

**Enquête
Démographique
et de Santé
Burundi
2010**

**Rapport
Préliminaire**

**Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
Ministère du Plan et du Développement Communal**

**Institut National de Santé Publique
Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida**

**MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, USA**

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Burundi de 2010 (EDSB-II, 2010) a été réalisée par l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques (ISTEEBU) et l'Institut National de Santé Publique (INSP) du Burundi. Le financement de cette enquête a été assuré par le Département pour le Développement International (DFID) du Royaume Uni, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Coopération Suisse, le Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (UNFPA) et le Gouvernement. ICF Macro a fourni l'assistance technique par le biais du programme MEASURE DHS, programme financé par l'USAID et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur l'EDSB-II, 2010, contactez l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISEEBU), B.P. 1156, Bujumbura, Burundi ; Téléphone : (257) 22 226 729, Fax : (257) 22 222 635, E-mail : isteebu@cbinf.com; Internet: www.isteebu.bi.

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Téléphone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999, E-mail: reports@measuredhs.com, Internet: <http://www.measuredhs.com>.

Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010

Rapport Préliminaire

Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi
Ministère du Plan et du Développement Communal

Institut National de Santé Publique
Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

ICF Macro
Calverton, Maryland, USA

Avril 2011



DFID

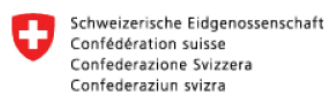


TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAUX ET GRAPHIQUES	v
1. INTRODUCTION	1
2. EXÉCUTION DE L'ENQUÊTE	3
2.1 Plan de sondage	3
2.2 Questionnaires	3
2.3 Test d'anémie et test du VIH	4
2.3.1 Test d'anémie.....	5
2.3.2 Test du VIH	5
2.4 Formation et collecte des données	6
2.5 Traitement des données	6
3. RÉSULTATS.....	7
3.1 Taux de réponse.....	7
3.2 Caractéristiques individuelles des enquêtés.....	7
3.3 Fécondité.....	9
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	10
3.5 Utilisation de la contraception	11
3.6 Mortalité des enfants.....	12
3.7 Consultations prénatales et assistance à l'accouchement	12
3.8 Vaccination des enfants	14
3.9 Traitement des maladies des enfants.....	15
3.10 Allaitement et alimentation de complément	16
3.11 État nutritionnel des enfants.....	17
3.12 Prévalence de l'anémie	19
3.13 Indicateurs du paludisme	21
3.14 Connaissance du VIH/sida.....	23
3.15 Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	23
3.16 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois.....	25

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

	Page
Tableau 1	Résultats de l'interview ménage et de l'interview individuelle 7
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés 8
Tableau 3	Fécondité actuelle 9
Tableau 4	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 10
Tableau 5	Utilisation actuelle de la contraception..... 11
Tableau 6	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans 12
Tableau 7	Consultations prénatales et accouchement 14
Tableau 8	Vaccination selon les caractéristiques sociodémographiques..... 15
Tableau 9	Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée... 16
Tableau 10	Allaitement selon l'âge..... 17
Tableau 11	État nutritionnel des enfants 18
Tableau 12	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes 20
Tableau 13	Indicateurs du paludisme 22
Tableau 14	Connaissance du sida 23
Tableau 15	Connaissance des moyens de prévention du VIH..... 24
Tableau 16.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes 25
Tableau 16.2	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes 26
Graphique 1	Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence..... 10

1. INTRODUCTION

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé 2010 du Burundi (EDSB-II, 2010) qui a été réalisée par l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques (ISTEEBU), Ministère du Plan et du Développement Communal et l'Institut National de Santé Publique du Burundi (INSP), Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida s'est déroulée sur le terrain du 29 août 2010 au 30 janvier 2011. L'EDSB-II, 2010, initiée par le gouvernement burundais, a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) d'ICF Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant, et le VIH/sida. L'enquête a été financée par le Département pour le Développement International (DFID) du Royaume Uni, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Coopération Suisse, le Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (UNFPA) et le Gouvernement. L'EDSB-II, 2010 a été conçue pour fournir des données de suivi et d'évaluation dans les domaines de la population et de la santé. Les données collectées au cours de l'EDSB-II, 2010 fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, l'EDSB-II, 2010 a collecté des données sur les niveaux de fécondité, sur les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation de moustiquaires, l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant. En outre, l'EDSB-II, 2010 a permis d'estimer la prévalence de l'anémie et du VIH. Les résultats sur le VIH seront publiés dans le rapport final.

Ce rapport préliminaire présente plusieurs indicateurs clé produits à partir des données collectées par l'EDSB-II, 2010. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

2. EXÉCUTION DE L'ENQUÊTE

2.1 Plan de sondage

L'EDSB-II, 2010 est une enquête de population portant sur un échantillon représentatif au niveau national avec une taille de 9 030 ménages ordinaires dont les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans ont été enquêtés. L'échantillon est représentatif par milieu de résidence (urbain-rural) ainsi que pour les cinq régions.

L'échantillon utilisé est un échantillon stratifié à deux degrés. Au premier degré de sondage, les Unités Primaires de Sondage (UPS) ont été sélectionnées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) du *Recensement Général de la Population et de l'Habitat* de 2008 (RGPH-2008). Ces ZD ont servi de base de sondage pour sélectionner 376 grappes (dont 301 rurales et 75 urbaines). Toutes les grappes sélectionnées ont été enquêtées. Une allocation strictement proportionnelle de l'échantillon n'aurait permis d'obtenir qu'un très faible nombre de ménages urbains dans certaines zones. Il s'est donc avéré nécessaire de suréchantillonner légèrement les zones urbaines de manière à pouvoir disposer d'un nombre adéquat de cas pour produire des estimations suffisamment précises dans ces zones. Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné à partir des ZD. Pour garantir une précision acceptable des indicateurs, on a limité à 24 le nombre de ménages à sélectionner par grappe. Comme la répartition de l'échantillon parmi les strates est non proportionnelle et comme le nombre de ménages dans chaque grappe a été fixé, des taux de pondération ont été utilisés pour assurer la représentativité réelle de l'échantillon au niveau national et au niveau régional. Pour l'EDSB-II, 2010, les régions constituées de regroupements de provinces sont au nombre de cinq : le Nord comprenant les provinces de Kirundo, Muyinga, Ngozi, et Kayanza; le Centre-Est comprenant les provinces de Muramvya, Gitega, Karusi, Ruyigi, et Cankuzo; l'Ouest comprenant les provinces de Bujumbura Rural, Bubanza et Cibitoke; le Sud comprenant les provinces de Mwaro, Bururi, Rutana, Makamba, et Bujumbura-Mairie qui forme une région propre.

Toutes les femmes de 15-49 ans qui étaient, soit des résidentes habituelles des ménages sélectionnés, soit des visiteuses ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, étaient éligibles pour l'enquête femme (soit 9 737 femmes).

En outre, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux (50%), les hommes de 15-59 ans qui étaient, soit des résidents habituels des ménages sélectionnés, soit des visiteurs ayant passé la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour l'enquête homme (soit 4 592 hommes). Dans ces ménages, l'EDSB-II, 2010 a collecté des biomarqueurs. Toutes les femmes de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans, et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Toutes les femmes de 15-49 ans et tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour les mesures anthropométriques (la taille et le poids). Toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSB-II, 2010 : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Les contenus de ces questionnaires sont basés sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS.

Les premières réunions techniques qui se sont tenues dès février 2010 ont permis à un large éventail d'agences gouvernementales, mais aussi d'organisations locales et internationales, d'apporter leur contribution à l'élaboration des questionnaires. Sur la base des discussions, les questionnaires modèles MEASURE DHS ont été modifiés pour refléter les besoins des utilisateurs et les problèmes pertinents qui se posent dans les domaines de la population, de la planification familiale, de l'anémie, du paludisme, du VIH/sida et dans d'autres domaines de la santé du Burundi. Ces questionnaires ont

été traduits du Français en Kirundi. Les questionnaires ont été finalisés en août 2010, après la formation des enquêteurs et enquêtrices.

Le questionnaire ménage a été utilisé pour établir la liste de tous les membres habituels du ménage et des visiteurs dans les ménages sélectionnés. De plus, des informations sur les caractéristiques de chaque personne listée, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le lien de parenté avec le chef de ménage ont été collectées. L'objectif principal du questionnaire ménage est d'identifier les femmes et les hommes qui seront éligibles pour l'enquête individuelle. Le questionnaire ménage a également permis de collecter des informations sur les caractéristiques du logement telles que la source d'approvisionnement de l'eau, le type de toilettes, les matériaux de revêtement du sol du logement, la source principale d'énergie utilisée pour cuisiner, la possession de divers biens durables ainsi que celle de moustiquaires. Enfin, le questionnaire ménage a aussi été utilisé pour identifier les femmes, les hommes, et les enfants éligibles pour les tests d'anémie, du VIH et les mesures anthropométriques.

Le questionnaire femme a été utilisé pour collecter des informations auprès des femmes en âge de reproduction (15-49 ans). On a posé à ces femmes des questions sur les sujets suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccinations des enfants, santé et nutrition ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Mortalité maternelle.

Le questionnaire homme a permis de collecter les mêmes informations que le Questionnaire Femme, à la seule différence qu'il ne comporte pas d'historique des naissances ou des questions sur la santé maternelle et infantile ou la nutrition. En outre, le questionnaire homme a permis de collecter des informations sur la circoncision. Le questionnaire homme comprend les sections suivantes.

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé.

La collecte des données de l'EDSB-II, 2010, y compris les prélèvements de sang pour les tests d'anémie et du VIH, s'est déroulée du 29 août 2010 au 30 janvier 2011.

2.3 Test d'anémie et test du VIH

Dans un sous échantillon d'un ménage sur deux, toutes les femmes éligibles de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans, et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Toutes ces femmes et tous ces hommes dans ce sous échantillon étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Le protocole de tests d'anémie et du VIH a été approuvé par *Institutional Review Board* (IRB)

d'ICF Macro à Calverton, Maryland USA, et par le Comité National d'Éthique pour la protection des êtres humains participants à la recherche biomédicale et comportementale au Burundi.

2.3.1 Test d'anémie

La mesure du niveau d'hémoglobine est la principale méthode de diagnostic de l'anémie et le test est effectué en utilisant le système HemoCue. Une déclaration de consentement informé est lue à l'enquêté éligible ou au parent ou adulte responsable dans le cas des enfants (6-59 mois) et des adolescents (15-17 ans). Cette déclaration de consentement a pour objectif d'expliquer le but du test, d'informer les personnes qui effectuent le test ainsi que les personnes qui s'occupent des enfants, que les résultats seront disponibles dès que le test sera terminé et également de demander l'autorisation des personnes avant d'effectuer le test.

Avant le prélèvement du sang, le doigt est nettoyé avec un tampon alcoolisé. On laisse ensuite le doigt sécher à l'air libre puis on fait une piqûre sur la surface palmaire de l'extrémité du doigt (ou au talon pour les enfants de 6-12 mois car la peau à cet endroit est particulièrement fine) à l'aide d'une lancette auto-rétractable, stérile et non-réutilisable. On récupère une goutte de sang dans la micro cuvette HemoCue et on l'insère dans le photomètre qui affiche le niveau d'hémoglobine. Les résultats sont ensuite enregistrés dans le questionnaire ménage et communiqués à la personne qui a subi le test ou au parent ou adulte responsable s'il s'agit d'un enfant/adolescent en expliquant la signification des résultats. A chaque personne dont le résultat du test a mis en évidence un niveau d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl en général ou moins de 9 g/dl pour les femmes enceintes), une fiche de référence a été fournie pour lui permettre d'obtenir des soins dans les structures sanitaires les plus proches.

2.3.2 Test du VIH

Dans 50% des ménages sélectionnés, tous les hommes de 15-59 ans et toutes les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité National d'Éthique pour la protection des êtres humains participants à la recherche biomédicale et comportementale au Burundi et par le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF Macro.

Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. La méthodologie suivie pour dépister le VIH est basée sur le protocole anonyme-lié, développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Comité National d'Éthique pour la protection des êtres humains participants à la recherche biomédicale et comportementale au Burundi a approuvé le protocole anonyme-lié spécifique de l'EDSB-II, 2010 et la version finale du Consentement éclairé et volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'était pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte était remise aux personnes éligibles pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles étaient faits par un agent de santé assisté de la contrôleuse de chaque équipe de terrain. En plus de leur formation pour effectuer ces prélèvements, les agents de santé avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects du protocole du test du VIH. L'agent cherchait d'abord à obtenir, auprès de chaque personne éligible, son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et le caractère anonyme du test. Au même moment, la carte pour bénéficier de conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV était remise à la personne éligible.

L'agent de santé prélevait alors des gouttes de sang sur un papier filtre auprès des femmes et des hommes qui avaient accepté d'être testés, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour le test d'anémie. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur une fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessicatifs pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessicatifs et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement à l'ISTEEBU, puis au laboratoire de l'INSP, chargé de tester les prélèvements sanguins selon l'algorithme suivant :

- Tous les échantillons sont testés par un 1er ELISA (Vironostika® HIV Uni-Form II plus O).
- Les échantillons dépistés positifs par le 1er ELISA 1 ainsi que 10 % des négatifs sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (Enzignost® HIV Anti-VIH1/2 plus).
- Tous les échantillons positifs sur les deux ELISA sont reportés positifs.
- Tous les échantillons discordants aux deux ELISA (positifs au Vironostika et négatifs à l'Enzygnost) sont confirmés par Inno-Lia Blot.

2.4 Formation et collecte des données

En collaboration avec l'équipe technique, l'administration de l'ISTEEBU a recruté 126 personnes pour participer à la collecte des données sur le terrain. La formation a comporté deux phases, l'une théorique et l'autre pratique. La période de formation s'est étendue sur une période de 4 semaines, du 6 juillet au 6 août 2010 ; elle a comporté une phase pratique sur le terrain pendant 3 jours dans les zones urbaines et rurales qui n'étaient pas sélectionnées pour l'enquête.

Après la formation sur le terrain, le personnel de terrain a été réparti en 18 équipes, chacune composée d'un chef d'équipe, d'un contrôleur, d'un enquêteur, de trois enquêtrices et d'un agent de santé.

La collecte des données a débuté le 29 août 2010 et elle s'est achevée le 30 janvier 2011.

2.5 Traitement des données

La saisie des données a débuté le 9 octobre 2010, six semaines après le début des opérations de collecte des données sur le terrain. La saisie des données a été effectuée par une équipe de quinze opérateurs, quatre agents de recodification, trois éditeurs, deux superviseurs et un coordinateur formés par ICF Macro. Les questionnaires ont été régulièrement envoyés du terrain, puis transmis à l'équipe de saisie à l'ISTEEBU. Les données ont été saisies en utilisant CSPro, un programme informatique développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le programme MEASURE DHS d'ICF Macro et la société Serpro. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie dans le but d'éliminer le plus d'erreurs de saisie possible des fichiers. En outre, un programme de contrôle de qualité a permis de détecter des erreurs de collecte de chaque équipe. Ces informations ont été communiquées aux équipes de terrain au cours des visites de supervision pour améliorer la qualité des données. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées le 27 février 2011.

3. RÉSULTATS

3.1 Taux de réponse

Au total, les 376 grappes sélectionnées pour l'échantillon ont été couvertes au cours de l'EDSB-II, 2010. Dans ces grappes, 9 030 ménages ont été visités. Parmi ceux-ci, 8 677 ont été identifiés, dont 8 596 ont été enquêtés avec succès, ce qui a permis d'obtenir un taux de réponse de 99 % (tableau 1).

Tableau 1 Résultats de l'interview ménage et de l'interview individuelle			
Effectifs de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponses, Burundi 2010			
Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Enquête ménage			
Ménages sélectionnés	1 801	7 229	9 030
Ménages identifiés	1 707	6 970	8 677
Ménages enquêtés	1 673	6 923	8 596
Taux de réponse des ménages ¹	98,0	99,3	99,1
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	2 183	7 554	9 737
Effectif de femmes éligibles enquêtées	2 109	7 280	9 389
Taux de réponse des femmes éligibles ²	96,6	96,4	96,4
Enquête individuelle homme			
Effectif d'hommes éligibles	1 348	3 244	4 592
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	1 265	3 015	4 280
Taux de réponse des hommes éligibles ²	93,8	92,9	93,2

¹ Ménages enquêtés / Ménages identifiés
² Femmes ou hommes enquêtées / Femmes ou hommes éligibles

Dans les 8 596 ménages enquêtés, 9 737 femmes de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle. Pour 9 389 d'entre elles, l'enquête a pu être menée avec succès et le taux de réponse s'établit à 96 %. Au total, 4 592 hommes éligibles de 15-59 ans ont été identifiés et parmi eux, 4 280 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 93 %.

Les taux de réponse de l'enquête individuelle en milieu urbain sont légèrement plus élevés que ceux observés en milieu rural, cela pour les deux sexes.

3.2 Caractéristiques individuelles des enquêtés

Les femmes en âge reproductif, c'est-à-dire de 15-49 ans, et les hommes de 15-59 ans constituent la population cible de l'EDSB-II, 2010. La répartition de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques individuelles telles que l'âge, la religion, l'état matrimonial, le milieu et la province de résidence, et le niveau d'instruction est présentée au tableau 2.

Environ un quart des femmes et des hommes était âgé de 15-19 ans au moment de l'enquête. Cette proportion reflète la jeunesse de la population burundaise. Au fur et à mesure que l'on avance en âge, les proportions de femmes et d'hommes diminuent régulièrement.

Étant donné que les hommes se marient plus tard que les femmes, la proportion d'hommes célibataires est plus élevée que celle des femmes (respectivement 44 % et 33 %). On constate que la proportion de femmes qui sont mariées ou qui vivent en union est légèrement supérieure à celle des hommes (58 % contre 55 %). Par contre, la proportion de femmes en rupture d'union est beaucoup plus élevée que celle des hommes (9 % contre 1 %).

Environ 89 % des femmes et 85 % des hommes vivent dans des zones rurales alors que respectivement 11 % et 15 % vivent en milieu urbain. La répartition par région entre les hommes et les femmes montre qu'environ 11 % des hommes et 7% des femmes vivent dans Bujumbura-Mairie, 29 % pour chaque catégorie dans le Nord, 22 et 25 % dans le Centre-Est, environ 17 % pour chaque catégorie dans l'Ouest et 21 et 22 % dans le Sud.

Dans l'ensemble, la proportion de personnes n'ayant jamais fréquenté l'école est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (45 % contre 28 %). La proportion de personnes ayant fréquenté l'école primaire est importante aussi bien pour les femmes que pour les hommes (respectivement 43 % et 50 %). La proportion des enquêtés ayant fréquenté l'école secondaire ou le supérieur est relativement faible (21 % pour les hommes contre 12 % pour les femmes).

Les résultats du tableau 2 montrent que les catholiques constituent le groupe religieux le plus important, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes (respectivement 62 % et 64 %). Ils sont suivis par des protestants et autres chrétiens parmi lesquels la proportion de femmes y est plus élevée que celle des hommes (34 % contre 29 %). En ce qui concerne les musulmans, on ne constate pas d'écarts importants entre les femmes et les hommes (2 % contre 3 %). Enfin, 2 % des femmes et 4 % des hommes ont une autre religion ou sont sans religion.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés						
Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010						
Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	25,1	2 359	2 377	24,8	932	932
20-24	19,5	1 832	1 854	19,5	732	783
25-29	17,1	1 608	1 591	15,5	584	588
30-34	11,3	1 064	1 084	11,8	442	472
35-39	11,4	1 067	1 054	10,3	388	387
40-44	7,9	745	738	9,3	349	346
45-49	7,6	714	691	8,8	331	307
Religion						
Catholique	61,8	5 799	5 691	63,9	2 401	2 421
Protestante et autre chrétiens	33,7	3 168	3 168	29,2	1 096	1 080
Musulmane	2,2	203	324	3,0	114	171
Autre religion/Sans religion	2,2	210	197	3,9	145	140
Manquant	0,1	9	9	0,1	3	3
État matrimonial						
Célibataire	33,2	3 121	3 285	43,9	1 652	1 779
Marié	40,0	3 760	3 674	40,8	1 535	1 493
Vivant ensemble	17,7	1 661	1 587	13,9	522	492
Divorcé/séparé	4,6	436	431	1,0	38	39
Veuf	4,4	411	412	0,3	13	12
Milieu de résidence						
Urbain	10,7	1 002	2 109	15,4	578	1 169
Rural	89,3	8 387	7 280	84,6	3 181	2 646
Région						
Bujumbura-Mairie	7,3	683	1 212	11,4	430	722
Nord	28,8	2 700	1 982	28,7	1 078	776
Centre-Est	25,3	2 374	2 578	21,7	816	901
Ouest	16,9	1 586	1 489	16,9	637	593
Sud	21,8	2 046	2 128	21,2	798	823
Niveau d'instruction						
Sans instruction	44,8	4 211	3 836	28,3	1 066	955
Primaire	43,1	4 042	3 946	50,3	1 891	1 864
Secondaire/Supérieur	12,1	1 136	1 607	21,4	803	996
Total 15-49 ans	100,0	9 389	9 389	100,0	3 760	3 815
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	520	465
Total 15-59	na	na	na	na	4 280	4 280

Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
na = non applicable

3.3 Fécondité

Au cours de l'EDSB-II, 2010, les données sur la fécondité ont été collectées en demandant à chaque femme interviewée de récapituler l'historique de ses naissances. Les indicateurs ont été calculés pour une période de 3 ans précédant l'enquête. La période de 3 ans a été retenue car elle constitue un compromis entre 3 exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter autant que possible les effets de transfert de l'année de naissance des enfants déclarée par la mère.

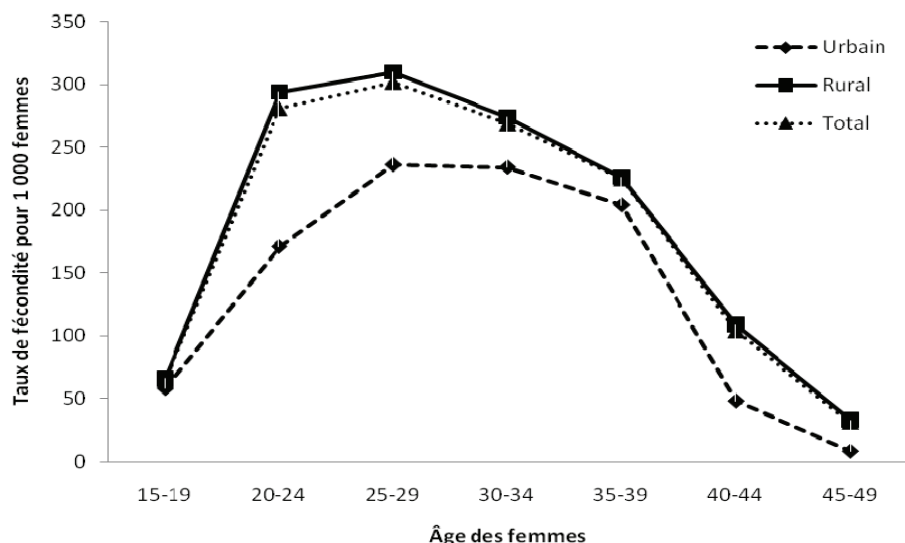
L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est le cumul des taux de fécondité par groupe d'âges quinquennal pour les femmes de 15-49 ans. L'ISF est un indicateur conjoncturel de fécondité et il correspond au nombre d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si les taux de fécondité du moment se maintenaient invariables.

Au Burundi, l'ISF est estimé à 6,4 enfants par femme (tableau 3). Les adolescentes de 15-19 ans ne contribuent que pour seulement 5 % dans la fécondité totale alors que les femmes de 25-29 ans y contribuent pour 24 %. Le niveau de fécondité est beaucoup plus élevé parmi les femmes des zones rurales (6,6) que parmi celles des zones urbaines (4,8). Cela est vrai quel que soit le groupe d'âges (graphique 1). Les courbes de fécondité en milieux urbain et rural suivent la même allure. Elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum aux âges de 25-29 ans puis, décroissent régulièrement avec l'âge. En milieu rural, le taux maximum de fécondité se situe à 310 ‰ contre 236 ‰ en milieu urbain.

Tableau 3 Fécondité actuelle			
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, Burundi 2010			
Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	58	66	65
20-24	171	294	281
25-29	236	310	302
30-34	234	274	269
35-39	204	226	225
40-44	48	109	104
45-49	8	33	31
ISF	4,8	6,6	6,4
TGFG	151	209	203
TBN	37,3	45,3	44,5

Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.
 ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme
 TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans
 TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

Graphique 1. Taux de fécondité par âge, selon le milieu de résidence



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 32 % ont exprimé le souhait de ne plus avoir d'enfants (limiter les naissances). En outre, 48 % veulent attendre au moins deux années avant d'avoir un enfant (ou un autre enfant). Seulement 13 % ont déclaré qu'elles désiraient un enfant (ou un autre) bientôt, dans les deux ans (tableau 4).

La proportion de femmes qui veulent *espacer* leurs naissances (attendre au moins 2 ans avant la prochaine naissance) commence à diminuer à partir du deuxième enfant. De 80 % parmi les femmes qui ont un enfant, la proportion passe à 75 % parmi celles en ayant 2. Elle diminue ensuite de manière importante pour ne plus concerner que 28 % et 11 % des femmes ayant respectivement 5 et au moins 6 enfants. Cependant, la proportion de femmes qui veulent limiter leurs naissances augmente rapidement avec le nombre d'enfants. Parmi celles qui ont 2 enfants, 7 % ne veulent plus d'enfants ; parmi celles qui en ont 3, 20 % ne veulent plus d'enfants et parmi celles qui en ont 4, la proportion atteint 40 %.

Tableau 4 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Burundi 2010

Désir d'enfant(s)	Effectif d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	84,3	15,4	14,3	12,1	8,0	5,4	2,7	12,5
Veut un autre plus tard ³	2,6	79,7	74,5	62,9	42,9	28,3	10,6	48,4
Veut un autre, NSP quand	8,2	2,6	2,3	1,8	1,9	1,9	0,9	2,1
Indécise	0,0	0,1	1,3	1,4	4,0	3,3	3,7	2,2
Ne veut plus d'enfant	0,7	0,6	6,7	20,4	40,4	56,2	76,7	32,0
Stérilisé ⁴	0,0	0,1	0,1	0,6	1,0	0,7	1,1	0,6
S'est déclarée stérile	4,2	1,2	0,6	0,7	1,7	3,2	4,1	2,0
Manquant	0,0	0,2	0,3	0,1	0,2	0,8	0,2	0,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100,0
Effectif de femmes	196	848	985	950	748	638	1 055	5 421,0

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

3.5 Utilisation de la contraception

Environ 22 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle (tableau 5).

La proportion de femmes en union utilisant une méthode moderne est de 18 %. La proportion d'utilisatrices de méthodes traditionnelles s'établit à 4 %. Les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes en union sont les injectables (10 %), le DIU (3%) et la pilule (2 %). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate que ce sont les méthodes du rythme ou continence périodique (2 %) et du retrait (2 %).

La prévalence contraceptive moderne qui est faible parmi les femmes de 15-19 ans (8 %) augmente régulièrement avec l'âge et atteint son maximum à 25-29 ans (22 %) pour diminuer progressivement jusqu'à atteindre 13 % à 49 ans.

Le recours à la contraception moderne varie de manière importante selon le milieu de résidence. En effet, en milieu urbain, la prévalence contraceptive moderne est estimée à 29 % contre 17 % en milieu rural. De même, on constate un écart entre Bujumbura-Mairie, la région du Nord où respectivement 30 % et 27 % des femmes en union utilisent une méthode moderne et les autres régions, où la prévalence de la contraception moderne varie entre 10 % et 16 %.

En outre, les résultats mettent en évidence une utilisation de la contraception moderne beaucoup plus fréquente parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (34 %) que parmi celles ayant un niveau primaire (20 %) ou sans instruction (14 %). D'autre part, il semble que le nombre d'enfants influence le recours à la contraception, la prévalence moderne augmentant avec le nombre d'enfants passant de 0 % parmi celles n'ayant aucun enfant à 18 % parmi celles en ayant 1 ou 2 et à un maximum de 22 % parmi celles ayant 3 ou 4 enfants.

Tableau 5 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne						Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injec-tables	Implants	Autre moderne	Une méthode traditionnelle	Rythme, continence périodique	Retrait				
Groupe d'âges															
15-19	10,1	8,1	0,0	0,8	1,6	5,7	0,0	0,0	2,1	0,0	2,1	89,9	100	201	
20-24	22,3	17,8	0,0	2,1	2,0	12,3	0,8	0,6	4,6	1,0	3,6	77,7	100	1 106	
25-29	25,4	21,5	0,1	2,9	4,0	13,0	0,4	1,1	3,8	1,1	2,7	74,6	100	1 266	
30-34	24,6	20,3	0,5	3,6	3,9	11,0	0,6	0,9	4,3	1,9	2,4	75,4	100	895	
35-39	22,5	18,7	0,9	2,7	1,7	10,5	1,1	1,8	3,9	2,6	1,2	77,5	100	888	
40-44	19,5	14,3	2,2	1,3	3,1	5,8	0,3	1,6	5,3	3,7	1,6	80,5	100	565	
45-49	13,3	9,6	1,1	1,6	1,1	5,3	0,1	0,4	3,7	3,0	0,8	86,7	100	500	
Milieu de résidence															
Urbain	35,4	28,8	1,5	2,9	4,8	14,5	2,7	2,3	6,6	3,3	3,3	64,6	100	460	
Rural	20,6	16,7	0,5	2,4	2,5	10,0	0,4	0,9	3,9	1,7	2,2	79,4	100	4 961	
Région															
Bujumbura-Mairie	37,3	30,1	1,8	2,3	6,7	13,1	3,6	2,6	7,1	3,9	3,3	62,7	100	294	
Nord	30,6	26,6	0,8	2,7	5,8	15,8	0,6	0,9	3,9	1,8	2,2	69,4	100	1 626	
Centre-Est	19,3	15,8	0,2	3,2	0,8	10,8	0,2	0,6	3,5	2,0	1,5	80,7	100	1 398	
Ouest	15,2	11,1	0,4	1,9	1,7	5,5	0,3	1,3	4,2	1,3	2,9	84,8	100	993	
Sud	14,2	9,8	0,5	1,7	0,5	5,6	0,5	1,0	4,4	1,8	2,6	85,8	100	1 111	
Niveau d'instruction															
Sans instruction	17,5	14,4	0,5	2,1	1,9	9,0	0,2	0,7	3,1	1,4	1,7	82,5	100	2 932	
Primaire	24,7	19,7	0,6	2,7	3,5	11,0	0,8	1,0	5,0	1,9	3,2	75,3	100	2 145	
Secondaire/ Supérieur	41,1	33,7	1,3	3,3	5,1	18,0	2,5	3,5	7,4	5,8	1,5	58,9	100	344	
Enfants vivants															
0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	99,9	100	368	
1-2	22,5	17,9	0,1	2,5	2,7	11,2	0,4	0,9	4,5	1,2	3,4	77,5	100	1 832	
3-4	26,7	22,0	0,9	3,2	3,5	12,8	0,7	1,0	4,7	2,3	2,4	73,3	100	1 625	
5+	21,2	17,2	1,0	2,1	2,6	9,3	0,7	1,4	4,0	2,5	1,5	78,8	100	1 596	
Ensemble	21,9	17,7	0,6	2,4	2,7	10,4	0,6	1,0	4,1	1,9	2,3	78,1	100	5 421	

Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

3.6 Mortalité des enfants

Les taux de mortalité des enfants constituent l'un des indicateurs de base les plus importants pour évaluer le niveau socioéconomique d'un pays et la qualité de vie. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile est l'un des principaux objectifs de l'EDSB-II, 2010. Les informations sur la mortalité des enfants ont été obtenues directement à partir de l'historique des naissances du questionnaire Femme. Les indicateurs suivants ont été calculés :

Quotient de mortalité néonatale (NN) :	mesure à la naissance la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier mois;
Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) :	mesure chez les enfants âgés d'un mois exact la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact;
Quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) :	mesure à la naissance la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire;
Quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) :	mesure chez les enfants âgés d'un an exact la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire et
Quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) :	mesure à la naissance la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire

Chacun de ces quotients est calculé pour 1 000 naissances vivantes. En outre, chacun de ces quotients a été calculé par période quinquennale ayant précédé l'enquête.

Le tableau 6 présente les différents quotients de mortalité pour trois périodes de cinq ans ayant précédé l'enquête. Ces périodes correspondent approximativement à 2006-2010, 2001-2005 et 1996-2000. Pour la période la plus récente avant l'enquête, le taux de mortalité infantile a été estimé à 59 décès pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile à 96 décès pour 1 000 naissances vivantes. En d'autres termes, environ un enfant sur 17 décède avant d'atteindre son premier anniversaire et environ un sur dix décède avant d'atteindre son cinquième anniversaire. Ces estimations montrent qu'environ 60 % des décès d'enfants surviennent au cours de la première année. Au cours de la même période, le quotient de mortalité néonatale est estimé à 31 pour mille naissances vivantes et le quotient de mortalité post-néonatale à 28 pour mille naissances vivantes.

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale ¹	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4	31	28	59	40	96
5-9	44	59	104	71	167
10-14	50	65	115	101	204

¹ Calculé par différence entre les quotients de mortalité infantile et néonatale

3.7 Consultations prénatales et assistance à l'accouchement

Des soins adéquats durant la grossesse et au cours de l'accouchement sont importants pour la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'enquête, un certain nombre de questions ont été posées aux femmes qui avaient eu une naissance dans les 5 années ayant précédé l'enquête. Ces questions portaient sur les consultations prénatales et sur la santé des enfants. Concernant la dernière naissance des cinq dernières années, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en visites prénatales durant la grossesse, qui elles avaient consulté, et si elles avaient reçu les doses nécessaires de vaccin antitétanique.

Pour toutes les naissances s'étant produites dans la même période, on a demandé aux mères qui les avaient assistées au cours de l'accouchement et où elles avaient accouché.

Dans l'ensemble, pratiquement toutes les femmes (99 %) ont consulté un professionnel de la santé pour des soins prénatals pour la naissance la plus récente qui s'est produite au cours des 5 années qui ont précédé l'enquête. En outre, quelle que soit la caractéristique sociodémographique de la mère, cette proportion est élevée et on ne note pas de variations importantes.

La vaccination antitétanique est effectuée durant la grossesse pour prévenir le tétanos néonatal, une cause importante de décès parmi les enfants. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit avoir reçu au moins deux doses au cours de la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Les résultats présentés au tableau 7 montrent que la couverture antitétanique n'est pas généralisée parmi les femmes enceintes au Burundi. Cependant, la proportion de mères qui ont reçu la protection contre le tétanos quand elles étaient enceintes de la naissance la plus récente est de 78 % en 2010. On note des différences importantes en fonction de l'âge : seulement 63 % des femmes enceintes de moins de 20 ans ont été vaccinées contre 77 % à 20-34 ans et 83 % à 35 ans ou plus. En outre, les nouveau-nés dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (81 %) ou un niveau primaire (80 %) sont un peu plus fréquemment protégés du tétanos néonatal que ceux dont la mère n'a aucune instruction (76 %). Les résultats selon les régions montrent que, dans Bujumbura-Mairie et le Centre-Est, la couverture vaccinale antitétanique est plus élevée (respectivement 81 % et 80 %) que dans les autres régions (72-78 %).

Pour toutes les naissances qui sont survenues au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, on a demandé aux mères où s'était déroulé l'accouchement et qui les avait assistées. La proportion de naissances dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé est 60 % en 2010 (tableau 7). Ce sont les mères les plus jeunes (moins de 20 ans) qui ont le plus fréquemment accouché avec l'assistance d'un professionnel de la santé (71 %). En outre, les résultats montrent qu'en milieu rural, les femmes accouchent moins fréquemment en présence d'un professionnel de la santé qu'en milieu urbain : 58 % contre 88 %. Cela explique les écarts géographiques observés entre Bujumbura-Mairie et les autres régions (90 % contre 55 % à 66 % dans les autres régions). De plus, les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (91 %) ont été plus fréquemment assistées par un professionnel de la santé que celles qui n'ont qu'un niveau primaire (66 %) ou aucune instruction (52 %). En ce qui concerne le lieu d'accouchement, on constate que 60 % des naissances se sont déroulées dans un établissement de santé. Les variations sont identiques à celles observées pour l'assistance à l'accouchement.

Tableau 7 Consultations prénatales et accouchement

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont reçu des consultations prénatales dispensés par un professionnel de la santé au cours de la dernière grossesse et dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal; et, pour toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé et pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé ¹	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégé contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	97,7	62,9	398	70,5	70,2	703
20-34	99,2	77,3	3 491	61,0	60,2	5 792
35+	98,4	83,4	1 173	52,5	51,6	1 486
Milieu de résidence						
Urbain	99,0	79,0	440	87,9	86,3	658
Rural	98,9	77,5	4 623	57,8	57,0	7 323
Région						
Bujumbura-Mairie	98,5	81,0	268	90,1	88,1	401
Nord	99,2	77,7	1 594	55,2	55,0	2 397
Centre-Est	98,8	80,0	1 300	54,8	54,2	1 987
Ouest	98,7	72,4	924	65,9	65,5	1 577
Sud	98,6	78,3	977	61,6	59,5	1 620
Niveau d'instruction						
Sans instruction	98,5	75,6	2 666	51,8	51,3	4 179
Primaire	99,4	79,7	2 063	66,3	65,2	3 312
Secondaire/Supérieur	98,2	81,0	333	91,2	90,3	490
Ensemble	98,9	77,6	5 063	60,3	59,5	7 981

¹ Les médecins, les infirmières ou les sages-femmes sont considérés ici comme des prestataires formés

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

3.8 Vaccination des enfants

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a mis en place depuis plusieurs années un Programme Élargi de Vaccination (PEV). Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, mises en œuvre par le PEV, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, 3 doses de DTC0q (pour prévenir la diphtérie, la coqueluche et le tétanos) ou 3 doses de Pentavalent (pour prévenir la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, et l'Influenza *Haemophilus*), 3 doses de vaccin contre la polio et une dose de vaccin contre la rougeole. Ces vaccins doivent être administrés au cours de la première année de vie.

Tableau 8 Vaccination selon les caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu certains vaccins à un moment quelconque avant l'enquête (selon un carnet de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant un carnet de vaccination montré à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq/Pentavalent			Polio ¹				Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	0	1	2	3					
Sexe													
Masculin	99,1	98,8	97,5	95,5	89,5	98,1	97,0	87,4	94,9	83,6	0,8	61,1	769
Féminin	98,8	99,2	98,4	95,2	90,7	99,1	97,7	87,4	93,7	82,4	0,4	62,7	782
Milieu de résidence													
Urbain	99,9	98,6	94,6	91,1	96,3	96,9	94,2	88,6	94,7	84,0	0,0	52,2	140
Rural	98,8	99,1	98,3	95,8	89,5	98,8	97,7	87,3	94,3	82,9	0,7	62,9	1 411
Région													
Bujumbura-Mairie	100,0	99,3	93,2	91,6	97,6	96,6	94,0	89,3	93,7	84,7	0,0	54,7	85
Nord	98,4	99,1	98,7	95,5	76,7	99,5	98,3	91,8	93,3	86,4	0,5	69,6	452
Centre-Est	98,3	98,4	96,2	94,1	93,3	96,9	95,5	81,3	93,4	77,1	1,3	61,3	399
Ouest	99,7	99,4	99,4	96,6	97,2	99,1	98,0	88,2	95,8	83,5	0,3	46,0	297
Sud	99,5	99,5	99,1	96,7	96,5	99,5	98,5	87,6	95,6	84,5	0,3	68,6	318
Niveau d'instruction													
Sans instruction	99,3	99,0	97,3	95,3	88,6	98,4	96,8	87,0	93,6	81,9	0,5	62,1	805
Primaire	98,4	99,0	99,0	95,8	91,6	99,0	98,1	88,0	94,6	84,4	0,8	62,8	647
Secondaire/Supérieur	100,0	100,0	96,7	92,8	92,5	97,4	97,4	86,3	98,3	82,0	0,0	54,9	100
Ensemble	98,9	99,0	98,0	95,4	90,1	98,6	97,3	87,4	94,3	83,0	0,6	61,9	1 552

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (soit DTCoq, soit Pentavalent) et les trois doses de polio (non compris la dose de polio 0 donnée à la naissance)

Au cours de l'EDSB-II, 2010, les données sur la couverture vaccinale ont été obtenues de deux manières : soit recopiées à partir des carnets de vaccination (qui indique la couverture vaccinale ainsi que les dates d'administration de chaque vaccin), soit déclarées par la mère quand le carnet n'était pas disponible. Les résultats présentés ici concernent seulement les enfants de 12-23 mois qui doivent tous avoir reçu les vaccins du PEV. Le tableau 8 montre que dans 62 % des cas, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice.

Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, 83 % des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés. Seulement moins de 1 % de ces enfants n'ont reçu aucun vaccin et 16 % ne sont donc que partiellement vaccinés. Selon le type de vaccin, les résultats montrent que pratiquement tous les enfants (99 %) ont reçu le BCG, la première dose de DTCoq ou de Pentavalent et la première dose du vaccin contre la polio (polio 1). La couverture vaccinale diminue progressivement avec le nombre de doses : 95 % des enfants ont reçu les 3 doses recommandées de DTCoq et 87 % les 3 doses de polio. Le taux de déperdition pour le DTCoq est de 4 % et de 11 % pour la polio. Le taux de déperdition correspond à la proportion d'enfants qui reçoivent la première dose du vaccin mais qui ne reçoivent pas la troisième. La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole est de 94 %. Le taux de couverture est quasiment identique en milieu urbain et rural. C'est dans la région du Centre-Est que la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés par le PEV est la plus faible (77 %).

En définitive, le niveau de couverture vaccinale est élevé au Burundi, oscillant entre 84 % et 86 % aussi bien pour Bujumbura-Mairie et les autres régions.

3.9 Traitement des maladies des enfants

Les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et la déshydratation causée par des diarrhées sévères sont les causes de mortalité infantile les plus importantes dans la plupart des pays en développement. Des soins médicaux rapides dès la survenue des symptômes de ces maladies sont cruciaux pour réduire le nombre de décès d'enfants. Pour obtenir des informations sur la manière dont la maladie a été traitée, on a d'abord demandé aux mères (pour chaque enfant de moins de 5 ans) si, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de toux accompagnée d'une respiration courte et rapide (symptômes des IRA), de fièvre et de diarrhée.

Tableau 9 Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivie une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	Enfants ayant des symptômes d'IRA		Enfants ayant la fièvre		Enfants ayant la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/prestataire de santé	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/prestataire de santé	Effectif avec fièvre	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/prestataire de santé	Pourcentage à qui on a donné des sachets de SRO	Pourcentage traité avec une TRO	Effectif avec diarrhée
Âge en mois								
<6	59,0	118	66,5	189	47,8	19,2	19,2	95
6-11	67,2	180	71,5	304	63,0	40,5	42,3	366
12-23	57,9	322	65,3	563	65,4	44,8	48,3	626
24-35	58,0	225	60,6	478	52,5	37,0	39,1	385
36-47	42,2	243	55,3	413	46,8	26,8	30,9	232
48-59	44,7	156	55,5	289	45,7	32,5	37,9	150
Sexe								
Masculin	55,9	595	62,1	1 150	57,8	37,2	39,8	939
Féminin	53,6	648	62,1	1 086	57,0	38,3	41,6	916
Milieu de résidence								
Urbain	60,0	85	66,4	144	53,4	32,8	34,1	132
Rural	54,3	1 158	61,8	2 092	57,7	38,1	41,2	1 722
Région								
Bujumbura-Mairie	60,9	57	63,6	85	53,7	32,0	33,5	75
Nord	60,4	462	68,0	845	58,2	37,4	41,8	662
Centre-Est	49,8	310	57,8	505	56,5	39,7	40,8	427
Ouest	54,9	191	58,4	411	59,0	37,5	41,2	382
Sud	47,6	223	58,6	390	56,0	37,6	39,4	309
Niveau d'instruction								
Sans instruction	52,1	677	60,1	1 182	56,9	36,7	38,8	962
Primaire	56,5	521	63,6	940	58,3	39,3	43,5	799
Secondaire/Supérieur	71,7	45	70,6	115	55,0	35,9	36,5	94
Ensemble	54,7	1 243	62,1	2 236	57,4	37,8	40,7	1 855

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO préconditionnés

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO préconditionnés et les solutions maison recommandées.

Parmi tous les enfants de moins de 5 ans, 17 % ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide (symptômes d'IRA), 30 % ont présenté des symptômes de fièvre et 25 % ont eu de la diarrhée (données non présentées) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Le tableau 9 montre qu'un traitement auprès d'un prestataire de santé a été recherché pour un peu plus de la moitié des enfants ayant souffert d'IRA (55 %). Les enfants de 36-47 mois et 48-59 mois (respectivement 42 % et 45 %), ceux du milieu rural (54 %), ceux des régions Sud et Centre-Est (respectivement 48 % et 50 %) et ceux dont la mère n'a pas d'instruction (52 %), sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché un traitement quand ils étaient malades. Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, 62 % ont bénéficié d'un traitement par un prestataire de santé. Les variations selon les caractéristiques sociodémographiques sont semblables à celles observées pour la recherche de traitement dans le cas d'IRA. En outre, parmi les enfants ayant souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête, un traitement auprès d'un prestataire de santé a été recherché dans 57 % des cas. Seulement 38 % ont reçu une solution préparée à partir de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) et deux enfants sur cinq (41 %) ont été traités avec une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO : les liquides SRO préconditionnés et les solutions recommandées préparées à domicile).

3.10 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier aliment et constitue la source principale de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida pendant

les six premiers mois de la vie parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile et non-contaminé, permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'OMS et le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida recommandent qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation des enfants.

Le tableau 10 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 35 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Au Burundi, l'allaitement est pratiquement universel et se prolonge jusqu'à des âges relativement tardifs. En effet, les résultats montrent que 99 % des enfants de moins de six mois sont allaités, et que, de plus, 98 % le sont encore à 9-11 mois. De plus, l'allaitement exclusif est une pratique fréquente puisqu'elle concerne 69 % des enfants de 0-5 mois. Par ailleurs, l'introduction d'autres liquides ou suppléments intervient à un âge très précoce. En effet, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, 8 % reçoivent, en plus du sein, de l'eau, 9 % reçoivent d'autres liquides ou jus et 1 % des suppléments solides ou semi-solides. Par contre, parmi les enfants de 6-9 mois, 74 % reçoivent des aliments de complément. On constate donc que les pratiques alimentaires des enfants de ce groupe d'âges sont conformes aux recommandations internationales, à l'opposé de celles des enfants les plus jeunes qui reçoivent trop tôt d'autres aliments que le lait maternel.

Les résultats montrent aussi que le pourcentage d'enfants nourris au biberon est faible. Seulement 2% des enfants de moins de 6 mois sont nourris de cette manière.

Tableau 10 Allaitement selon l'âge

Parmi les plus jeunes enfants de moins de deux ans vivant avec leur mère, répartition (en %) selon qu'ils sont allaités ou non et pourcentage qui sont actuellement allaités; et, parmi les enfants de moins de trois ans, pourcentage nourris au biberon, selon l'âge en mois, Burundi 2010

Âge en mois	Allaitement et alimentation:							Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des plus jeunes enfants de moins de 2 ans	Pourcentage nourri au biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaité	Exclusivement allaité	Eau seulement	Liquides autres que le lait, jus	Autre lait	Aliments de complément						
0-1	0,1	82,3	7,5	8,8	0,0	1,2	100	99,9	188	0,6	189	
2-3	1,0	77,9	14,2	5,4	0,6	0,8	100	99,0	243	2,7	243	
4-5	2,2	53,4	27,5	5,8	1,9	9,2	100	97,8	285	2,2	288	
6-8	1,3	8,1	9,7	9,5	1,8	69,7	100	98,7	384	5,0	388	
9-11	2,4	1,5	1,0	1,0	0,1	94,0	100	97,6	378	5,1	383	
12-17	5,5	0,3	0,7	0,3	0,0	93,3	100	94,5	777	2,6	795	
18-23	17,2	0,0	0,3	0,2	0,0	82,4	100	82,8	704	3,3	757	
0-3	0,6	79,8	11,3	6,9	0,4	1,0	100	99,4	431	1,7	432	
0-5	1,3	69,3	17,7	6,5	1,0	4,3	100	98,7	717	1,9	720	
6-9	1,7	6,8	8,0	8,0	1,4	74,0	100	98,3	498	5,1	503	
12-15	5,7	0,3	0,6	0,4	0,0	93,0	100	94,3	515	2,5	522	
12-23	11,1	0,1	0,5	0,2	0,0	88,1	100	88,9	1 481	2,9	1 552	
20-23	20,9	0,0	0,2	0,0	0,0	78,9	100	79,1	469	2,8	511	

Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

3.11 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité, de mortalité et de retard dans leur développement mental. L'anthropométrie fournit les indicateurs les plus importants pour l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants. Les mesures du poids et de la taille ont été prises pour les enfants nés au cours des cinq années avant l'EDSB-II, 2010. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille), et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de

la croissance de l'enfant (WHO multicenter Growth Reference Study Group, 2006). Les enfants qui se situent à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme atteints de malnutrition tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme atteints de malnutrition sous la forme sévère.

Le tableau 11 présente les résultats concernant l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 11 État nutritionnel des enfants							
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010							
Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants ³
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ¹	
Age en mois							
<6	10,1	26,5	2,5	6,1	4,0	16,8	344
6-8	12,9	32,7	2,8	10,2	8,8	25,6	188
9-11	15,9	45,4	3,8	11,1	7,4	30,9	185
12-17	25,7	58,7	2,2	10,7	9,4	34,9	381
18-23	32,0	63,4	2,2	8,5	9,6	32,1	380
24-35	35,7	66,0	1,0	4,7	8,0	28,3	735
36-47	30,6	65,4	0,1	2,6	7,6	27,1	702
48-59	27,6	63,3	0,4	3,4	7,5	32,0	675
Sexe							
Masculin	32,1	62,1	1,3	6,2	9,0	31,5	1 837
Féminin	21,8	53,1	1,4	5,5	6,4	25,9	1 753
Milieu de résidence							
Urbain	16,2	37,8	1,6	4,8	5,8	18,0	301
Rural	28,0	59,5	1,3	5,9	7,9	29,7	3 290
Région							
Bujumbura-Mairie	8,9	27,6	2,4	6,1	4,8	15,2	176
Nord	29,3	62,1	0,6	5,5	8,4	32,1	1 106
Centre-Est	27,9	61,5	1,1	5,4	8,7	33,1	904
Ouest	28,7	55,1	2,4	6,2	6,7	25,1	667
Sud	25,5	56,0	1,5	6,4	7,3	25,0	737
Niveau d'instruction²							
Sans instruction	29,2	61,1	1,0	6,2	9,2	31,7	1 836
Primaire	26,3	57,6	1,7	5,4	6,4	27,2	1 419
Secondaire/Supérieur	10,1	30,6	2,3	6,0	2,5	12,5	233
Manquant	36,4	61,0	0,0	5,9	12,1	34,7	102
Interview de la mère							
Mère enquêtée	26,7	57,7	1,4	5,8	7,5	28,6	3 433
Mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	34,4	51,1	0,2	7,0	12,5	28,8	55
Mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage	36,4	61,0	0,0	5,9	12,1	34,7	102
Ensemble	27,1	57,7	1,4	5,8	7,8	28,8	3 590

Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables. Les enfants de moins de 2 ans et de moins de 85 cm sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout

¹ Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

² Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous de moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un *retard de croissance*. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition *chronique*, et reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises comme le paludisme. Pratiquement

trois enfants sur cinq souffrent de malnutrition chronique (58 %), dont la moitié (27 %) sous sa forme sévère. Les niveaux du retard de croissance augmentent rapidement avec l'âge et se stabilisent autour de 63-66 % parmi les enfants de 18-59 mois. Les résultats selon la région montrent que c'est dans le Nord et le Centre-Est que le niveau du retard de croissance est le plus élevé parmi les enfants (62 % dans les deux cas).

Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont atteints *d'émaciation ou de maigreur*. Cette forme de malnutrition *aiguë* est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ; elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 6 % des enfants sont émaciés, dont un sur six (1 %) sous la forme sévère. C'est parmi les enfants de 6-17 mois que le niveau de l'émaciation est le plus élevé. Ce groupe d'âges correspond à la période au cours de laquelle s'observe une augmentation du sevrage et une plus grande exposition de l'enfant aux maladies causées par l'introduction dans l'alimentation de nouveaux aliments non-hygiéniques, par l'exploration de l'environnement immédiat etc. On ne note pas de variations importantes selon les régions, le milieu de résidence, et le sexe.

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous de moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence présentent une *insuffisance pondérale*. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, *chronique et aiguë*. Vingt-neuf pour cent des enfants burundais présentent une insuffisance pondérale : dans 8 % des cas, il s'agit d'insuffisance pondérale sévère.

Les résultats montrent l'influence du niveau d'instruction de la mère sur l'état nutritionnel des enfants. En effet, 61 % des enfants dont la mère n'a aucune instruction accusent un retard de croissance. Quand la mère a un niveau primaire, la proportion est de 58 % et quand elle a un niveau secondaire ou supérieur, la proportion est de 31 %. On constate le même type de variation en ce qui concerne l'insuffisance pondérale. Par contre, en ce qui concerne l'émaciation, les variations sont beaucoup plus faibles et il n'y a pas d'écart entre les enfants dont la mère n'a aucune instruction et ceux dont elle a un niveau primaire (5 %) et secondaire ou supérieur (6 %). Notons aussi que le niveau de l'insuffisance pondérale est plus élevé chez les garçons que chez les filles (32 % contre 26 %), en milieu rural qu'en milieu urbain (30 % contre 18 %). Les résultats selon la région montrent que ce sont les enfants de Bujumbura-Mairie qui présentent le moins fréquemment une insuffisance pondérale (15 % contre un maximum de 33 % dans le Centre-Est).

3.12 Prévalence de l'anémie

L'anémie est une maladie caractérisée par une diminution du nombre des globules rouges et de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'hémoglobine est nécessaire pour le transport de l'oxygène des poumons aux autres tissus et organes du corps. L'anémie est principalement due à une carence en fer, un élément essentiel pour le renouvellement des globules rouges. Cependant, dans les zones où les infections parasitaires sont endémiques, le paludisme et d'autres parasitoses peuvent être responsables de la prévalence élevée de l'anémie.

Les conséquences de l'anémie, en particulier sur la santé des enfants et des mères, sont nombreuses. Chez les enfants, elle peut accroître le risque de retard dans le développement mental et dans la coordination, elle peut freiner l'apprentissage scolaire et réduire l'activité physique. Chez les femmes, l'anémie a pour conséquence de diminuer la résistance, de fatiguer et, particulièrement chez les femmes enceintes, elle accroît le risque de décès maternel et fœtal et d'insuffisance pondérale de l'enfant. En outre, le risque de décéder est plus élevé pour un enfant dont la mère est anémiée que pour les autres.

Le test d'anémie a été inclus dans l'EDSB-II, 2010 pour estimer la prévalence de l'anémie dans le pays. Dans la moitié des ménages sélectionnés, le test d'anémie a été effectué sur toutes les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans qui ont consenti volontairement à participer à ce

test. Tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été aussi testés à condition qu'un parent ou un adulte responsable ait donné l'autorisation. Le test a été effectué en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette), et les résultats ont été communiqués aux personnes ayant effectué le test immédiatement après.

Le tableau 12 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie parmi les femmes et les enfants.

Tableau 12 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes					
Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010					
Caractéristique sociodémographique	Anémie	Niveau d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	39,7	21,5	17,8	0,4	268
Rural	45,0	23,2	20,8	1,0	2 973
Région					
Bujumbura-Mairie	39,0	21,3	17,0	0,8	152
Nord	44,9	20,9	23,0	1,0	993
Centre-Est	44,0	23,7	19,5	0,7	818
Ouest	50,5	26,6	23,3	0,6	607
Sud	40,4	22,7	16,3	1,5	671
Ensemble	44,5	23,1	20,5	1,0	3 241
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	16,1	12,4	3,1	0,6	472
Rural	18,8	15,3	3,2	0,3	4 076
Région					
Bujumbura-Mairie	15,9	11,7	3,5	0,7	316
Nord	19,9	16,0	3,6	0,3	1 353
Centre-Est	17,6	14,7	2,5	0,4	1 113
Ouest	22,6	17,7	4,6	0,3	769
Sud	15,1	12,9	2,1	0,1	996
Ensemble	18,5	15,0	3,2	0,3	4 548

Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl ; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl ; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Au niveau national, on constate que 45 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés. Dans 23 % des cas, les enfants souffrent d'anémie sous la forme légère (niveau d'hémoglobine compris entre 10,0 et 11,9 g/dl). Dans 21 % des cas, les enfants sont atteints d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine compris entre 7,0-9,9 g/dl) et 1 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine inférieur à 7,0 g/dl).

Globalement, on constate un écart de prévalence important entre les enfants du milieu urbain et du milieu rural. Les résultats montrent également que c'est dans la région Ouest que la prévalence de l'anémie est la plus élevée (51 %) et à Bujumbura-Mairie qu'elle est la plus faible (39 %).

Les femmes sont moins affectées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, on constate que 19 % d'entre elles sont anémiées. Dans 15 % des cas, les femmes souffrent d'anémie légère, dans 3 % des cas, l'anémie est modérée et moins de 1 % des femmes sont sévèrement

anémiques. Comme chez les enfants, on constate un écart entre les milieux de résidence. En outre et de manière identique à ce qui a été constaté chez les enfants, on constate que la prévalence est plus élevée parmi les femmes de l'Ouest (23 %).

3.13 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDSB-II, 2010 ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée (imprégnée d'insecticide : MII) ou non et de ceux n'en disposant pas du tout.

Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDSB-II, 2010, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

En premier lieu, on constate au tableau 13 que plus d'un ménage burundais sur deux possède, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (53 %). En ce qui concerne les MII, les résultats montrent que 52 % des ménages en possèdent, au moins, une. Ces proportions sont plus élevées en milieu urbain (68 %) que rural (50 %).

Les proportions d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire ou sous une MII sont respectivement de 46 % et de 45 %. Ces proportions sont plus élevées en milieu urbain que rural. La proportion d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 75 %. C'est aussi en milieu urbain que l'on constate les proportions les plus élevées (83 % contre 75 % en milieu rural).

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, la moitié s'est protégée contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire imprégnée ou non (50 %) ; la proportion de celles qui ont dormi sous une MII est de 50 %. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête s'établit à 82 %. Ces proportions sont plus élevées en urbain (84 %) qu'en rural (81 %).

La proportion de ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois est très faible (moins de 1 %). La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois est de 45 %. En ce qui concerne les femmes enceintes, cette proportion est de 50 %.

Pour seulement 1 % des naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, les mères ont pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. De même, la proportion de femmes ayant suivi un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale est très faible (moins de 1 %).

Parmi des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, 17 % ont pris un antipaludique quelconque. En outre, on constate que la combinaison à base d'artémisinine (CAT) a été l'antipaludique le plus fréquemment pris pour traiter la fièvre (12 %). De plus, 13% ont pris un antipaludique quelconque le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. Concernant la combinaison à base d'artémisinine, cette proportion est de 9 %. La proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque de manière précoce est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (13 % contre 7 %).

Tableau 13 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, Burundi 2010

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence				Pourcentage	Effectif
	Urbain		Rural			
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non).	70,3	779	50,8	7 817	52,6	8 596
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹	67,7	779	50,4	7 817	52,0	8 596
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), la nuit ayant précédé l'enquête	64,9	634	44,0	6 878	45,8	7 512
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête	62,8	634	43,6	6 878	45,2	7 512
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête	82,9	480	74,5	4 028	75,4	4 508
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), la nuit ayant précédé l'enquête	66,4	88	48,2	874	49,9	962
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	65,4	88	48,1	874	49,7	962
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	83,8	69	81,4	516	81,7	585
Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide résiduel (PID)						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	1,2	779	0,3	7 817	0,3	8 596
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	63,0	634	43,8	6 878	45,4	7 512
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	65,4	88	48,1	874	49,7	962
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludiques à titre préventif au cours de la grossesse.	1,2	274	1,4	2 837	1,4	3 111
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	0,1	274	0,1	2 837	0,1	3 111
Traitement de la fièvre						
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	23,7	650	30,8	6 767	30,1	7 418
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris:						
Un antipaludique quelconque	12,2	154	17,6	2 082	17,2	2 236
SP/Fansidar	1,2	154	0,7	2 082	0,7	2 236
Quinine	5,9	154	4,5	2 082	4,6	2 236
Combinaison avec artémisinine	5,2	154	12,4	2 082	12,0	2 236
Autre antipaludique	0,0	154	0,3	2 082	0,3	2 236
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre						
Un antipaludique quelconque	6,9	154	13,4	2 082	13,0	2 236
SP/Fansidar	0,5	154	0,4	2 082	0,4	2 236
Quinine	3,6	154	3,3	2 082	3,3	2 236
Combinaison avec artémisinine	2,1	154	9,4	2 082	8,9	2 236
Autre antipaludique	0,7	154	0,4	2 082	0,4	2 236

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit (1) une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne nécessite aucun traitement, soit (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit (3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois

² Le Traitement Préventif Intermittent au cours de la grossesse (TPI) est un traitement préventif contre le paludisme qui consiste à administrer aux femmes enceintes au moins deux doses de SP/Fansidar dont au moins une dose a été donnée au cours d'une visite prénatale

3.14 Connaissance du VIH/sida

Le VIH/sida est devenue l'une des principales causes de la mortalité au Burundi. Un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection par le VIH est une connaissance précise de son existence et de ses modes de transmission.

Pratiquement tous les enquêtés ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida (tableau 14). Le niveau de connaissance varie très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Nombre de femme	A entendu parler du sida	Nombre d'homme
Groupe d'âges				
15-24	99,5	4 191	99,6	1 664
15-19	99,2	2 359	99,5	932
20-24	99,9	1 832	99,8	732
25-29	100,0	1 608	100,0	584
30-39	100,0	2 131	100,0	831
40-49	99,9	1 459	99,5	680
État matrimonial				
Célibataire	99,4	3 121	99,7	1 652
A eu des rapports sexuels	100,0	378	100,0	422
N'a jamais eu de rapports sexuels	99,3	2 742	99,6	1 230
Marié ou vivant ensemble	100,0	5 421	99,8	2 057
Divorcé/séparé/veuf	99,9	847	100,0	51
Milieu de résidence				
Urbain	100,0	1 002	100,0	578
Rural	99,7	8 387	99,7	3 181
Région				
Bujumbura-Mairie	100,0	683	100,0	430
Nord	99,8	2 700	99,1	1 078
Centre-Est	99,6	2 374	99,9	816
Ouest	99,9	1 586	100,0	637
Sud	99,7	2 046	100,0	798
Niveau d'instruction				
Sans instruction	99,7	4 211	99,4	1 066
Primaire	99,8	4 042	99,8	1 891
Secondaire/Supérieur	100,0	1 136	100,0	803
Effectif 15-49 ans	99,8	9 389	99,7	3 760
Hommes 50-59 ans	na	na	99,7	520
Ensemble 15-59	na	na	99,7	4 280

na = non applicable

3.15 Connaissance des moyens de prévention du VIH

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger du VIH. La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Les résultats montrent que 86 % des femmes et 90 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré que l'utilisation du condom réduisait les risques de contracter le VIH (tableau 15). Dans une proportion plus importante, les femmes et les hommes considèrent qu'on peut réduire les risques d'infection au VIH en restant fidèle à un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autre partenaire (respectivement 88 % et 92 %). Globalement, 79 % des femmes et 84 % des hommes connaissent ces deux moyens de prévention du VIH.

Tableau 15 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage des femmes qui disent qu'on peut prévenir le VIH par				Pourcentage des hommes qui disent qu'on peut prévenir le VIH par			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire	Nombre de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire	Nombre d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	83,6	85,5	75,5	4 191	89,9	88,2	80,8	1 664
15-19	80,1	81,9	70,4	2 359	88,8	86,5	78,0	932
20-24	88,0	90,2	82,0	1 832	91,3	90,4	84,4	732
25-29	89,5	90,4	82,9	1 608	92,3	95,0	88,0	584
30-39	88,5	91,1	82,7	2 131	90,0	96,1	87,2	831
40-49	86,8	87,7	78,2	1 459	89,1	95,4	85,8	680
État matrimonial								
Célibataire	80,5	83,1	71,5	3 121	90,3	88,1	81,1	1 652
A eu des rapports sexuels	88,0	89,4	80,1	378	95,5	91,5	88,3	422
N'a jamais eu de rapports sexuels	79,4	82,3	70,3	2 742	88,5	87,0	78,7	1 230
Marié ou vivant ensemble	89,5	90,9	83,2	5 421	90,0	95,8	86,9	2 057
Divorcé/séparé/veuf	85,9	87,0	77,7	847	90,3	87,8	78,0	51
Milieu de résidence								
Urbain	92,1	93,2	87,1	1 002	89,0	91,7	82,8	578
Rural	85,5	87,3	77,8	8 387	90,4	92,4	84,5	3 181
Région								
Bujumbura-Mairie	92,2	93,6	87,5	683	89,9	92,4	84,1	430
Nord	88,0	86,7	78,2	2 700	93,0	95,4	89,9	1 078
Centre-Est	81,8	84,6	74,2	2 374	90,4	95,6	87,4	816
Ouest	87,6	89,8	81,3	1 586	85,3	92,4	80,1	637
Sud	85,8	90,2	80,0	2 046	90,1	84,8	76,8	798
Niveau d'instruction								
Sans instruction	84,8	87,2	77,0	4 211	87,6	94,9	84,7	1 066
Primaire	85,7	87,4	78,3	4 042	89,9	91,0	82,7	1 891
Secondaire/Supérieur	93,0	92,7	87,3	1 136	94,2	92,1	87,2	803
Effectif 15-49 ans	86,2	88,0	78,8	9 389	90,1	92,3	84,2	3 760
Hommes 50-59 ans	na	na	na	0	88,9	94,6	85,4	520
Ensemble 15-59	na	na	na	0	90,0	92,6	84,4	4 280

na = non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux qui connaissent le moins fréquemment ces moyens de prévention, sont les jeunes de 15-19 ans, les célibataires qui n'ont pas eu de rapports sexuels, et ceux sans instruction ou qui ont un niveau primaire. En outre, il faut signaler un écart important entre les milieux urbain (87 %) et rural (78 %) chez la proportion des femmes qui ont déclaré connaître ces deux moyens de prévention.

3.16 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois

Moins de 1 % des femmes et seulement 3 % des hommes ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois (tableaux 16.1 et 16.2).

Tableau 16.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femmes						
Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels ; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010						
Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels	
	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Nombre de femmes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Nombre de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Nombre de femmes
Groupe d'âges						
15-24	0,2	4 191	*	10	1,1	1 689
15-19	0,2	2 359	*	5	1,2	383
20-24	0,3	1 832	*	5	1,1	1 307
25-29	0,4	1 608	*	7	1,2	1 448
30-39	0,3	2 131	*	7	1,3	2 071
40-49	0,1	1 459	*	1	1,4	1 436
État matrimonial						
Célibataire	0,1	3 121	*	4	1,3	377
Marié/vivant ensemble	0,2	5 421	*	12	1,2	5 420
Divorcé/séparé/veuf	1,1	847	*	9	1,7	847
Milieu de résidence						
Urbain	0,5	1 002	*	5	1,6	683
Rural	0,2	8 387	*	20	1,2	5 962
Région						
Bujumbura-Mairie	0,6	683	*	4	1,6	450
Nord	0,4	2 700	*	10	1,3	2 045
Centre-Est	0,2	2 374	*	4	1,2	1 655
Ouest	0,1	1 586	*	1	1,3	1 178
Sud	0,3	2 046	*	5	1,2	1 317
Niveau d'instruction						
Sans instruction	0,2	4 211	*	10	1,2	3 586
Primaire	0,3	4 042	*	12	1,3	2 553
Secondaire/Supérieur	0,3	1 136	*	3	1,3	506
Ensemble	0,3	9 389	(14,3)	25	1,3	6 644

* Basé sur 0-24 cas non pondérés.
 () Basé sur 25-50 cas non pondérés.
¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne

Tableau 16.2 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels ; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Burundi 2010

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels	
	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Nombre d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Nombre d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Nombre d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	1,1	1 664	(46,5)	19	1,8	546
15-19	0,8	932	*	7	1,6	162
20-24	1,6	732	*	12	1,9	384
25-29	3,5	584	*	21	1,7	510
30-39	4,6	831	(10,9)	38	2,3	797
40-49	5,8	680	(5,2)	39	2,2	668
État matrimonial						
Célibataire	1,3	1 652	(58,1)	22	2,2	419
Marié/vivant ensemble	4,5	2 057	2,8	94	2,0	2 051
Divorcé/séparé/veuf	2,0	51	*	1	2,8	51
Milieu de résidence						
Urbain	4,8	578	36,2	27	3,4	371
Rural	2,8	3 181	7,0	89	1,8	2 150
Région						
Bujumbura-Mairie	4,5	430	(42,1)	19	3,3	265
Nord	3,8	1 078	(8,6)	41	2,0	766
Centre-Est	2,2	816	(8,1)	18	1,8	558
Ouest	3,4	637	*	22	2,0	463
Sud	2,2	798	*	17	1,6	470
Niveau d'instruction						
Sans instruction	4,1	1 066	(0,8)	44	1,8	918
Primaire	2,9	1 891	10,3	54	2,0	1 219
Secondaire/Supérieur	2,3	803	(56,1)	18	2,8	384
Effectif 15-49 ans	3,1	3 760	13,9	117	2,0	2 521
Hommes 50-59 ans	3,4	520	*	18	2,6	518
Ensemble 15-59	3,1	4 280	14,2	135	2,1	3 039

* Basé sur 0-24 cas non pondérés.

() Basé sur 25-50 cas non pondérés.

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne

Ce sont les hommes de 25-49 ans (4 % à 6 %), ceux qui sont mariés ou en union (5 %), ceux qui n'ont aucune instruction (4 %), ceux du milieu urbain (5 %) qui ont eu le plus fréquemment au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois.

Bien qu'une forte proportion d'enquêtés aient déclaré que le condom est un moyen de réduire les risques de contracter le VIH, on constate que son utilisation reste encore limitée. En effet, parmi les femmes et les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec 2 partenaires ou plus, seulement 14 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels (tableaux 16.1 et 16.2).

MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Pérou (continu)	Avril	2005	(espagnol)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Ouganda (EIS)	Juin	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)
Malawi	Août	2005	(anglais)
Guinée	Août	2005	(français)
Lesotho	Octobre	2005	(anglais)
Égypte	Septembre	2005	(anglais)
Rwanda	Novembre	2005	(français)
Éthiopie	Novembre	2005	(anglais)
Moldavie	Novembre	2005	(anglais / roumain)
Vietnam (EIS)	Février	2006	(anglais / vietnamien)
Arménie	Mars	2006	(anglais)
Congo (Brazzaville)	Mars	2006	(français)
Côte d'Ivoire (EIS)	Juin	2006	(français)
Cambodge	Juillet	2006	(anglais)
Haïti	Juillet	2006	(français)
Zimbabwe	Août	2006	(anglais)
Niger	Août	2006	(français)
Niger (zones d'intervention)	Octobre	2006	(français)
Népal	Octobre	2006	(anglais)
Ouganda	Novembre	2006	(anglais)
Tanzanie (SPA)	Janvier	2007	(anglais)
Bénin	Mars	2007	(français)
Azerbaïdjan	Avril	2007	(anglais)
Mali	Avril	2007	(français)
Pakistan	Juin	2007	(anglais)
Swaziland	Juin	2007	(anglais)
Libéria	Juillet	2007	(anglais)
République Démocratique du Congo	Décembre	2007	(français)
Bangladesh	Décembre	2007	(anglais)
Rwanda (SPA)	Décembre	2007	(anglais / français)
Jordanie	Janvier	2008	(anglais / arabe)
Ouganda (SPA)	Mars	2008	(anglais)
Ukraine	Juin	2008	(anglais / ukrainienne)
Indonésie	Juillet	2008	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Juillet	2008	(anglais)
Rwanda (intermédiaire)	Juillet	2008	(anglais / français)
Zambie	Juillet	2008	(anglais)
Tanzanie (HIV/AIDS and Malaria)	Juillet	2008	(anglais)
Bolivie	Août	2008	(espagnol)
Égypte	Septembre	2008	(anglais)
Sierra Leone	Décembre	2008	(anglais)
Philippines	Mars	2009	(anglais)
Ghana	Avril	2009	(anglais)
Sénégal (EIP)	Avril	2009	(français)
Nigeria	Mai	2009	(anglais)
Kenya	Septembre	2009	(anglais)
Congo (Brazzaville) (EIS)	Septembre	2009	(français)
São Tomé e Príncipe	Septembre	2009	(français)
Guyane	Septembre	2009	(anglais)
Albanie	Octobre	2009	(anglais)
Madagascar	Octobre	2009	(français)
Jordanie	Février	2010	(anglais / arabe)
Timor-Leste	Avril	2010	(anglais)
Lesotho	Mai	2010	(anglais)
Tanzanie	Août	2010	(anglais)
Cambodge	Mars	2011	(anglais)
Arménie	Avril	2011	(anglais)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national d'exécution de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.