1996
  45. UNIVERSITE DU BURUNDI, *L'Atlas du Burundi*, Bujumbura, 1991

### Articles de revue

1. STONE (D. A.), *Causal Stories and the Formation of Policy Agendas*. *Political Science Quarterly*, 1989, 104(2), pp.281–300
2. WHITEHEAD (M.), « *The Concepts and Principles of Equity and Health* » (*International Journal of Health Services*, vol. 22, n°3, 1992, New York, Baywood Publishing,

### Documents divers

1. CA /OAG, *Exploration du plaidoyer pour la santé sexuelle et reproductive au Burundi, Rapport d'expertise*, Bujumbura, 2022
2. INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, *Exploration des normes sociales relatives à la santé reproductive chez les adolescentes célibataires au Burundi, Projet « Passages »*, Georgetown University, 2021
3. ISTEEBU, *Enquête démographique de santé 2016-2017*, Bujumbura, 2017
4. MEMISA et al., *Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les adolescents et jeunes dans les centres de santé amis des jeunes, Rapport final*, 2022
5. MSPLS, ENABEL & UE, *Etude 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, 2022
6. MSPLS, *Résumé analytique du profil sanitaire du Burundi*, Bujumbura, mai 2021
7. NATIONS UNIES, *Déclaration et Programme d'action de Beijing*, New York, 1996
8. NATIONS UNIES, *Programme d'action*, New York, 1995
9. NATIONS UNIES, *Rapport de la CIPD*, New York, 1995

- =====
10. OMS/UNICEF, *Déclaration d'Alma-Ata*, Genève, 1978
  11. PSI, Burundi. Vies Saines. Résultats mesurables. End of Program Evaluation, Nairobi-Kenya, 2020
  12. WHO, *Closing the Gap in a Generation*, Genève, 2008
  13. MSPLS et al., Services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents. Enquête sur les prestataires de la santé au Burundi, Bujumbura, 2023
  14. MSPLS & UNFPA. (2022). Analyse des investissements visant l'atteinte des 3 résultats transformateurs d'ici 2030, Bujumbura, 2022
  15. INSBU, Annuaire statistique du Burundi édition 2023, Bujumbura, 2024
  16. INSBU, Annuaire statistique du Burundi édition 2023, Bujumbura, 2024
  17. REPUBLIQUE DU BURUNDI., Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle Néonatale, Infantile et des Adolescents (PSN-SRMNIA : 2019-2023), Bujumbura, janvier 2019
  18. SHARE-NET/ABEM, Cartographie des données/connaissances relatives à la santé sexuelle et reproductive au Burundi au cours des dernières dix années (2014-2024). Rapport final. Bujumbura, octobre 2024

=====

# ANNEXE

=====

**LISTE DES ENQUETES**

| NOM ET PRENOM              | AGE | SEXE | FONCTION      | CDS       |
|----------------------------|-----|------|---------------|-----------|
| NISHOBURA SIFA             | 34  | M    | INFIRMIER     | MUNINI    |
| IRAMBONA Jean d'Arc        | 25  | F    | CULTIVATRICE  | MUMIM     |
| NDIKUMANA Susane           | 22  | F    | CULTIVATRICE  | MUNINI    |
| NIYONIWIGIE Jeanne         | 19  | F    | CULTIVATRICE  | MUINI     |
| HATUNGIMANA<br>CARTAS      | 28  | F    | CULTIVATRICE  | MUNINI    |
| BUKURU Zabulon             | 40  | M    | INFIRMIER     | BAMBA     |
| BUKEYENEZA OLIVE           | 30  | F    | INFIRMIERE    | BUTA      |
| IRABARUTA Marie<br>Chantal | 23  | F    | CULTIVATRICE  | BUTA      |
| Elie NINSHIMWE             | 45  | M    | FONCTIONNAIRE | BURURI    |
| NAHAYO Vénérand            | 47  | M    | FONCTIONNARE  | MUZENGA   |
| NOVA                       | 50  | M    | FONCTIONNAIRE | BURURI    |
| NIYONGABO Jérôme           | 46  | M    | DOCTEUR       | BURURI    |
| JACQUELINE                 | 56  | F    | FONCTIONNAIRE | BURURI    |
| HATUNGIMANA LEON           | 58  | M    | PASTEUR       | BUHINGA   |
| OLIVE                      | 40  | F    | FONCTIONNAIRE | NYAGATOVU |
| NIYAKIRE Stéphanie         | 21  | F    | CULTIVATRICE  | NYAGATOVU |
| HAKIZIMANA Fidélité        | 34  | F    | CULTIVATRICE  | NYAGATOVU |
| NYAMAHORO Chanelle         | 29  | F    | CULTIVATRICE  | KIREMBA   |
| IGIRANEZA Jeanine          | 40  | F    | FONCTIONNAIRE | GASANDA   |
| NISHIMWE Yvonne            | 22  | F    | CULTIVATRICE  | BWATEMBA  |
| MANIRAKIZA Samson          | 33  | M    | FONCTIONNAIRE | GAHAGO    |
| NDAYIZEYE Edouard          | 25  | M    | COMMERÇANT    | KIGUTU    |
| BAYISENGE Dieudonné        | 19  | M    | CULTIVATEUR   | KAJABURI  |
| NGENDAKUMANA<br>Charles    | 45  | M    | ENSEIGNANT    | REMA      |