



ANALYSE DES INVESTISSEMENTS VISANT L'ATTEINTE DES 3 RÉSULTATS TRANSFORMATEURS D'ICI 2030



2020-2030



REMERCIEMENTS

Le Gouvernement du Burundi tient à exprimer sa gratitude au Groupe de Référence, composé de représentants des ministères des Affaires Étrangères, des Finances, de la Santé publique, du Genre, de l'Éducation Nationale, de la Recherche Scientifique et de la Jeunesse, pour leur engagement dans l'analyse des investissements visant à atteindre les trois résultats transformateurs d'ici 2030 : (i) Mettre fin aux décès maternels évitables, (ii) Mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, et (iii) Mettre fin aux violences basées sur le genre et autres pratiques néfastes. Le Gouvernement exprime également sa reconnaissance à l'UNFPA, Bureau Pays, pour la coordination technique de ce travail. La gratitude s'étend aussi à l'équipe de consultants du Centre d'Études et de Recherche en Population et Développement (CERPED) ainsi qu'aux consultants de l'Association Africaine d'Économie et de Politique de la Santé (AfHEA). Le rapport a également bénéficié d'un examen par les pairs membres de l'équipe AfHEA et du Bureau régional de l'UNFPA. Que chacun trouve satisfaction dans l'accomplissement de ce travail d'une importance capitale pour le Burundi.



TABLE DES MATIÈRES



LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTES DES FIGURES	iv
LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	v
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	viii
1. INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
2. METTRE FIN AUX DÉCÈS MATERNELLES ÉVITABLES (MM)	3
2.1. Méthodologie	3
2.1.1. Données et sources de données	3
2.1.2. Validation des données	3
2.1.3. Scénarios, horizon de projection et données de base	3
2.1.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions	4
2.1.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions visant à mettre fin aux décès maternels	6
2.1.6. Estimation des déficits de financement pour mettre fin aux décès maternels	7
2.2. Analyse de la situation en matière de santé maternelle	7
2.2.1. Introduction	7
2.2.2. D'où venons-nous ?	7
2.2.3. Où sommes-nous actuellement ?	9
2.2.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?	10
2.3. Résultats de l'estimation	11
2.3.1. Impacts de l'intensification des interventions en matière de santé maternelle	14
2.3.2. Coûts liés à l'intensification des interventions en matière de santé maternelle	14
2.3.3. Analyse du déficit de financement pour soutenir les interventions en matière de santé maternelle	17
3. METTRE FIN AUX BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	19
3.1. Introduction	19
3.2. Méthodologie	19
3.2.1. Données et sources de données	19
3.2.2. Validation des données	19
3.2.3. Scénarios, horizon de projection et données de base et Cibles	20
3.2.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions de planification familiale	22
3.2.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions de planification familiale	22
3.2.6. Estimation des déficits de financement liés à l'intensification des interventions de planification familiale	22

TABLE DES MATIÈRES

3.3. Analyse de la situation en matière de planification familiale	23
3.3.1. Introduction	26
3.3.2. D'où venons-nous ?	26
3.3.3. Où sommes-nous actuellement?	26
3.3.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?	24
3.4. Résultats de l'estimation des interventions de planification familiale	27
3.4.1. Impacts de l'intensification des interventions de planification familiale	27
3.4.2. Coûts liés à l'intensification des interventions de planification familiale	30
3.4.3. Analyse du déficit de financement pour soutenir les interventions de planification familiale	32
4. METTRE FIN AUX VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE (VBG) ET AUTRES PRATIQUES NEFASTES	33
4.1. Introduction	33
4.2. Méthodologie	34
4.2.1. Données et sources de données	34
4.2.2. Validation des données	34
4.2.3. Scénarios, horizon de projection et données de base	34
4.2.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions contre la VBG	36
4.2.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions contre la VBG	36
4.2.6. Estimation des déficits de financement liés à l'intensification des interventions contre la VBG	36
4.3. Analyse de la situation en matière des VBG	36
4.3.1. Introduction	36
4.3.2. D'où venons-nous ?	36
4.3.3. Où sommes-nous actuellement?	38
4.3.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?	40
4.4. Résultats de l'estimation	46
4.4.1. Impacts de l'intensification des interventions de VBG	56
4.4.2. Coûts liés à l'intensification des interventions de planification familiale	56
4.4.3. Analyse du déficit de financement pour l'élimination des VBG	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	



LISTE DES TABLEAUX



Tableau 1: Interventions retenues et données de référence pour les interventions en matière de santé maternelle (2023 – 2030) pour chaque scénario	6
Tableau 2: Les défis de la santé maternelle	9
Tableau 3: Evolution des performances en santé maternelle : 2010, 2016-2017, 2021 et les objectifs 2030 et 2040	11
Tableau 4: Changements attendus du ratio de mortalité maternelle de 2023 -2030	11
Tableau 5: Changements attendus dans les décès maternels de 2023-2030	12
Tableau 6: Gains d'impacts pour chaque scénario par rapport au Statu-quo	13
Tableau 7: Contributeurs à la réduction des décès maternels	13
Tableau 8: Résumé des coûts additionnels taux pour la santé maternelle (en USD) : toutes catégories de prestations pour les trois scénarios, 2023-2030	15
Tableau 9: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030 (en USD) – Scénario de statu quo	15
Tableau 10: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030 (en USD) – Scénario modeste	16
Tableau 11: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030 (en USD) – Scénario réalisable	16
Tableau 12: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030 (en USD) – Scénario ambitieux	16
Tableau 13: Coûts additionnels du programme, tous canaux de diffusion confondus, 2023-2030 (en USD)	16
Tableau 14: Analyse des déficits de financement (en USD)	17
Tableau 15: Programmes de mobilisation de fonds (en USD)	18
Tableau 16: Utilisateurs de méthodes contraceptives 2023 – 2030	21
Tableau 17: Evolution des performances en planification familiale : 2010, 2016-2017, 2021 et les objectifs 2030 et 2040	24
Tableau 18: Cibles et indicateurs pour prioriser les ODD pour la santé maternelle et la planification familiale	25
Tableau 19: Objectifs du plan SRMNIA 2016-2023	27
Tableau 20: Impact de l'intensification des interventions de planification familiale pour les trois scénarios	28
Tableau 21: Coûts incrémentaux totaux, tous canaux de diffusion confondus (en USD)	30
Tableau 22: Scénario 1_Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)	31
Tableau 23: Scénario 2_Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)	31
Tableau 24: Scénario3_Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)	32
Tableau 25: Déficit de financement pour soutenir les interventions de planification familiale (en USD)	32
Tableau 26: Programmes de mobilisation de fonds (en USD)	32
Tableau 27: Catégories d'interventions pour le modèle IPV	35
Tableau 28: Nombre de grossesses des élèves au niveau national, par tranche d'âge	37
Tableau 29: Types d'assistance accordée aux victimes de VBG dans les 5 provinces cibles	39
Tableau 30: Total des mariages précoces évités (résultats CMOI)	42
Tableau 31: Résumé des mariages précoces évités grâce à l'intervention (2023-2030)	42
Tableau 32: Résumé des coûts d'intervention pour mettre fin au mariages précoces (2024-2030) (en USD)	46
Tableau 33: Coût récapitulatif par intervention pour mettre fin au mariages précoces (2023-2030) (en USD)	47
Tableau 34: Coûts annuels désagrégés pour mettre fin au mariages précoces, par type d'intervention (en USD)	48
Tableau 35: Scénario normal_Structure des coûts pour les interventions VPI (en USD)	49
Tableau 36: Scénario ambitieux_Structure des coûts des interventions VPI (en USD)	62
Tableau 37: Déficit de financement pour soutenir les interventions visant à mettre fin au mariages précoces (en USD)	50
Tableau 38: Programmes de mobilisation de fonds pour les interventions visant à mettre fin au mariages précoces (en USD)	51
Tableau 39: Déficit de financement pour soutenir les interventions VPI (en USD)	51
Tableau 40: Programmes de mobilisation de fonds pour les interventions VPI (en USD)	51

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Evolution du Ratio de mortalité maternelle de 2000 à 2020	7
Figure 2: Evolution des soins prénatals et préventifs: comparaison des EDS 2010 et 2016-2017 (en %)	8
Figure 3: Evolution des naissances dans les centres de santé (CDS) et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié (en %), EDS 2010 et 2016-2017	8
Figure 4: Evolution du Taux de mortalité néonatale (de 2000 à 2021)	8
Figure 5: Tendances du ratio de mortalité maternelle par scénario de 2023-2030	12
Figure 6: Figure 6: Tendances des décès maternels de 2023-2030	12
Figure 7: Proportions de vies additionnelles sauvées par catégorie d'interventions pour différents scénarios	13
Figure 8: Evolution de l'ISF (Indice Synthétique de Fécondité – ISF), EDS 1987-2016-2017	24
Figure 9: Tendances du nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)	29
Figure 10: Tendances du nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)	29
Figure 11: Tendances du nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)	29
Figure 12: Figure 12: Evolution des cas de VBG chez les femmes et les hommes de 2014 à 2021	38
Figure 13: Scénario modeste_Tendance du pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois : Burundi, 2023 – 2030	43
Figure 14: Scénario modeste_Tendance du nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois, 2023-2030	43
Figure 15: scénario ambitieux_Tendance du pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois : Burundi, 2023 – 2030	45
Figure 16: Scénario ambitieux_Tendance du nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois	45
Figure 17: Scénario normal_Structure des coûts pour les interventions VPI	48
Figure 18: Scénario ambitieux_Structure de coût pour les interventions VPI	49



LISTES DES FIGURES



MM : Mortalité Maternelle
PF : Planification Familiale
VBG : Violences Basées sur le Genre
SRMNIA : Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
TPI : Traitement Préventif Intermittent
CDS : Centres de santés
PNDS : Plan national de développement sanitaire
ODD : Objectifs de développement durable
CPN : Consultation prénatale
CPN4 : Les quatre consultations prénatales
TPIg : Traitement présomptif intermittent
MIILDA : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action
PEV : Programme Élargi de Vaccination
PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction
FOSA : Formation sanitaire
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
ISF : Indice synthétique de fécondité
TBM : Taux brut de mortalité
FNUAP : Fonds des Nations unies pour la population
EDS : Enquête démographique et de santé
PND : Plan National de développement
PPA : Parité de pouvoir d'achat
IST : Infection Sexuellement Transmissible
VIH/SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
DPDFS : Directions Provinciales de Développement Familial et Social DPDFS
MSNASDPHG : Ministère de la Solidarité Nationale, de la Sécurité Sociale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre
DPDFS : Directions Provinciales de Développement Familial et Social
PAN : Le plan d'action national
RNB : Revenu national brut
RT : Résultat transformateur
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
USAID : United States Agency for International Development
USD : Dollar américain
DPE : Directions provinciales de l'enseignement
UNFPA : United Nations Population Fund
IDG : Indice de développement du genre
IDH : Indice de Développement Humain
ASS : L'Afrique Sub-saharienne ASS
IIG : Indice d'inégalité de genre
SRMNIA-NUT : Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents
SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
ODD : Objectifs de développement durable
OS : Orientations stratégiques
PSN-SRMNIA : Le Plan Stratégique National de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (PSN-SRMNIA 2019-2023)
FBU : Franc Burundais



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport sur l'analyse des investissements pour les interventions visant à atteindre les trois résultats transformateurs d'ici 2030, à savoir (i) mettre fin aux décès maternels évitables, (ii) mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, et (iii) mettre fin aux violences basées sur le genre et autres pratiques néfastes, est conforme à l'aspiration du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) de réaliser les objectifs de développement durable (ODD) grâce à ces trois résultats transformateurs (RT) universels et centrés sur les personnes.

Dans cette perspective, l'UNFPA a soutenu le développement de cette analyse des investissements pour le Burundi, en tenant compte des aspects contextuels ayant des implications pour la réalisation des résultats transformateurs. Ces résultats prioritaires sont alignés sur les engagements nationaux pris lors du Sommet de Nairobi sur la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD25).

La mission de développement de cette analyse des investissements a été confiée à l'Association Africaine d'Économie et Politique de Santé (AfHEA), en collaboration avec le Centre d'Études et de Recherche en Population et Développement (CERPED), un cabinet de consultants locaux. Le travail a été réalisé en collaboration étroite avec le Comité Directeur National (CDN) et le Groupe National de Référence (GNR), qui ont été constitués pour piloter cet exercice, garantissant ainsi un processus participatif tout au long du développement de l'analyse des investissements.

Les outils d'estimation SPECTRUM préconisés par l'UNFPA, notamment le modèle LiST, le modèle FamPlan, RAPID et les outils Excel Impact40 (modèles IPV et CMOI), ont été utilisés. Les données utilisées pour alimenter les outils ont été obtenues à partir de diverses sources, notamment des sources nationales, y compris l'Institut National de la Statistique du Burundi (INSBU), les rapports statistiques annuels du Ministère en charge de la Santé publique et du Ministère en charge des questions liées au genre, ainsi que des documents de politique nationale.

Ces sources de données nationales ont été complétées par les données disponibles pour le Burundi dans l'outil SPECTRUM, en particulier les EDS de 1987, de 2010 et de 2016-2017; MICS de 2000, de 2005 et de 2012, le Plan Stratégique National pour la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent 2019-2023 (PSN-SRMNIA : 2019-2023), la Politique Nationale de Santé 2016-2025 (PNS 2016-2025) et comparées à d'autres sources pertinentes comme le système de suivi des données de santé en ligne (TRACK20) d'Avenir Health. À toutes les étapes, la pertinence et l'exactitude des données ont été discutées avec le CDN et le GNR.

Les estimations des impacts résultant de l'intensification des interventions montrent que :

(i) Mettre fin aux décès maternels évitables

Si les tendances actuelles se poursuivent et que les investissements sont maintenus aux mêmes rythmes, le ratio de mortalité maternelle (RMM) pourrait diminuer de 334 à 297 d'ici 2030. Cependant, si les interventions sont intensifiées comme décrit dans le scénario modeste, le RMM pourrait alors être encore réduit à 258. Un investissement accru au-delà du scénario modeste pourrait entraîner une réduction du RMM à 231 et à 186, selon les scénarios réalisables et ambitieux, respectivement. Les résultats de l'estimation des impacts attendus sur les décès maternels montrent que si les interventions sont intensifiées de la manière décrite dans le scénario modeste, le nombre de décès maternels pourrait alors être réduit à 1 551. Un investissement accru au-delà du scénario modeste pourrait entraîner une réduction des décès maternels à 1 387 et 1 117 respectivement dans les scénarios réalisables et ambitieux. Tant pour le RMM que pour les décès maternels, l'augmentation des interventions vers des scénarios modestes, réalisables et ambitieux générera des gains de l'ordre de 13 %, 22 % et 37 % respectivement d'ici fin 2030.

Par rapport à ces changements attendus, le total des coûts additionnels associés aux interventions varie de 39 848 835 ; 122 090 871 ; 192 985 447 à 258 394 876 dollars américains en fonction des scénarios statu quo, modeste, réalisable et ambitieux, respectivement à l'horizon 2030.

L'analyse des déficits de financement pour l'intensification des interventions en santé maternelle montrent que sur 39 848 835 ; 122 090 871 ; 192 985 447 et 258 394 876 dollars américains sont nécessaires pour intensifier les interventions selon les scénarios Statu-quo, Modeste, Réalisable et Ambitieux. Les écarts sont estimés à 18 %, 62 %, 71 % et 75 % respectivement. Dans tous les scénarios, la part des sources nationales, externes ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions de 78%, 22% et 0%.

(ii) Mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le nombre de grossesses non désirées, de décès maternels et d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes augmentera (i) de 177 932 à 221 446 ; de 921 à 1 148 et de 52 953 à 65 902 respectivement pour le scénario modeste (ii) de 224 702 à 388 012; de 1 161 à 2 003 et de 66 871 à 115 472 respectivement pour le scénario réalisable ; et (iii) de 250 926 à 481 404; de 1 295 à 2 482 et de 74 676 à 143 266 respectivement pour le scénario ambitieux. De toute évidence, d'autres changements sont attendus dans le cadre des scénarios ambitieux, mais là encore, cela implique davantage d'efforts et de coûts additionnels.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Une proportion importante des coûts proviendra des médicaments et de leur approvisionnement par rapport aux autres coûts à mesure que nous avançons dans la période de projection.

Le coût de la main-d'œuvre, même s'il constitue une part substantielle du coût de l'intensification des interventions, le taux d'augmentation du coût supplémentaire de la main-d'œuvre semble ne pas augmenter trop fortement, passant de 370 376 dollars américains en 2024 à 936 901 dollars américains en 2030 dans le scénario modeste. Les coûts additionnels annuels seront plus élevés vers la fin de la période d'estimation projetée par rapport aux années précédentes.

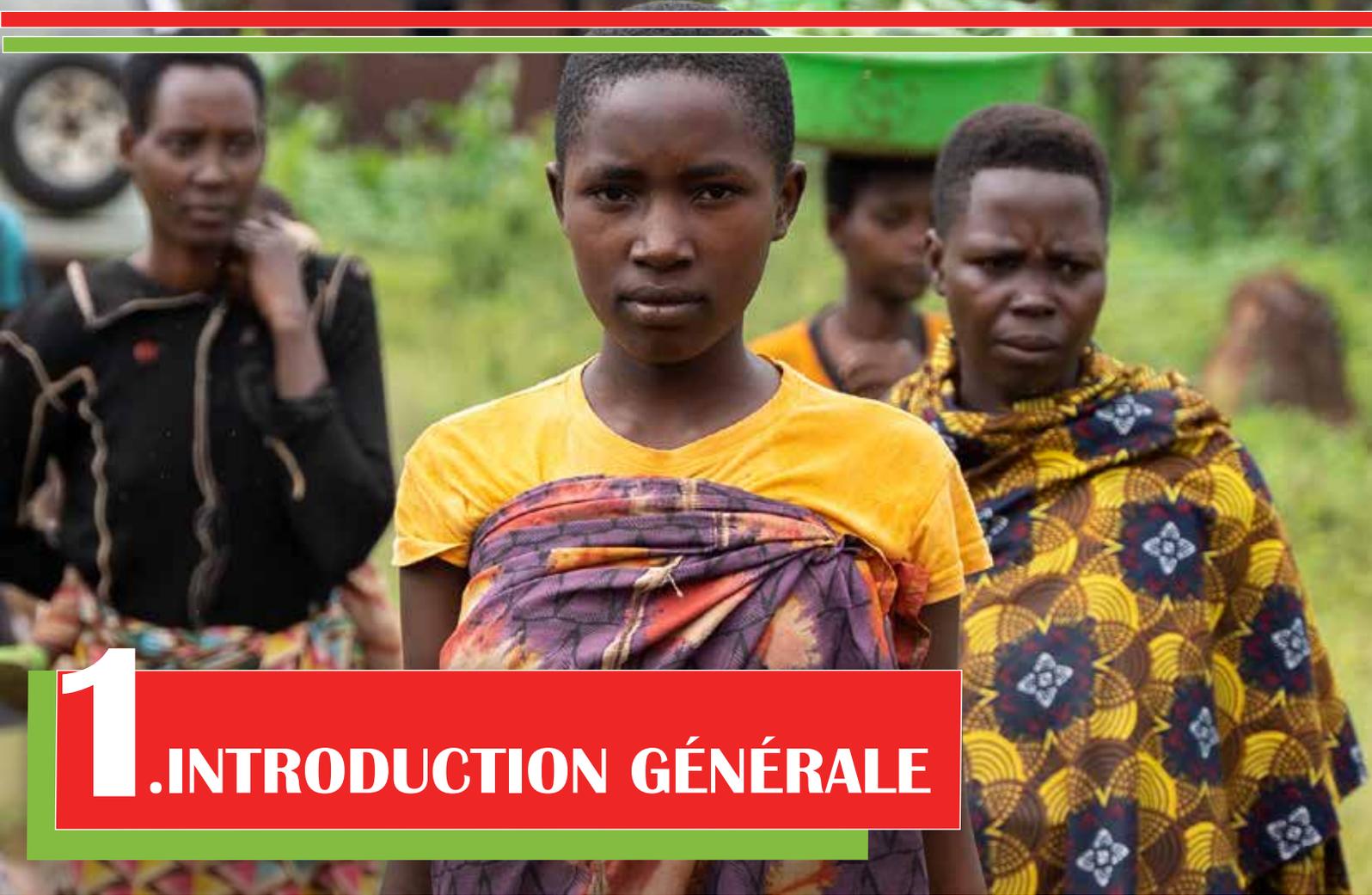
L'analyse des déficits de financement pour l'intensification des interventions de planification familiale montre que sur 5 348 266 ; 11 912 836 et 15 203 063 dollars américains sont nécessaires pour intensifier les interventions dans le cadre du scénario 1, du scénario 2 et du scénario 3, les écarts sont estimés à 27 %, 44 % et 50 % respectivement. Dans tous les scénarios, les fonds provenant de sources nationales, externes ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions de 4%, 96% et 0%.

(iii) Mettre fin à la violence basée sur le genre et aux autres pratiques néfastes

Les changements attendus liés à l'intensification des interventions visant à mettre fin aux mariages des enfants révèlent que le nombre de mariages précoces évités sera de 30 283 pour toute la période de projection. On s'attend à ce qu'un plus grand nombre de mariages précoces soient évités dans les zones rurales (30 011) que dans les centres urbains (4 180). En termes de contribution des interventions spécifiques, l'offre scolaire rurale est l'intervention la plus contributive pour les zones rurales par rapport aux zones urbaines, suivie par les compétences pratiques. Pour les jeunes femmes urbaines, les interventions axées sur les compétences de vie sont celles qui contribuent le plus.

Les résultats de l'estimation des coûts liés à mettre fin aux mariages des enfants montrent que les coûts totaux sont respectivement de 1 755 820 et 11 759 703 dollars américains pour les zones urbaines et rurales. Le coût par mariages précoces évité est de 2 238 dollars américains pour les zones urbaines contre 1 603 dollars américains pour les zones rurales. Pour les violences conjugales, les résultats montrent que dans le scénario normal, le pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois diminuera de 32% à 15,7% tandis que pour le cas ambitieux, le pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois, les 12 derniers mois passeront de 32 % à 5,1 %.

L'analyse des déficits de financement pour étendre les interventions visant à mettre fin aux mariages précoces montre que 58 166 027 dollars américains sont nécessaires pour intensifier les interventions, les écarts sont estimés à 90 % du budget total requis, de même que pour le coût par mariages précoces évité. Les fonds à mobiliser auprès de sources internes, externes ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions 70%, 30% et 0%.



1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Conformément à l'agenda des objectifs de développement durable (ODD), l'aspiration du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) est d'atteindre trois résultats transformateurs (RT) universels et centrés sur les personnes, à savoir (i) mettre fin aux décès maternels évitables, (ii) mettre fin aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale, et (iii) mettre fin à la violence basée sur le genre et à d'autres pratiques néfastes.

En 2019, l'UNFPA, en collaboration avec ses partenaires, a estimé le déficit de coûts et de ressources nécessaires pour atteindre les trois RT d'ici 2030, de façon globale, lors du Sommet de Nairobi sur la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD25). Les projections des coûts au niveau mondial ont utilisé des estimations globales au niveau des pays, guidées par des outils adaptés, une méthodologie claire et plusieurs sources de données. Pour faciliter l'analyse des investissements spécifiques à chaque pays en faveur des RT, l'UNFPA a élaboré un projet de boîte à outils en collaboration technique avec les partenaires susmentionnés.

Au cours de la phase pilote mondiale lancée en 2020, certains bureaux pays de l'UNFPA ont été appuyés pour opérationnaliser le projet de boîte à outils à travers une série d'actions coordonnées au niveau national, dans le but d'élaborer des estimations validées des coûts, de l'impact et du financement au niveau national, élaborées au moyen d'analyses des investissements ciblés pour les RT. Cinq pays d'Afrique orientale et australe, dont le Botswana, le Kenya, Madagascar, la Namibie et le Soudan du Sud, faisaient partie de cette phase pilote.

En 2022, le Bureau de l'UNFPA pour l'Afrique orientale et australe (ESARO) a invité davantage de pays à former une deuxième cohorte, avec trois pays (Burundi, Mozambique et Rwanda) actuellement engagés dans l'élaboration d'analyses des investissements. Pour ces trois pays, l'élaboration d'analyses des investissements au niveau national présente une opportunité de se concentrer sur des interventions éprouvées, à fort impact et rentables, nécessaires pour accélérer les progrès vers la réalisation des RT. En outre, les analyses des investissements devraient soutenir les contributions à la réalisation des ODD et des aspirations nationales reflétées dans les cadres de développement des pays, principalement les plans de développement nationaux et les cadres de coopération des Nations Unies pour le développement durable. Les analyses des investissements devraient également éclairer les efforts de partenariat et la mobilisation de ressources nationales et externes additionnelles nécessaires pour obtenir des résultats transformateurs au niveau national.

L'élaboration de ces analyses des investissements pour le Burundi prend en compte les contextes dominants qui ont des implications pour la réalisation des RT. Les résultats transformateurs prioritaires sont alignés sur les engagements nationaux pris lors du Sommet de Nairobi de la CIPD25 visant à accélérer les actions pour réaliser l'agenda de la CIPD au Burundi pour les 3 RT.

Dans l'accomplissement de cette mission, le processus d'élaboration des analyses des investissements pour le Burundi a commencé en mai 2023 et des rapports

intérimaires/d'avancement (rapports de démarrage et d'analyse de la situation) ont été présentés avant d'aboutir au présent rapport final.

Le contenu de ce rapport s'articule autour de l'analyse de la situation, de la méthodologie utilisée, des impacts et des coûts estimés de l'intensification des interventions, ainsi que des déficits de financement associés à l'intensification des interventions pour accélérer la réalisation de chacun des 3 RT. Enfin, le rapport tire des conclusions qui fournissent quelques éclairages sur les politiques en matière de prévention de la mortalité maternelle, de planification familiale, de violence basée sur le genre et d'autres pratiques néfastes.





2. METTRE FIN AUX DÉCÈS MATERNELS ÉVITABLES

2.1. MÉTHODOLOGIE

2.1.1. Données et sources de données

Les données contextuelles ont été obtenues à partir de sources nationales, notamment l'Institut National de la Statistique du Burundi (INSBU), les rapports statistiques annuels du ministère de la Santé ainsi que des documents-cadres politiques. Ces données nationales ont été complétées par les données par défaut de Spectrum Tool disponibles pour le Burundi, en particulier les EDS de 1987, 2010 et 2016-2017, les enquêtes MICS de 2000, 2005 et 2012. Les projections du taux de prévalence contraceptive (TPC) et de besoins non satisfaits proviennent du Plan stratégique national pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent 2019 – 2023 (Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents PSN-SRMNIA : 2019 – 2023), Politique Nationale de Santé 2016-2025 (Politique Nationale de Santé 2016-2025) et comparée à d'autres sources pertinentes comme le système de suivi des données de santé en ligne (TRACK20) animé par Avenir Santé.

2.1.2. Validation des données

La validation des données a été effectuée dans le cadre d'un processus consultatif et participatif.

La validation des données a été effectuée dans le cadre d'un processus consultatif et participatif. Le bureau de pays de l'UNFPA a mis en place un Comité Directeur National (CDN) et un Groupe National de Référence (GNR) pour superviser et fournir un soutien détaillé au développement de cette analyse des investissements. Le CDN était responsable de la coordination globale du développement de cette analyse des investissements. Le GNR fournissait un examen critique de premier niveau et des commentaires sur l'élaboration de l'analyse des investissements, y compris la validation des données, avant qu'elle ne soit présentée au CDN. Des réunions de consultation et des ateliers ont été régulièrement organisés et un consensus a été obtenu sur les points de données à utiliser.

2.1.3. Scénarios, horizon de projection et données de base

Les interventions à inclure dans cette Analyse d'Investissement pour mettre fin aux décès maternels ont été sélectionnées en référence aux objectifs fixés dans les documents de politique sectorielle et en fonction de leur pertinence en termes d'impacts attendus tels que simulés dans les outils LiST. La pertinence des interventions et des indicateurs associés, des sources de données et des scénarios de mise à l'échelle des interventions ont été discutés avec le CDN et le GNR lors de divers ateliers de consultation.

Au cours des processus consultatifs, il a été d'abord convenu de fixer cette analyse des investissements à l'horizon 2040, pour s'aligner sur la Vision 2040 du Burundi en cours de développement. En définitive, il a été décidé de fixer la période butoir à 2030, dans le but de s'aligner sur l'agenda des ODD. La logique était d'aligner l'analyse des investissements sur l'agenda des ODD afin de faciliter la mobilisation des ressources dans les plus brefs délais afin de soutenir les plans nationaux qui, eux, peuvent être à long terme (comme celui de la Vision Burundi 2040).

Concernant les scénarios de mise à l'échelle des interventions, il a été observé que les documents de politique sectorielle ne fixent pas clairement et systématiquement les projections des résultats des interventions, car certaines activités actuellement menées ne sont pas nécessairement organisées et définies de la même manière que celles définies dans les outils LiST. Des scénarios d'intensification des interventions ont donc été déterminés dans le cadre d'un processus participatif avec le CDN et le GNR lors d'ateliers de consultation et ont été définis comme suit :

1 Scénario de statu quo

Ce scénario suppose que la situation actuelle continue. Cela développe déjà des avancées et suppose que ces progrès se poursuivront de façon linéaire. Les interventions évoluent conformément aux tendances passées observées, sans efforts additionnels d'intensification jusqu'à fin 2030.

2 Scénario modeste

Pour le scénario modeste, nous supposons que toutes les interventions du scénario de référence 2023 seront augmentées jusqu'à 40 % d'ici fin 2030. Mais étant donné que certaines interventions sont déjà supérieures à 40 % dans le scénario de référence, trois autres hypothèses ont été faites : (i) toutes les interventions dans le scénario de référence 2023 qui sont inférieures à 40 % sont portées à 40 % d'ici 2030, (ii) toutes les interventions de la référence 2023 qui se situent entre 40 % et 70 % sont portées à 70 % d'ici 2030 et (iii) toutes les interventions dans la référence 2023 qui dépassent 70 % sont augmentées jusqu'à 95 % d'ici 2030, conformément aux prix mondiaux.

3 Scénario réalisable

Le scénario réalisable suppose que toutes les interventions soient portées à 70 % d'ici fin 2030. Mais là encore, certaines interventions dépassent déjà les 70 % dans le scénario de référence. Nous avons donc fait deux autres hypothèses, (i) toutes les interventions de la référence 2023 qui sont inférieures à 70 % sont portées à 70 % d'ici 2030 et que (ii) toutes les interventions de la référence 2023 qui sont supérieures ou égales à 70 % sont étendues à 95% d'ici 2030.

4 Scénario ambitieux

Ce scénario est ambitieux car il vise à augmenter toutes les interventions jusqu'à 95 % d'ici fin 2030. Il est ambitieux car il nécessite des efforts pour que toutes les interventions soient étendues au maximum et est également conforme aux projections globales de l'UNFPA.

Le processus de définition de scénarios de projection basé sur les données de référence nous a permis de sélectionner un total de 30 interventions contribuant à réduire les décès maternels. Les informations sur les données de référence et les paramètres finaux pour chaque intervention et par scénario sont présentées dans le Tableau 1.





Tableau 1 : Interventions retenues et données de référence pour les interventions en matière de santé maternelle (2023 – 2030) pour chaque scénario

Intervention en matière de santé maternelle (%)		Référence 2023	Point final 2030		
			Couverture modeste (40 %)	Couverture réalisable (70%)	Couverture ambitieuse (95%)
Périsconceptuel					
1	Enrichissement/supplémentation en acide folique	0	40	70,0	95,0
2	Services d'avortement sécurisé	0	40	70,0	95,0
3	Gestion des cas après avortement	0	40	40,0	95,0
4	Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	0	40	70,0	95,0
5	Fortification en fer	0	40	70,0	95,0
6	Enrichissement en zinc	0	40	70,0	95,0
Grossesse					
7	Vaccination contre l'anatoxine tétanique TT	90	95,0	95,0	95,0
8	Supplémentation en calcium	0	40,0	70,0	95,0
9	Aspirine à faible dose	0	40,0	70,0	95,0
10	Supplémentation en fer pendant la grossesse	1.4	40,0	70,0	95,0
11	Supplémentation multiple en micronutriments pendant la grossesse	0	40,0	70,0	95,0

12	Complémentation énergétique équilibrée	0	40,0	70,0	95,0
13	Prise en charge des cas de trouble hypertensif	23.1	40,0	70,0	95,0
14	Gestion des cas de diabète	22.6	40,0	70,0	95,0
Accouchement					
15	Environnement de naissance propre	67.1	70,0	70,0	95,0
16	Séchage immédiat et stimulation supplémentaire	73,7	95,0	95,0	95,0
17	Protection thermique	82,8	95,0	95,0	95,0
18	Entretien du cordon propre	77.1	95,0	95,0	95,0
19	MgSO4 pour l'éclampsie	58	70,0	70,0	95,0
20	Antibiotiques pour la PROM prématurée ou prolongée	56,7	70,0	70,0	95,0
21	Antibiotiques pour la septicémie maternelle	56,7	70,0	70,0	95,0
22	Accouchement vaginal assisté	33	40,0	70,0	95,0

Source : Outil LiST, à partir des données de base

2.1.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions

La modélisation de scénarios alternatifs pour mettre fin à la mortalité maternelle a été réalisée à l'aide de l'outil Lives Saved Tool (LiST) du logiciel Spectrum Policy (Impact40). Impact40 est l'outil reconnu par l'UNFPA pour estimer les impacts des interventions de santé reproductive (RT) et constitue une approche fondée sur des preuves pour guider la planification stratégique visant à éliminer les décès maternels évitables. L'outil a été développé en partenariat avec Avenir Health, l'Université Johns Hopkins, et l'Université Victoria.

La plateforme modulaire Impact40 permet aux utilisateurs de saisir diverses contributions pour estimer les gains liés à l'intensification des interventions sélectionnées. Elle se compose de plusieurs modules interconnectés qui abordent diverses questions liées à la démographie et à la santé de la population. Le module de projection démographique (DemProj) constitue la base de toute projection dans Spectrum et nécessite des données sur divers déterminants démographiques, notamment la répartition par âge de la population, les taux de fécondité, les taux de mortalité, et la migration internationale, entre autres paramètres.

Dans LiST, une modélisation adéquate de la couverture des interventions maternelles a nécessité certaines configurations, notamment la définition d'une évaluation de base des informations démographiques, du taux de mortalité maternelle et des causes de décès maternels, ainsi que d'autres indicateurs de santé maternelle. Il a également fallu interpoler la couverture des scénarios de projection alternatifs, en passant du niveau de référence en 2023 au niveau final visé en 2030.

2.1.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions visant à mettre fin aux décès maternels

Les informations de base requises sur les coûts unitaires ainsi que sur la population censée bénéficier de chacune des interventions ont été obtenues auprès de diverses sources nationales ainsi que des données démographiques téléchargées dans le module DemProj. L'outil LiST a été utilisé pour estimer les coûts à l'aide de ces informations de base.

Pour obtenir des estimations complètes des coûts des interventions, l'outil LiST utilise la répartition par défaut des interventions (basée sur la littérature et les meilleures pratiques internationales) par canaux de prestation, notamment la sensibilisation communautaire, les soins cliniques et hospitaliers. Les salaires du personnel sont pré remplis et incluent les salaires du personnel à temps plein, les avantages sociaux et l'utilisation du temps. Les coûts des différentes interventions ont été obtenus à partir de l'outil LiST pour chaque scénario. La validité des données pré remplies concernant l'étude de cas du Burundi a été discutée avec le CDN et le GNR. Les détails sur le processus d'estimation des coûts sont présentés à l'annexe A.

2.1.6. Estimation des déficits de financement pour mettre fin aux décès maternels

Les déficits de financement pour l'intensification des interventions en matière de santé maternelle ont été analysés en documentant le budget consacré au financement de la santé maternelle à partir des budgets publics des exercices précédents et des relevés de comptes budgétaires du ministère de la Santé. À partir des données passées sur les dépenses publiques dans le secteur de la santé, il a été possible de déterminer les écarts en termes de différences entre l'investissement total requis pour cette analyse des investissements et les fonds publics projetés pour le secteur de la santé. Nous avons également analysé les sources de financement en réfléchissant aux programmes actuels de mobilisation des ressources publiques.

2.2. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE SANTÉ MATERNELLE

2.2.1. Introduction

Avant de procéder aux estimations des impacts et des coûts, une analyse de la situation a été réalisée pour fournir une compréhension plus large des 3 RT au Burundi. Cela comprenait un examen de la documentation disponible sur le contexte national de la santé en relation avec les trois RT, y compris les cadres, les rapports et les plans stratégiques sectoriels pertinents ainsi que l'environnement du financement durable pour les RT. Pour n'en citer que quelques-unes, les ressources pertinentes examinées comprennent l'Annuaire statistique de santé 2017, les Stratégies nationales de santé PSN-SRMNIA 2019 et 2023 la 3ème Enquête Démographique et de Santé 2016-2017, le Rapport de la revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA-NUT 2019-2023 du Burundi et d'autres ressources pertinentes telles que les stratégies de financement de la santé et les rapports de suivi des ressources tels que les comptes nationaux de la santé du ministère de la Santé.

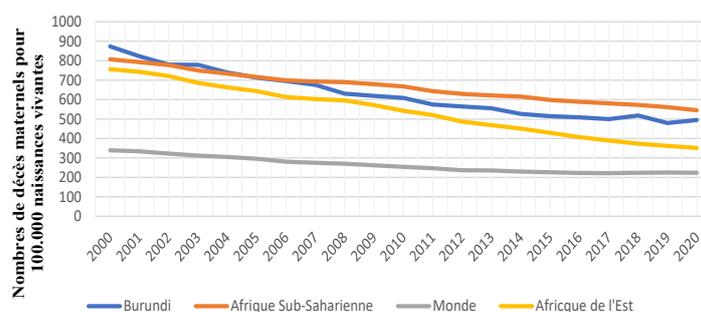
Le rapport d'analyse de la situation a été articulé selon le format "D'où venons-nous - Où en sommes-nous maintenant - Où allons-nous et où voulons-nous être" avec une tentative de documenter systématiquement les progrès réalisés, la situation actuelle et les projections telles qu'envisagées par cadres stratégiques nationaux.

2.2.2. D'où venons-nous ?

Ratio de mortalité maternelle

Les résultats des enquêtes démographiques et de santé révèlent que la situation de la mortalité maternelle est en baisse. Le ratio de mortalité maternelle a diminué de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 334 pour 100 000 naissances vivantes en 2017. L'évolution du taux de mortalité maternelle montre que le Burundi a fait de bons progrès, même si le taux reste supérieur à la moyenne Est-Africaine et à celle du monde entier (Figure 1).

Figure 1: Evolution du Ratio de mortalité maternelle de 2000 à 2020



Source : United Nations Development Programme (2022)

La baisse du taux de mortalité maternelle est imputable aux efforts du gouvernement en matière de santé maternelle et infantile. En mai 2016, le Burundi a lancé les activités de sa feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile, en organisant une revue complète des politiques, stratégies, plans et programmes de santé reproductive, maternelle, infantile et adolescente. Les objectifs de cette feuille de route étaient d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans stratégiques élaborés entre 2006 et 2015, qui avaient mis l'accent sur les interventions en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent – SRMNIA) et sur les interventions nutritionnelles prévues dans le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.

Ce processus a conduit à l'élaboration d'un plan stratégique biennal SRMNIA-Nutrition 2017-2018, visant à améliorer la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente au Burundi. Sa mise en œuvre devrait permettre d'atteindre les deux objectifs intermédiaires, contribuant ainsi à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles, et à l'amélioration de la santé des adolescents.

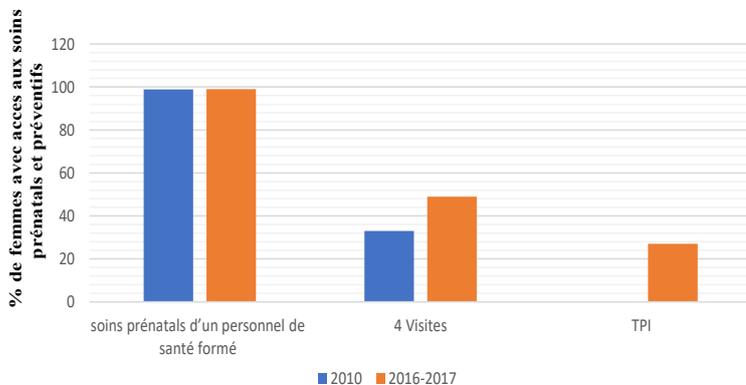
Les objectifs étaient (i) de renforcer les capacités des structures/entités de coordination, aux niveaux central, provincial et dans au moins 50% des districts sanitaires, en gestion et suivi-évaluation et (ii) d'accroître la couverture du SRMNIA dans 60% des formations sanitaires de premier niveau et dans 100% des structures de référence.

Soins prénatals et préventifs

Des soins prénatals appropriés pendant la grossesse et l'accouchement sont essentiels pour garantir une bonne santé à la mère et à son enfant, et, dans l'ensemble, le Burundi affiche de bons résultats. La figure 2 ci-dessous montre l'évolution des soins prénatals, comprenant un personnel de santé formé, quatre visites recommandées et un traitement préventif intermittent (TPI).

D'après la figure 2, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché avec l'aide d'un personnel de santé qualifié et ayant reçu des soins prénatals est passée de 98,9 % en 2010 à 99 % en 2016-2017. De plus, le nombre et la régularité des visites sont également importants. Parmi les femmes ayant accouché d'un enfant vivant, la proportion de celles ayant bénéficié des quatre visites recommandées est passée de 33 % en 2010 à 49 % en 2016-2017.

Figure 2: Evolution des soins prénatals et préventifs: comparaison des EDS 2010 et 2016-2017 (en %)



Source : Construit à partir des données de l'EDS 2010 et l'EDS 2016-2017

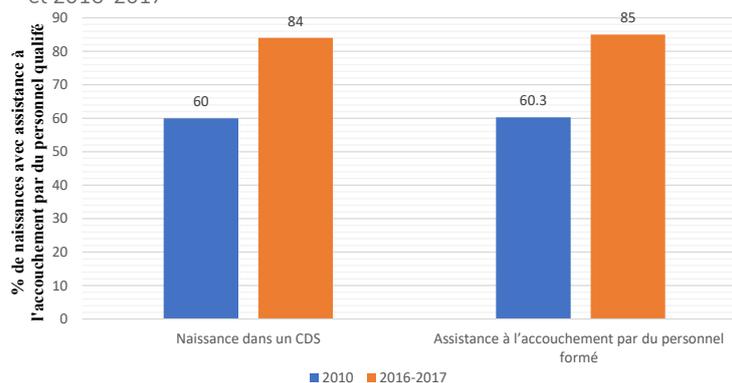
L'efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des visites. Pour 84 % des mères, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal. Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals pour leur accouchement le plus récent, 48 % ont eu leur tension artérielle vérifiée, et 27 % ont fourni un échantillon d'urine.

Concernant l'utilisation par les femmes d'un traitement préventif intermittent pendant la grossesse, la proportion de celles ayant reçu ce traitement, c'est-à-dire deux doses de SP/Fansidar comme recommandé, n'était que de 21 % en 2016-2017. Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux doses de traitement préventif intermittent est plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (13 % contre 22 %).

Accouchement et soins postnatals

La grande majorité des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé et ont été assistées par un prestataire qualifié (Figure 3). La plupart des accouchements ont eu lieu dans des établissements de santé du secteur public à hauteur de 84 %, contre 12 % à domicile. La proportion d'accouchements ayant eu lieu dans un établissement de santé est passée de 60 % en 2010 à 84 % en 2017. Au cours de la même période, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un personnel qualifié est passée de 60,3 % en 2010 à 85 % en 2016-2017.

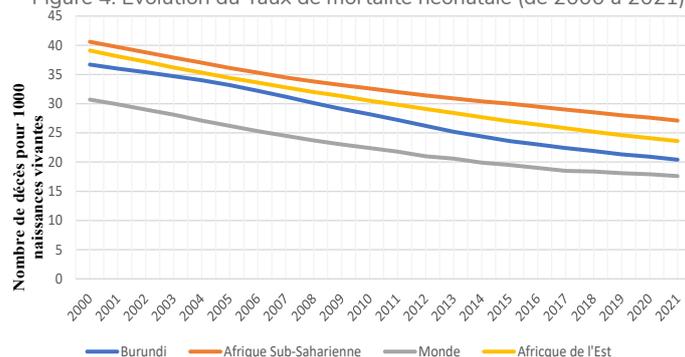
Figure 3: Evolution des naissances dans les centres de santé (CDS) et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié (en %), EDS 2010 et 2016-2017



Source : Construit à partir des données de l'EDS 2010 et l'EDS 2016-2017

Les soins postnatals aident à prévenir les complications après l'accouchement, et les résultats de l'EDS 2016-2017 montrent qu'en moyenne 49 % ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS. Toutefois, cette proportion diminue légèrement avec l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, allant de 49 % à moins de 20 ans à 46 % à 35-49 ans. La couverture des soins postnatals dans les délais recommandés est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (63 % contre 47 %), chez les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures (61 % contre 45 % chez celles sans éducation et 49 % chez celles ayant un niveau primaire) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (62% contre 44% dans le quintile le plus bas). Le Burundi a également réalisé de bons progrès en matière de mortalité néonatale, avec un taux inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne et de l'Afrique de l'Est (Figure 4).

Figure 4: Evolution du Taux de mortalité néonatale (de 2000 à 2021)



Source : United Nations Development Programme (2022)

2.2.3. Où sommes-nous actuellement ?

La grande majorité des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé et ont été assistées par un prestataire qualifié (Figure 3). La plupart des accouchements ont eu lieu dans des établissements de santé du secteur public à hauteur de 84 %, contre 12 % à domicile. La proportion d'accouchements ayant eu lieu dans un établissement de santé est passée de 60 % en 2010 à 84 % en 2017. Au cours de la même période, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un personnel qualifié est passée de 60,3 % en 2010 à 85 % en 2016. -2017.

Progrès dans l'amélioration de la santé des femmes

En avril 2022, une revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA 2019-2023 a été réalisée avec pour objectif principal d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente à travers le plan stratégique 2019-2023. En matière de santé maternelle, cette revue met en avant entre autres quatre (4) défis liés à l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes et six (6) défis liés à l'amélioration de la santé des femmes tels que présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Les défis de la santé maternelle

Défis liés à l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes

1. Services adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes avec extension de l'offre de services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SRAJ)
2. Structures de santé scolaires et universitaires
3. Vaccination contre le VPH pour la prévention du cancer du col de l'utérus
4. Coordination multisectorielle (santé, famille, éducation, jeunesse, sports, justice et police) pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle SRAJ

Les défis liés à l'amélioration de la situation des femmes santé

1. Qualité des interventions à fort impact assurée
2. L'autonomisation des femmes
3. Une politique claire pour la prise en charge des pathologies gynécologiques clés : cancers gynécologiques, fistules obstétricales, ménopause, stérilité...
4. Assistance qualifiée à l'accouchement en milieu rural
5. Organisation de la référence et de la contre-référence en matière de SRMNIA à tous les niveaux du système de santé
6. Prise en charge précoce des urgences obstétricales, des complications post-partum et post-avortement.

Source : Plan stratégique SRMNIA 2019-2023, rapport de revue à mi-parcours

Bien que le plan SRMNIA ait permis de réaliser des progrès, il existe des défis liés au financement adéquat, notamment :

- La mobilisation insuffisante des ressources intérieures et extérieures ;
- la poursuite de la mise en œuvre de la gratuité des accouchements maternels et des soins médicaux pour les enfants de moins de 5 ans ;
- la mise à jour des comptes nationaux et des sous-comptes de la santé, notamment ceux du SRMNIA ; et
- la disponibilité en temps opportun des ressources financières de l'État et des partenaires pour réduire les écarts dans l'exécution des programmes SRMNIA et augmenter le taux d'exécution.

Progrès réalisés en matière de consultations prénatales, de prévention et d'accouchements

Selon le rapport de revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA (2022) de consultation prénatale (CPN), les résultats montrent que le taux d'enregistrement en CPN précoce est passé de 35,6% en 2017 à 52% en 2021. Ce taux est au-delà des 50 % fixés pendant la même période comme cible. Concernant les interventions à fort impact administrées aux femmes enceintes, on note qu'un peu plus d'une femme enceinte sur deux (50,6) suivie à la CPN reçoit un traitement présomptif intermittent (TPIg) avant l'accouchement. Cette couverture est passée de 48,4% en 2017 à 50,6% en 2021, soit une évolution positive de seulement 2% après trois années de mise en œuvre du plan, alors que l'objectif était fixé à 70% pour cette période.

Contrairement à l'IPTg3, la couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MIILDA) chez les femmes enceintes montre de bons progrès et dépasse largement l'objectif fixé dans le SP SRMNIA 2019-2023. Elle est passée de 55 % en 2017 à 87 % en 2021, bien au-dessus de l'objectif à moyen terme de 75 %. La protection efficace des femmes enceintes et des nouveau-nés contre le tétanos néonatal et la diphtérie reste encore un défi pour le Programme Élargi de Vaccination (PEV) et le Programme National de Santé Reproductive (PNSR). Malgré une augmentation très rapide en 2019 (83,4 %), la couverture Td2+ a continué de diminuer au cours des deux dernières années, atteignant 69 % en 2021, ce qui est loin de l'objectif à moyen terme de 82 %. En ce qui concerne le VIH, nous avons constaté une diminution très significative de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale. Le taux est passé de 2,1 % en 2017 à 0,9 % en 2021, bien en deçà de l'objectif du SRMNIA, fixé à 1,9 %.

En ce qui concerne les accouchements, l'objectif de 91 % en 2021 n'a pas été atteint. Bien qu'en 2019 il y ait eu une augmentation significative, passant de 85 % en 2017 à 98,6 % en 2019, le taux a diminué pour revenir à 86,2 % en 2021, bien en dessous de l'objectif de 91 %. Contrairement aux accouchements assistés, le taux de césariennes est en hausse : il est passé de 6,4 % à 9,1 % entre 2017 et 2021, soit une augmentation de 2,7 % en quatre ans.

L'analyse des données de suivi dans les 112 structures sanitaires (FOSA) (59 CDS et 53 hôpitaux) qui travaillent dans le réseau de Soins Intégrés d'Urgence Obstétricale et Néonatale (SONUC) montre que le pourcentage de FOSA effectuant toutes les fonctions de signalisation est passé de 20 % en 2019 à 26 % en 2022.

La proportion d'hôpitaux en réseau proposant le SONUC est passée de 29 % en 2017 à 62 % en 2020 et est restée constante en 2021. Pour les CDS, le pourcentage est passé de 2 % à 10 % entre 2017 et 2021, soit une amélioration de 8 %, mais restant loin de l'objectif à moyen terme fixé à 48,8 %. Le taux de couverture des consultations post-natales (CPoN-1) effectuées dans les 48 heures suivant l'accouchement est passé de 60 % à 80 % entre 2017 et 2021.

Cet indicateur est parmi les rares à évoluer sur la même courbe que les cibles. Concernant l'intégration des autres problèmes gynécologiques, les données disponibles à ce jour révèlent qu'en dehors de la prévention et du contrôle des infections sexuellement transmissibles, d'autres problèmes gynécologiques sont trop faiblement intégrés. C'est le cas de la prévention et du contrôle des cancers gynécologiques, notamment du cancer du col de l'utérus et de la gestion des cas de viols, etc.

2.2.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?

Au niveau de la planification nationale, le Plan National de Développement du Burundi 2018-2027 vise à relever le défi majeur de l'accès des jeunes de 20 à 24 ans à l'information et à la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive. Au niveau sectoriel, parmi les initiatives du Gouvernement du Burundi en matière de santé maternelle figure un plan stratégique pour le SRMNIA. Ce plan stratégique visait à contribuer à l'amélioration de la santé des mères, des enfants et des adolescents à travers l'évaluation des performances des programmes, et il s'aligne sur la politique nationale de santé 2016-2025 et sur le plan national de développement sanitaire (PNDS 2019-2023). Il s'inscrit également dans les objectifs de développement durable (ODD) et les orientations de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030.



Tableau 3: Evolution des performances en santé maternelle : 2010, 2016-2017, 2021 et les objectifs 2030 et 2040

Indicateur	2010	2016-2017	2021	Objectif 2030	Objectif 2040
● Taux de mortalité maternelle décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	500	334			Moins de 70
● Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins une consultation prénatale (CPN)	98,9	99,2	79,5	100	100
● Pourcentage (%) de femmes enceintes qui ont eu leur première CPN au cours du premier trimestre de la grossesse	20,6	47	46	100	100
● Pourcentage (%) de femmes enceintes ayant eu au moins 4 CPN	33	49	39,5	100	100
● Taux de fécondité (nombre d'enfants par femme)	6,4	5,5			2,5
● Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	60,3	83,9	76,5	98	100
● Pourcentage de femmes ayant reçu 3 doses ou plus de SP/Fansidar1 :	0,3	12,9		100	100
● Pourcentage d'établissements de santé du réseau SONUC disposant de toutes les fonctions de signalisation			30	100	100

Source : construit sur la base des informations des EDS 2010, 2016-2017, de l'annuaire statistique du ministère de la Santé et du Projet Vision du Burundi pour les pays émergents à l'horizon 2040 et les pays développés à l'horizon 2060

2.3. RÉSULTATS DE L'ESTIMATION

2.3.1. Impacts de l'intensification des interventions en matière de santé maternelle

Cette section présente les résultats en termes de changements dans le taux de mortalité maternelle, de changements dans les décès maternels et de vies maternelles additionnels sauvées par chaque intervention spécifique pour la période de projection (2023-2030) et pour chaque scénario d'intensification des interventions.

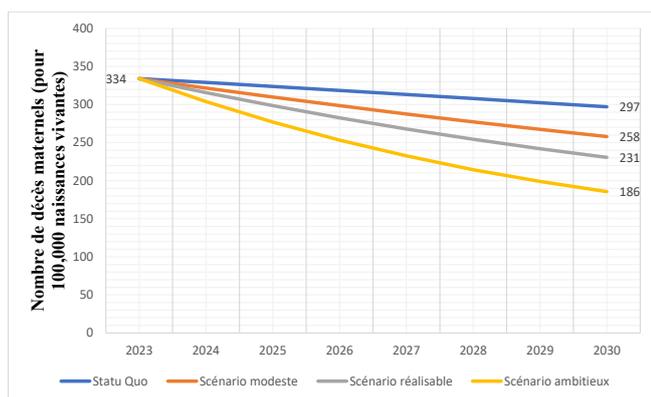
Les résultats montrent que les changements les plus importants seront observés dans le scénario ambitieux où toutes les interventions sont étendues jusqu'à une couverture de 95 % d'ici 2030. Les résultats sont présentés dans les Tableaux 4, 5 et 6, les Figures 5, 6 et 7 visualisant les tendances des changements pour le période (2023-2030).

Tableau 4: Changements attendus du ratio de mortalité maternelle de 2023 -2030

Scénarios d'intervention	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Statu Quo	334	329	324	318	313	308	302	297
Scénario modeste	334	322	310	298	288	277	267	258
Scénario réalisable	334	316	298	283	268	254	242	231
Scénario ambitieux	334	304	277	253	233	214	199	186

Source : Outil LiST, à partir des données de base

Figure 6: Tendances des décès maternels de 2023-2030



Les résultats montrent que les changements les plus importants seront observés dans le scénario ambitieux où toutes les interventions sont étendues jusqu'à une couverture de 95 % d'ici 2030. Les résultats sont présentés dans les Tableaux 4, 5 et 6, les Figures 5, 6 et 7 visualisant les tendances des changements pour la période (2023-2030).

Source : Projections faites en Excel sur base des estimations obtenues par les outils LiST

Tableau 6: Gains d'impacts pour chaque scénario par rapport au Statu-quo

Changements Statu-quo	Scénario modeste	Scénario réalisable	Scénario ambitieux	Gains d'impacts par rapport au statu-quo			
				Scénario	Scénario	Scénario	
Evolution attendue du taux de mortalité maternelle fin 2030	297	258	231	186	13%	22%	37%
Changement attendu des décès maternels fin 2030	1 786	1 551	1 387	1 117	13%	22%	37%

Source : Outil LiST, à partir des données de base

Le tableau 6 souligne que l'augmentation des interventions vers les scénarios Modeste, Réalisable et Ambitieux produira des gains de l'ordre de 13 %, 22 % et 37 % respectivement pour le taux de mortalité maternelle et les décès maternels d'ici fin 2030. L'efficacité de ces gains sera évaluée par rapport aux coûts additionnels relatifs par scénario par rapport à une situation de statu quo.

En termes de contribution des interventions à la réduction du taux de mortalité maternelle et des décès maternels, les résultats sont présentés dans le tableau 7 avec une visualisation des changements sur la figure 7.

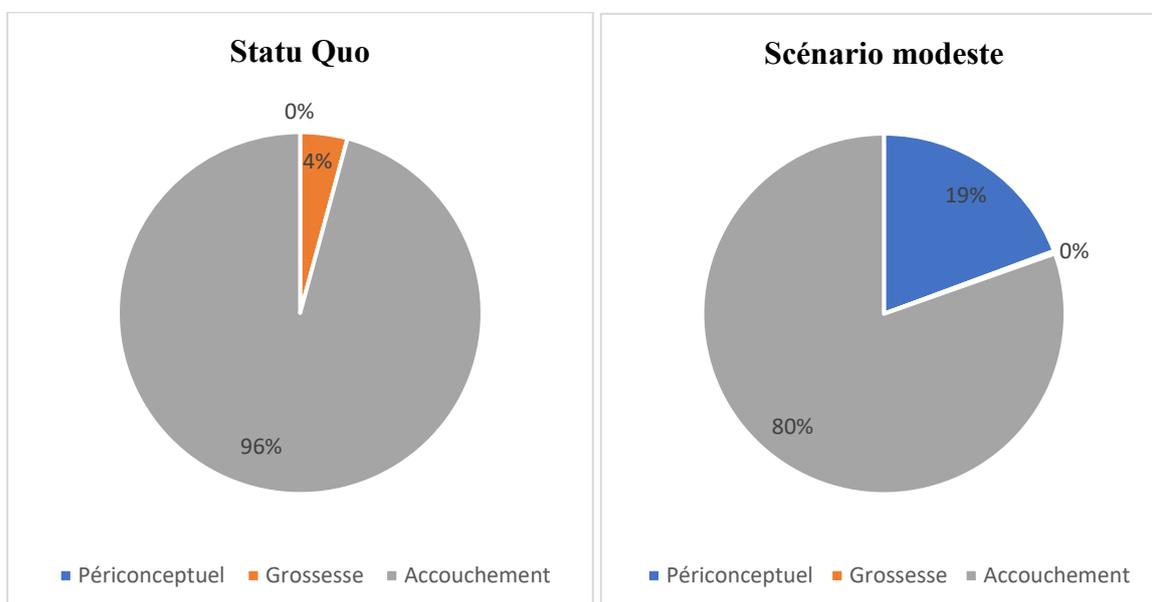


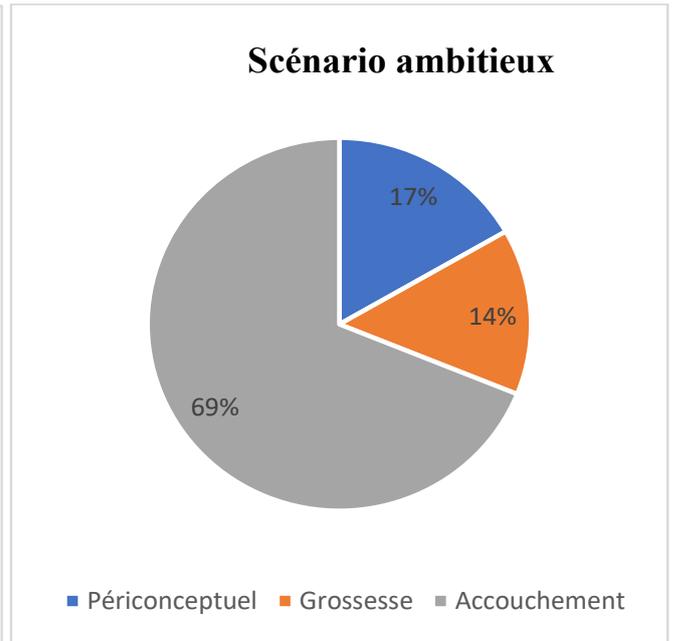
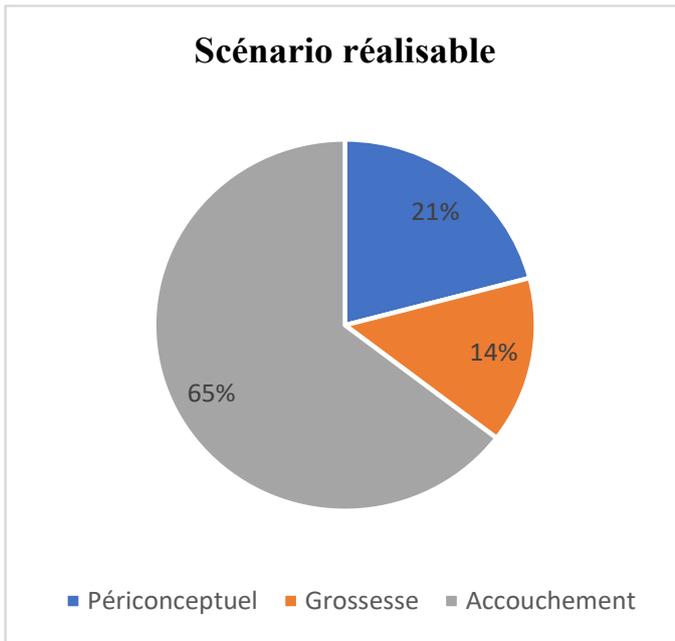
Tableau 7: Contributeurs à la réduction des décès maternels

Vies maternelles additionnelles sauvées grâce à l'intervention	Statu-quo	Scénario modeste	Scénario réalisable	Scénario ambitieux	Vies sauvées en % du statu quo	Vies sauvées en % du scénario modeste	Vies sauvées en % du scénario réalisable	Vies sauvées en % du scénario ambitieux
Périsconceptuel								
Services d'avortement sécurisé	0	175	306	414	0	11	13	11
Gestion des cas après avortement	0	111	149	154	0	7	6	4
Prise en charge des cas de grossesse extrautérine	0	28	37	39	0	2	2	1
Grossesse								
Vaccination contre l'anatoxine tétanique TT	4	4	4	4	1	0	0	0
Prise en charge des cas de trouble hypertensif	23	0	337	519	4	0	14	14
Accouchement								
Environnement de naissance propre	70	23	21	165	11	1	1	5
MgSO4 pour l'éclampsie	91	131	106	267	14	8	5	7
Antibiotiques pour la PROM prématurée ou prolongée	28	48	47	107	4	3	2	3
Antibiotiques pour la septicémie maternelle	86	144	141	331	13	9	6	9
Accouchement vaginal assisté	12	19	100	164	2	1	4	5
Utérotoniques pour l'hémorragie du post-partum	197	422	397	358	31	26	17	10
Retrait manuel du placenta	22	103	96	163	3	6	4	4
Élimination des produits de conception retenus	22	103	97	164	3	6	4	5
Accouchement par césarienne	50	242	204	328	8	15	9	9
Transfusion sanguine	40	72	311	455	6	4	13	13
Impact total	645	1 625	2 353	3 632	100	100	100	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

Figure 7: Proportions de vies additionnelles sauvées par catégorie d'interventions pour différents scénarios





Source : Projections faites en Excel sur base des estimations obtenues par les outils LiST

D'après le tableau 7 et la figure 7, les résultats sur la contribution par intervention montrent que les interventions en matière d'accouchement sont les principaux contributeurs à la réduction des décès maternels dans tous les scénarios.

Il est important de noter que dans les scénarios modestes, réalisables et ambitieux, les interventions péri-conceptuelles et liées à la grossesse sont également des interventions importantes qui contribuent à la réduction des décès maternels malgré la prédominance des interventions en matière d'accouchement.

2.3.2. Coûts liés à l'intensification des interventions en matière de santé maternelle

S'il est important de disposer d'informations sur l'impact de l'intensification des interventions, il est tout aussi crucial, notamment pour les décideurs politiques, de connaître le coût de cette intensification afin de faciliter la formulation de stratégies et de plans de mobilisation des ressources. L'estimation des coûts pour l'intensification des interventions visant à mettre fin à la mortalité maternelle de 2023 à 2040 pour les trois scénarios est présentée dans le tableau 5, avec des détails pour chaque scénario dans les tableaux 8, 9 et 10. La définition et la portée des cinq catégories de coûts (coûts des interventions, coûts de programme, coûts de gaspillage, coûts de logistique et coûts d'investissement dans les infrastructures) sont fournies en annexe A. En résumé, les coûts directs peuvent être décrits comme des « coûts d'intervention », tandis que les quatre autres catégories peuvent être considérées comme des coûts indirects soutenant la mise en œuvre des interventions et l'atteinte des impacts souhaités, c'est-à-dire la réduction des décès maternels.



Tableau 8: Résumé des coûts additionnels taux pour la santé maternelle (en USD) : toutes catégories de prestations pour les trois scénarios, 2023-2030

Catégorie de coût	Scénario de statu quo	Scénario modeste	Scénario réalisable	Scénario ambitieux	Affaires comme d'habitude %	Scénario modeste %	Scénario réalisable %	Scénario ambitieux %
Médicament et approvisionnement	2 949 674	78 019 492	135 187 195	185 485 332	8	68	74	75
Coût du travail	33 074 401	37 053 305	47 897 412	60 220 849	91	32	26	24
Autre coût récurrent	59 384	96 771	169 862	256 263	0	0	0	0
Coût en capital	188 443	298 062	525 777	787 544	1	0	0	0
Coût supplémentaire total du traitement	36 271 902	115 467 630	183 780 246	246 749 989	91	95	95	95
Coût total du programme	3 576 933	6 623 240	9 205 200	11 644 887	9	5	5	5
Coût supplémentaire total de l'intervention	39 848 835	122 090 871	192 985 447	258 394 876	100	100	100	100
Augmentation des coûts par rapport au statu quo (%)	-	206%	384%	548%				

Source : Estimation sur base des outils LiST

Comme le montre le tableau 8, le total des coûts additionnels varie de 39 848 835 ; 122 090 871 ; 192 985 447 à 258 394 876 dollars américains pour les scénarios de statu quo, modestes, réalisables et ambitieux respectivement pour l'horizon 2030.

En lien avec les impacts dont nous avons déjà discuté, les grands impacts envisagés dans les scénarios modestes, réalisables ou ambitieux par rapport au scénario de statu quo sont associés à des coûts additionnels de l'ordre de 206%, 384% et 548% respectivement pour les scénarios Modeste, Réalisable et Ambitieux.

Tableau 9: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030 (en USD) – Scénario de statu quo

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	Coûts additionnels de l'intervention en % du total total
Médicament et approvisionnement	0	89 580	189 376	295 483	407 423	525 520	653 090	789 202	2 949 674	8
Coût du travail	0	3 748 848	4 029 481	4 334 971	4 665 987	5 024 734	5 419 533	5 850 847	33 074 401	91
Autre coût récurrent	0	1 787	3 807	5 952	8 209	10 584	13 153	15 892	59 384	0
Coût en capital	0	5 670	12 081	18 892	26 053	33 586	41 736	50 423	188 443	1
Coût supplémentaire total du traitement	0	3 845 885	4 234 745	4 655 298	5 107 672	5 594 424	6 127 512	6 706 365	36 271 902	91
Coût total du programme	0	109 545	241 646	365 613	497 492	639 462	784 470	938 704	3 576 933	9
Coût supplémentaire total de l'intervention	0	3 955 430	4 476 391	5 020 911	5 605 164	6 233 886	6 911 982	7 645 069	39 848 835	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

Tableau 10: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030
(en USD) – Scénario modeste

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	Coûts additionnels de l'intervention en % du total
Médicament et approvisionnement	0	2 541 154	5 195 439	7 968	10 867 102	13 899 520	17 092 878	20 454 771	78 019 492	68
Coût du travail	0	3 864 161	4 271 768	4 717 200	5 202 387	5 730 974	6 313 778	6 953 035	37 053 305	32
Autre coût récurrent	0	3 043	6 353	9 828	13 456	17 246	21 288	25 559	96 771	0
Coût en capital	0	9 355	19 553	30 263	41 442	53 122	65 580	78 746	298 062	0
Coût supplémentaire total du traitement	0	6 417 713	9 493 112	12 725 918	16 124 387	19 700 863	23 493 524	27 512 111	115 467 630	95
Coût total du programme	0	208 181	443 515	675 657	920 989	1 182 084	1 452 872	1 739 941	6 623 240	5
Coût supplémentaire total de l'intervention	0	6 625 895	9 936 627	13 401 576	17 045 376	20 882 948	24 946 396	29 252 052	122 090 871	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

Tableau 11: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030
(en USD) – Scénario réalisable

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	Coûts additionnels de l'intervention en % du total
Médicament et approvisionnement	0	4 409 334	9 009 426	13 813 500	18 833 278	24 083 862	29 610 472	35 427 323	135 187 195	74
Coût du travail	0	4 176 376	4 928 521	5 754 731	6 660 763	7 654 604	8 754 477	9 967 940	47 897 412	26
Autre coût récurrent	0	5 473	11 290	17 360	23 678	30 263	37 231	44 568	169 862	0
Coût en capital	0	16 921	34 927	53 721	73 285	93 678	115 259	137 986	525 777	0
Coût supplémentaire total du traitement	0	8 608 103	13 984 163	19 639 312	25 591 004	31 862 409	38 517 439	45 577 817	183 780 246	95
Coût total du programme	0	290 893	613 182	936 893	1 278 761	1 641 775	2 020 806	2 422 891	9 205 200	5
Coût supplémentaire total de l'intervention	0	8 898 996	14 597 345	20 576 205	26 869 765	33 504 183	40 538 245	48 000 708	192 985 447	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

Tableau 11: Coûts additionnels annuels estimés pour la santé maternelle 2023-2030
(en USD) – Scénario réalisable

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	Coûts additionnels de l'intervention en % du total
Médicament et approvisionnement	0	6 053 560	12 365 591	18 956 135	25 841 839	33 043 729	40 623 390	48 601 087	185 485 332	75
Coût du travail	0	4 531 823	5 675 505	6 934 049	8 317 817	9 839 989	11 527 488	13 394 179	60 220 849	24
Autre coût récurrent	0	8 351	17 130	26 262	35 756	45 643	56 073	67 049	256 263	0
Coût en capital	0	25 637	52 617	80 691	109 877	140 276	172 349	206 098	787 544	0
Coût supplémentaire total du traitement	0	10 619 370	18 110 843	25 997 137	34 305 289	43 069 637	52 379 300	62 268 412	246 749 989	95
Coût total du programme	0	368 699	772 948	1 183 125	1 616 345	2 076 033	2 557 996	3 069 741	11 644 887	5
Coût supplémentaire total de l'intervention	0	10 988 069	18 883 792	27 180 262	35 921 633	45 145 671	54 937 296	65 338 154	258 394 876	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

Tableau 13: Coûts additionnels du programme, tous canaux de diffusion confondus, 2023-2030 (en USD)

Catégorie de coût	Statu Quo	Scénario modeste	Scénario réalisable	Scénario ambitieux	Scénario de statu quo %	Scénario modeste %	Scénario réalisable %	Scénario ambitieux %
Ressources humaines spécifiques au programme	238 462	441 549	613 680	776 326	7	7	7	7
Entraînement	238 462	441 549	613 680	776 326	7	7	7	7
Surveillance	476 924	883 099	1 227 360	1 552 652	13	13	13	13
Contrôle et évaluation	476 924	883 099	1 227 360	1 552 652	13	13	13	13
Infrastructure	476 924	883 099	1 227 360	1 552 652	13	13	13	13
Transport	476 924	883 099	1 227 360	1 552 652	13	13	13	13
Communication, médias et sensibilisation	238 462	441 549	613 680	776 326	7	7	7	7
Gestion générale du programme	238 462	441 549	613 680	776 326	7	7	7	7
Formation des agents de santé communautaires	476 924	883 099	1 227 360	1 552 652	13	13	13	13
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0
Coûts additionnels totaux du programme	3 576 933	6 623 240	9 205 200	11 644 887	100	100	100	100

Source : Estimation sur base des outils LiST

2.3.3. Analyse du déficit de financement pour soutenir les interventions en matière de santé maternelle

Après l'identification des interventions qui ont un impact sur la réduction de la mortalité maternelle et des coûts associés, la question cruciale est de savoir comment mobiliser les ressources nécessaires pour financer les gaps. Afin de contribuer à résoudre ce défi, l'étape fondamentale consiste à évaluer les déficits de financement par rapport au budget d'investissement requis et aux fonds projetés et mobilisables au niveau national. Dans cette section, l'analyse donc le budget consacré au financement de la santé maternelle à partir des budgets publics précédents et des relevés de comptes budgétaires du ministère de la Santé.

À partir des données passées sur les dépenses publiques dans le secteur de la santé, il est donc possible de déterminer les écarts en termes de différences entre l'investissement total requis et les fonds publics projetés pour le secteur de la santé. Le tableau 14 résume les résultats de l'analyse des déficits (Gaps).

Tableau 14: Analyse des déficits de financement (en USD)

Scénario	Investissement total requis	Fonds projetés par pays	Déficit de financement	% de l'investissement déficitaire sur total requis
Statu quo	39 848 835	32 852 758	6 996 077	18%
Modeste	122 090 871	45 993 861	76 097 010	62%
Réalisable	192 985 447	55 849 688	137 135 759	71%
Ambitieux	258 394 876	64 062 878	194 331 998	75%

Source : Estimation sur base des outils LiST

Tableau 15: Programmes de mobilisation de fonds (en USD)

Sources	statu quo	Modeste	Réalisable	Ambitieux	Pondération des sources
Publiques	5 425 881	59 017 828	106 357 065	150 716 204	78%
Externes	1 569 827	17 075 162	30 771 449	43 605 529	22%
Autres (privées)	370	4 020	7 244	10 265	0%
Total	6 996 077	76 097 010	137 135 759	194 331 998	100%

Source : Estimation sur base des outils LiST

L'analyse des déficits de financement pour l'intensification des interventions maternelles montre que sur 39 848 835 ; 122 090 871 ; 192 985 447 et 258 394 876 dollars américains sont nécessaires pour intensifier les interventions selon les scénarios Statu quo, Modeste, Atteignable et Ambitieux, les écarts sont estimés à 18 %, 62 %, 71 % et 75 % respectivement.

Dans tous les scénarios, les fonds provenant de sources nationales, externes ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions de 78%, 22% et 0%.



3. METTRE FIN AUX BESOINS NON SATISFAITS EN MATIERE DE PF

3.1. INTRODUCTION

Pour obtenir zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale, sept méthodes différentes de contraception moderne ont été considérées comme pertinentes. Ceux-ci incluent (i) le préservatif masculin, (ii) la stérilisation féminine, (iii) la stérilisation masculine (3 mois - Depo Provera), (iv) les injectables de 3 mois, (v) les implants (Jadelle - 5 ans), (vi) le DIU. (DIU au cuivre-T 380-A-10 ans) et (vii) pilules (régime quotidien standard). Les utilisateurs de chacune de ces méthodes modernes et les scénarios projetés de taux de prévalence contraceptive moderne (TPCm) sont présentés dans le tableau 20 et les figures 9, 10 et 11. Le tableau donne la combinaison de méthodes attendues avec des interventions de plans modestes, réalisables et ambitieux qui visent l'augmentation du taux de prévalence des contraceptifs modernes (TPCm) à 23,0 %, 40,3 % et 50,0 % respectivement dans les scénarios modeste, réalisable et ambitieux.

3.2. MÉTHODOLOGIE

Une méthodologie par étape, adaptée à partir des outils SPECTRUM a guidé l'élaboration des besoins d'investissement à travers toutes les étapes, y compris la collecte et la validation de données de référence, la définition de scénarios de projection et des cibles finales, les impacts et les coûts ainsi que l'estimation des déficits de financement pour l'intensification des interventions.

3.2.1. Données et sources de données

Les informations sur les données contextuelles destinées à alimenter l'outil Spectrum pour la planification familiale ont été obtenues à partir de sources de données nationales, notamment des annuaires statistiques et des rapports du ministère en charge de la Santé ainsi que des documents-cadres politiques. Les projections de TPC et de besoins non satisfaits proviennent du Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents PSN-SRMNIA : 2019 – 2023, Politique Nationale de Santé 2016-2025 et d'autres sources pertinentes comme le système Track 20 d'Avenir Health.

3.2.2. Validation des données

La validation des données a été effectuée dans le cadre d'un processus consultatif et participatif, comme décrit précédemment dans la section sur la mortalité maternelle.



3.2.1. Scénarios, horizon de projection et données de base et cibles

Toutes les estimations du résultat transformateur de la planification familiale ont été réalisées à l'aide de l'outil FamPlan du logiciel de politique Spectrum. L'objectif est le taux de prévalence de la contraception moderne (TPCm) et la justification des projections est d'augmenter le TPCm tout en réduisant l'utilisation traditionnelle de la contraception. Les points de données de référence et de fin pour la combinaison de méthodes et le TPCm sont présentés dans le Tableau 16. Les scénarios d'augmentation du TPCm ont été définis comme suit :

● Scénario 1 :

Le premier scénario utilise des données passées sur le TPCm pour calculer le taux de changement moyen et suppose ensuite que ce taux sera suivi au cours des années suivantes. À partir des données passées, les TPCm sont enregistrés à 16,9 %, 17,5 % et 18,1 % pour les années 2020, 2021 et 2022 respectivement. L'augmentation annuelle moyenne est donc de 0,6 %. Si nous supposons que ce taux d'augmentation reste constant jusqu'à la fin, l'objectif équivalent est de 23,0 % d'ici 2030. Cela a été fixé comme objectif pour un scénario modeste et l'objectif politique de 23,0 % a été utilisé pour estimer les coûts correspondants (Tableaux 21 et 22) et les impacts liés à cette projection (Tableau 20 et Figures 9, 10 et 11).

● Scénario 2 :

Le scénario 2 additionne les besoins non satisfaits (18,9 %), le TPCm actuel (18,1 %) et les méthodes traditionnelles (3,3 %) pour représenter 40,3 % qui est défini comme objectif de TPCm pour ce scénario. Cela suppose que toute la demande de services de PF au départ sera satisfaite par des méthodes modernes d'ici 2030. Ceci est conforme à l'objectif de l'UNFPA d'obtenir des résultats transformateurs. Les coûts (Tableaux 21 et 22) et les impacts correspondants (Tableau 20 et Figures 9, 10 et 11) ont été projetés.

● Scénario 3 :

Le troisième scénario suppose l'augmentation du TPCm de 18,1 % à 50 % d'ici fin 2030. Cet objectif a été fixé en référence au cadre politique national de la santé 2016-2025 où l'objectif pour 2025 était de 50% pour le TPCm ("Le renforcement de l'accès et l'utilisation des services de planification familiale de qualité tenant compte des besoins et du choix libre éclairé de l'individu et des couples afin d'atteindre un taux de prévalence contraceptive d'au moins 50 %"). Il s'agit d'un plan ambitieux qui nécessite des efforts considérables. Fixé ainsi, l'objectif politique de 50,0 % a été utilisé pour estimer les coûts correspondants (Tableaux 21 et 24) et les impacts liés à cette projection (Tableau 20 et Figures 9, 10 et 11).



Mélange de méthodes / Scénario	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Utilisateurs – Scénario 1								
Préservatif masculin	17 321	18 845	20 472	22 167	23 923	25 744	27 617	36 806
Stérilisation féminine	7 217	7 857	8 541	9 253	9 991	10 756	11 544	15 391
Stérilisation masculine	1 443	1 596	1 759	1 930	2 109	2 295	2 487	3 346
retrait	46 189	41 294	35 901	29 911	23 320	16 137	8 359	0
Abstinence périodique	33 198	29 680	25 804	21 498	16 761	11 598	6 008	0
Traditionnel (non précisé)	1 443	1 290	1 122	935	729	504	261	0
3 mois (Depo Provera)	167 434	181 880	197 305	213 349	229 964	247 184	264 888	352 665
Jadelle (5 ans)	86 604	94 101	102 107	110 435	119 061	128 002	137 195	182 690
Régime quotidien standard	24 538	26 580	28 758	31 021	33 361	35 784	38 271	50 859
DIU au Cuivre -T 380-A (10 ans)	12 991	14 118	15 322	16 575	17 873	19 218	20 602	27 437
Autres	11 547	10 324	8 975	7 478	5 830	4 034	2 090	0
Total	409 925	427 564	446 067	464 551	482 922	501 256	519 323	669 194
Utilisateurs – Scénario 2								
Préservatif masculin	17 321	21 322	25 662	30 303	35 238	40 471	45 981	51 774
Stérilisation féminine	7 217	8 890	10 706	12 649	14 716	16 910	19 221	21 651
Stérilisation masculine	1 443	1 806	2 205	2 639	3 106	3 607	4 141	4 707
Retrait	46 189	46 722	45 001	40 889	34 351	25 369	13 918	0
Abstinence périodique	33 198	33 582	32 344	29 389	24 689	18 234	10 003	0
Traditionnel (non précisé)	1 443	1 460	1 406	1 278	1 073	793	435	0
Depo Provera (3 mois)	167 434	205 790	247 318	291 657	338 737	388 595	441 027	496 085
Jadelle (5 ans)	86 604	106 472	127 989	150 970	175 377	201 230	228 424	256 985
Régime quotidien standard	24 538	30 074	36 048	42 407	49 141	56 255	63 720	71 542
DIU au Cuivre -T 380-A (10 ans)	12 991	15 974	19 206	22 659	26 327	30 213	34 301	38 595
Autres	11 547	11 681	11 250	10 222	8 588	6 342	3 479	0
Total	409 925	483 772	559 137	635 062	711 344	788 020	864 650	941 338
Utilisateurs – Scénario 3								
Préservatif masculin	17 321	22 711	28 571	34 865	41 582	48 729	56 278	56 784
Stérilisation féminine	7 217	9 469	11 920	14 553	17 366	20 360	23 525	23 746
Stérilisation masculine	1 443	1 923	2 455	3 036	3 665	4 343	5 068	5 162
retrait	46 189	49 766	50 103	47 045	40 535	30 545	17 035	0
Abstinence périodique	33 198	35 769	36 012	33 814	29 135	21 954	12 244	0
Traditionnel (non précisé)	1 443	1 555	1 566	1 470	1 267	954	532	0
3 mois (Depo Provera)	167 434	219 196	275 360	335 564	399 726	467 884	539 788	544 094
Jadelle (5 ans)	86 604	113 408	142 501	173 697	206 953	242 289	279 576	281 855
Régime quotidien standard	24 538	32 033	40 135	48 791	57 989	67 734	77 989	78 465
DIU au Cuivre -T 380-A (10 ans)	12 991	17 015	21 384	26 070	31 067	36 377	41 982	42 330
Autres	11 547	12 442	12 526	11 761	10 134	7 636	4 259	0
Total	409 925	515 287	622 534	730 666	839 420	948 806	1 058 273	1 032 436
Pourcentage de femmes ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes								
Scénario 1	18.9	18.2	17.5	16.8	16.1	15.4	14.7	14.0
Scénario 2	18.9	17.2	15.5	13.8	12.1	10.4	8.7	7.0
Scénario 3	18.9	15.2	11.4	7.7	4.0	0.3	0.0	0.0
Cibles de RCPm								
Scénario 1	18.1	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	23.0
Scénario 2	18.1	21.3	24.4	27.6	30.8	34.0	37.1	40.3
Scénario 3	18.1	22.7	27.2	31.8	36.3	40.9	45.4	50.0

Source : Estimation sur base des outils LiST

3.2.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions de planification familiale

Pour modéliser les impacts des interventions de planification familiale, le module FamPlan de l'outil Spectrum a été utilisé. À partir des données collectées, l'analyse du nombre attendu de grossesses non désirées, de décès maternels et d'avortements à risque évités entre 2023 et 2030 a été entreprise, en utilisant la projection démographique de 13,8 millions de personnes en 2023 par l'Institut National de la Statistique du Burundi (INSBU, 2023). La projection de la population en 2023 montre qu'environ 3 287 602,8 (trois millions deux cent quatre-vingt-sept mille six cent deux) étaient des femmes en âge de procréer. En plus de ces informations, des taux de natalité par âge pour des tranches pertinentes de la population féminine ainsi que la mesure des grossesses non désirées ont été obtenus. Un taux de croissance démographique de 2,7 % a été supposé en tenant compte des taux d'augmentation des années passées pour le Burundi.

À partir des données passées sur les dépenses publiques dans le secteur de la santé, il a été possible de déterminer les écarts en termes de différences entre l'investissement total requis pour cette Analyse des Investissements et les fonds publics projetés pour la planification familiale. Nous avons également analysé les sources de financement en réfléchissant aux programmes actuels de mobilisation des ressources publiques.

3.2.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions de planification familiale

Le coût des interventions a été évalué à l'aide du module FamPlan de l'outil Spectrum. Les coûts ont été ventilés par composante (ou type de coût) pour chacune des interventions. Le résumé des coûts des interventions liées à la satisfaction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est présenté dans le tableau 20 et les coûts détaillés pour chacun des trois scénarios sont présentés dans les tableaux 22, 23 et 24. Dans l'ensemble, les médicaments, les approvisionnements et les coûts des ressources humaines représentent 95 % des coûts. les coûts totaux pour tous les scénarios. De toute évidence, les médicaments et leur approvisionnement constitueront le principal coût de l'intensification des interventions de planification familiale.

3.2.6. Estimation des déficits de financement liés à l'intensification des interventions de PF

Les déficits de financement pour l'intensification des interventions de planification familiale ont été analysés en documentant le budget dédié au financement des interventions de PF à partir des budgets publics précédents et des relevés de comptes budgétaires du ministère en charge de la Santé.



3.3. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

3.3.1. Introduction

La demande potentielle de contraception et l'identification des femmes qui ont de grands besoins en services de planification familiale sont des questions importantes dans tout programme de planification familiale. Les femmes fertiles qui n'utilisent pas de contraception, mais qui souhaitent espacer leurs prochaines naissances (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfants (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

3.3.2. D'où venons-nous ?

La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans en union ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception est restée quasiment inchangée avec 31% en 2010 et 30% en 2016-2017 (16% pour l'espacement des naissances et 14% pour la limitation des naissances).

Entre autres perspectives démographiques, l'INSBU en collaboration avec l'UNFPA a élaboré des projections démographiques sur 40 ans, soit de 2010 à 2050. Dans leur estimation, la fécondité a été retenue comme variable dépendante évoluant selon certains déterminants. Les hypothèses retenues pour les déterminants conduisent à un nombre moyen établi entre 3,75 et 4 enfants par femme en 2020, 2,56 et 3,4 enfants en 2030 et 1,94 et 2,95 en 2050 contre 6,43 enfants en 2010. Concernant la fécondité, l'objectif retenu est de 3 enfants /femme selon ce que préconise la vision 2025. Avec cet objectif, une interpolation linéaire (période 2008-2025) a été réalisée et l'indice synthétique de fécondité (ISF) en 2010 est de 5,82 (près de 6 enfants/femme).

3.3.3. Où sommes-nous actuellement ?

Types et taux d'acceptation des méthodes contraceptives

Le recours aux méthodes contraceptives, notamment modernes, est un moyen utilisé par les individus et les couples pour planifier leurs naissances, tant en les espaçant qu'en les limitant. Cependant, les données disponibles sur la planification familiale montrent que la plupart des indicateurs n'ont pas été atteints en 2021. Cela n'est possible que grâce à l'existence de structures offrant des services et apportant des conseils et des méthodes diverses. Le taux d'acceptation de la contraception moderne est passé de 20 % à 23,6 % entre 2017 et 2021 (Rapport SRMNIA, 2022). Le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive est passé de 21,9% en 2010 à 28,5% en 2016-2017.

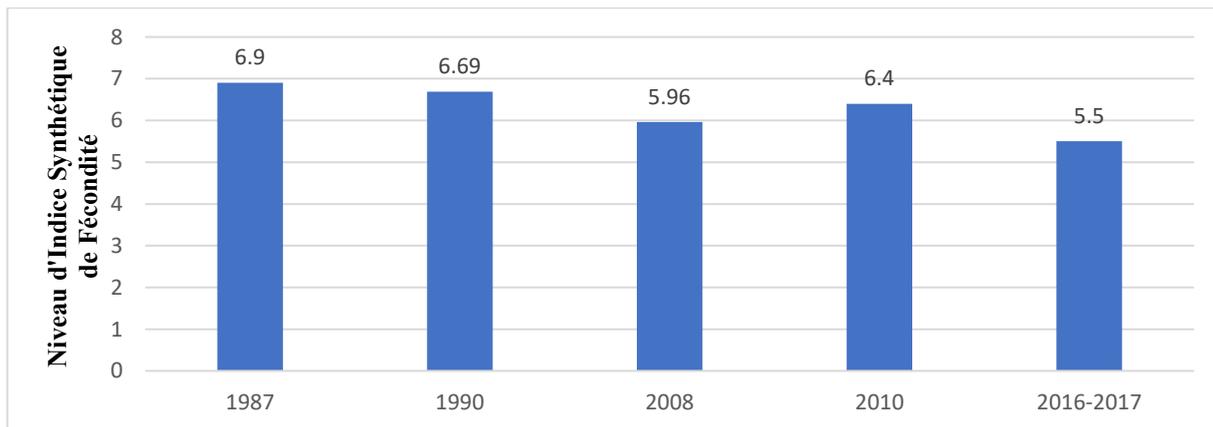
Dans l'ensemble, ce sont les méthodes contraceptives modernes qui sont les plus utilisées. Les données de l'EDS 2016-2017 révèlent que 23 % des femmes utilisent une méthode moderne contre 6 % pour les méthodes traditionnelles. Les méthodes modernes, telles que les injectables (12 %) et les implants (6 %), sont utilisées plus fréquemment que la méthode du rythme (2 %) et du retrait (3 %).

L'indice synthétique de fécondité (ISF)

Au Burundi, la dynamique démographique se caractérise par un niveau de fécondité très élevé avec environ 6 enfants par femme, ce qui, face à une mortalité élevée mais en baisse, entraîne un taux de croissance élevé. En termes de perspectives démographiques, les projections prévoient 2,56 et 3,4 enfants en 2030 et 1,94 et 2,95 en 2050. Bien que l'ISF reste relativement élevé au Burundi, il a généralement diminué entre 1987 -2016-2017 (Figure 8).



Figure 8: Evolution de l'ISF (Indice Synthétique de Fécondité – ISF), EDS 1987-2016-2017



Source : Construit à partir des données de l'EDS 1987, l'EDS 2010 et l'EDS 2016-2017

Tableau 17: Evolution des performances en planification familiale : 2010, 2016-2017, 2021 et les objectifs 2030 et 2040

Indicateur	2010	2016 - 2017	Cible 2030	Cible 2040
Pourcentage (%) de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive moderne	11	14,6		
Pourcentage de femmes en union qui utilisent une méthode moderne de contraception	17,7	23	50	60
Pourcentage (%) de femmes âgées de 15 à 49 ans en union qui utilisent une méthode contraceptive naturelle	4	6		
Nombre idéal d'enfants pour les hommes de 15 à 49 ans	4,1	3,7		
Nombre idéal d'enfants pour les femmes de 15 à 49 ans	4,2	3,9		
Pourcentage (%) de femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont commencé leur vie reproductive	10,5	8,3		
Besoin non satisfait en matière de planification familiale	32%	30%	1%	0%

Source : Construit sur la base des informations des EDS 2010, 2016-2017, de l'annuaire statistique du Ministère de la Santé, de la Vision du Burundi pour les pays émergents 2040 et les pays développés 2060

Selon le rapport de revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA (2022), les données disponibles sur la planification familiale (PF) montrent que la plupart des cibles n'ont pas été atteintes en 2021. Le taux d'acceptation des méthodes de PF est passé de 20% à 23,6% entre 2017 et 2021 pour un objectif fixé à 26 %. C'est également le cas du nombre d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives. Il a été estimé à 173 692 nouveaux utilisateurs en 2017 contre 258 924 en 2021 alors que l'objectif a été fixé à 284 652.

3.3.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?

Les défis et perspectives en matière de santé maternelle et de planification familiale sont identifiés dans les documents de planification et d'orientation des politiques nationales du Burundi. Il s'agit notamment du rapport de priorisation des ODD au niveau national, du Plan National de Développement (PND) du Burundi 2018-2027, de la politique nationale de santé 2016-2025 et du plan stratégique SRMNIA.



Priorité nationale des ODD

En donnant la priorité aux ODD, la santé maternelle et la planification familiale se retrouvent dans l'ODD 3 : Fournir aux gens les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Pour la santé maternelle, le Burundi a retenu la cible 3.1. D'ici 2030, réduire le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes. Dans le cas de la planification familiale, le Burundi a fixé la cible 3.7. D'ici 2030, garantir l'accès de tous aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, notamment en matière de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux.



Tableau 18: Cibles et indicateurs pour prioriser les ODD pour la santé maternelle et la planification familiale

Domaine	Cible 3 des ODD Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	Indicateurs
Santé maternelle	3.1. D'ici 2030, réduire le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes	3.1.1. Taux de mortalité maternelle 3.1.2. Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié 3.1.3. Taux de mortalité néonatale
Planification familiale	3.7. D'ici 2030, garantir l'accès de tous aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, notamment en matière de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux.	3.7.1. Taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union (en %)

Source : Rapport National de priorisation des ODD au Burundi, 2018

Alignement avec le Plan National de Développement 2018-2027

La maîtrise de la mortalité maternelle, néonatale et infantile est un des défis ciblés par le PND Burundi 2018-2027 et deux indicateurs ont été retenus :



Taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union (en %) ;



Pourcentage de livraisons assistées par du personnel qualifié.

Concernant la planification familiale, le PND Burundi 2018-2027 a pour objectif stratégique d'améliorer l'accès aux soins et le niveau de santé de la population à travers un système de santé efficace, solide et résilient. L'indicateur pour cet objectif est le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union (en %).



Santé maternelle et planification familiale dans la planification sectorielle

La politique nationale de santé (2016-2025) révèle que le Burundi cible deux problèmes/défis en matière de santé maternelle et un problème/défi en matière de planification familiale :



- Contrôle de la mortalité maternelle, néonatale et infantile aboutissant à une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles à un niveau internationalement acceptable, en utilisant les outils préventifs, thérapeutiques et promotionnels actuellement disponibles et prospectivement disponibles « Zéro décès et Zéro complications/handicap ». des mères survenant pendant qu'elles accouchent (y compris leurs enfants) ».



- Accès des jeunes de 20 à 24 ans à (1) l'information et la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes axés sur la prévention des grossesses précoces, la prévention des mariages et maternités précoces, la prévention des IST-VIH/SIDA, (2) des services de prévention et de traitement des addictions (alcool, tabac, drogues), (3) l'éducation nutritionnelle des jeunes et (4) dans le cadre de l'intersectorialité, introduire des séances d'éducation sexuelle et de promotion de l'égalité des genres adaptées aux jeunes dans les programmes scolaires et assurer la protection des jeunes contre la violence sexuelle et d'autres formes de violence basée sur le genre.



- Renforcer l'accès et l'utilisation de services de planification familiale de qualité en tenant compte des besoins et du libre choix éclairé des individus et des couples afin d'atteindre un taux de prévalence de couverture contraceptive d'au moins 50 %.



Toujours au niveau sectoriel, le Burundi dispose d'un plan stratégique de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA) 2016-2023. Ce plan stratégique a pour vision : d'ici 2023, la croissance démographique sera maîtrisée, aucune femme ne devra mourir en couches, aucun enfant ne devra souffrir de malnutrition ou mourir de maladies évitables et chaque adolescent jouira d'une bonne santé globale. L'objectif de cette stratégie est de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers la réduction de la mortalité, des handicaps et des décès évitables à travers la fourniture et l'utilisation de services de santé de qualité aux femmes, aux enfants et aux adolescents, notamment les plus vulnérables. Pour atteindre cet objectif, le plan SRMNIA comporte quatre (4) objectifs généraux et sept (7) objectifs spécifiques.

Tableau 19: Objectifs du plan SRMNIA 2016-2023

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
<ul style="list-style-type: none"> • D'ici fin 2023, réduire le taux de mortalité maternelle de 22% par rapport au niveau de 2016/2017 (334 à 261 décès maternels pour 100 000 NV) • D'ici fin 2023, réduire la mortalité néonatale de 35% par rapport au niveau de 2016/2017 (23 à 15 décès néonataux pour 1000 NV) • D'ici fin 2023, réduire la mortalité infanto -juvénile de 18% par rapport au niveau de 2016/2017 (78 à 64 décès infanto -juvéniles pour 1000 NV). • D'ici fin 2023, réduire la fécondité des adolescentes de 8 % à 5 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités de gestion des programmes SRMNIA (planification, mobilisation des ressources et coordination des interventions SRMNIA en impliquant toutes les parties prenantes et partenaires). • Améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations, de services et de soins de qualité en matière de santé maternelle et reproductive. • Améliorer la disponibilité et l'utilisation de l'information et des services et soins de qualité en matière de santé néonatale, infantile et infantile pour les enfants d'âge scolaire. • Améliorer la disponibilité et l'utilisation de l'information ainsi que des services et soins de santé de qualité pour les adolescents et les jeunes. • Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies de santé pour la fourniture des soins SRMNIA. • Renforcer le rôle des individus, des familles et des communautés dans la demande et l'utilisation des informations et des services du SRMNIA dans les zones urbaines et rurales. • Renforcer le suivi, l'évaluation et la recherche sur le SRMNIA.

Source : Plan stratégique de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA) 2016-2023

Au vu de ces documents de planification, la dynamique de performance et la situation actuelle montrent que le Burundi présente des écarts par rapport aux cibles de l'Agenda 2030 et aux cibles de la Vision du Burundi pour Pays Émergent en 2040 et pour Pays Développé en 2060.

3.4. RÉSULTATS DE L'ESTIMATION DES INTERVENTIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE

3.4.1. Impacts de l'intensification des interventions de planification familiale

L'intensification des interventions de planification familiale a été estimée de trois manières principales. Il s'agit: (i) du nombre de grossesses non désirées évitées grâce aux interventions, (ii) du nombre de décès maternels évités grâce aux interventions et (iii) du nombre d'avortements à risque évités grâce aux interventions. Parallèlement à ces changements, nous avons également estimé et rapporté les changements en termes d'accepteurs par méthode et par produit. Les changements attendus pour ces 3 résultats principaux sont présentés dans le tableau 20, avec les tendances de changements visualisées sur les figures 9, 10 et 11.

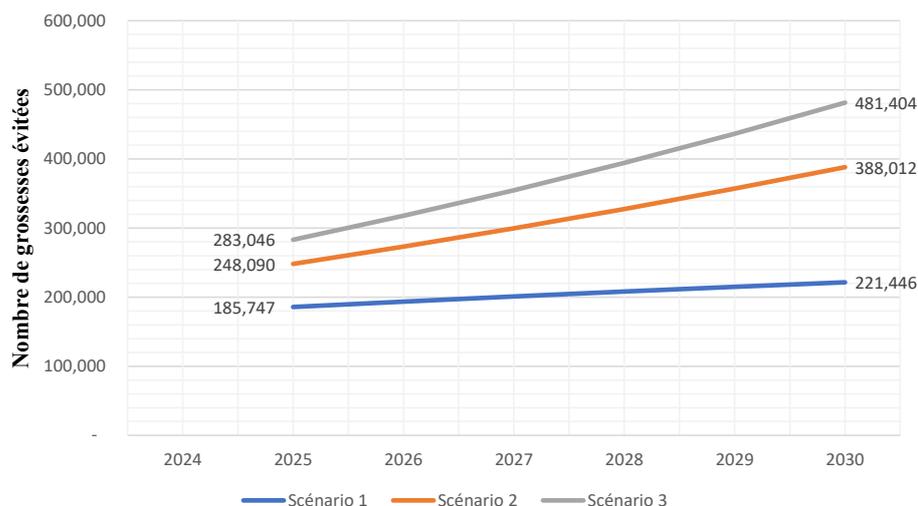


Tableau 20 : Impact de l'intensification des interventions de planification familiale pour les trois scénarios

Résultat	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Scénario 1									
Accepteurs par méthode									
Stérilisation féminine	-	1 397	1 487	1 578	1 672	1 764	4 895	6 526	19 319
Stérilisation masculine	-	308	331	354	377	401	1 085	1 459	4 315
Jadelle (5 ans)	-	32 809	35 240	37 732	40 319	42 927	81 650	108 723	379 400
DIU au Cuivre -T 380-ans)	-	4 279	4 590	4 908	5 238	5 569	11 322	15 078	50 984
Total	-	38 793	41 647	44 571	47 606	50 660	98 951	131 786	454 014
Matières premières	-	3 424 659	3 717 120	4 021 353	4 336 549	4 663 216	5 040 641	6 714 023	31 917 561
Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de méthodes modernes									
Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	177 932	185 747	193 395	200 816	208 019	214 886	221 446	1 402 240
Nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	52 953	55 278	57 554	59 763	61 906	63 950	65 902	417 307
Scénario 2									
Accepteurs par méthode									
Stérilisation féminine	-	2 623	2 915	3 215	3 529	3 845	4 174	4 702	25 003
Stérilisation masculine	-	563	634	707	783	861	942	1 071	5 561
Jadelle (5 ans)	-	49 581	56 714	64 196	72 073	80 225	88 757	99 853	511 399
DIU au Cuivre -T 380-ans)	-	6 711	7 636	8 603	9 619	10 667	11 764	13 236	68 236
Total	-	59 478	67 898	76 721	86 004	95 599	105 637	118 861	610 198
Matières premières	-	3 889 191	4 673 760	5 511 876	6 402 326	7 345 648	8 338 185	9 383 388	45 544 374
Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de méthodes modernes									
Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	1161	1281	1410	1546	1690	1843	2003	10 933
Nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	66 871	73 832	81 245	89 107	97 445	106 223	115 472	630 195
Scénario 3									
Accepteurs par méthode									
Stérilisation féminine	-	3 310	3 715	4 134	4 570	5 012	2 356	2 378	25 475
Stérilisation masculine	-	706	804	905	1 011	1 119	554	564	5 663
Jadelle (5 ans)	-	58 985	68 754	79 035	89 878	101 139	75 955	76 572	550 318
DIU au cuivre -T 380-ans)	-	8 075	9 344	10 674	12 076	13 526	9 490	9 568	72 753
Total	-	71 076	82 616	94 748	107 534	120 796	88 355	89 082	654 207
Matières premières	-	4 149 650	5 210 141	6 347 601	7 560 595	8 849 671		10 253 565	52 539 012
Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de méthodes modernes									
Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	250 926	283 046	317 634	354 707	394 391	436 574	481 404	2 518 683
Nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	1 295	1 460	1 638	1 829	2 033	2 251	2 482	12 988
Nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes	-	74 676	84 234	94 528	105 561	117 371	129 925	143 266	749 560

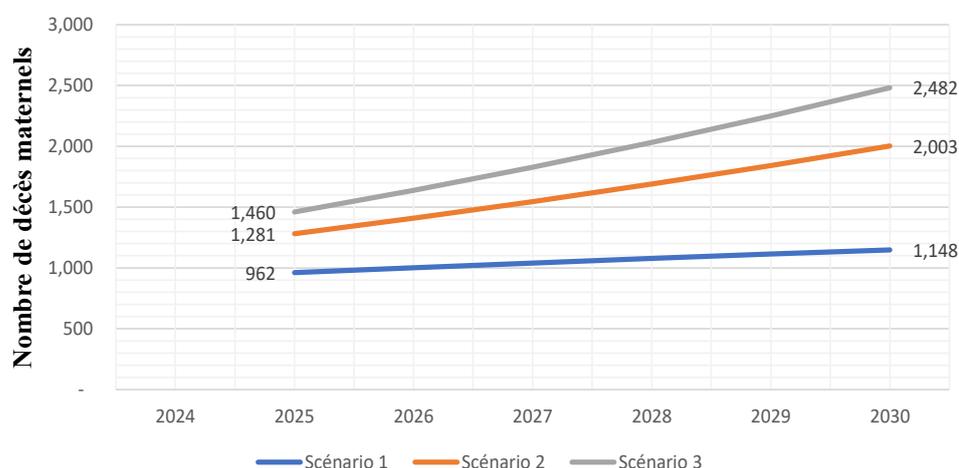
Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Figure 9 : Tendances du nombre de grossesses non désirées évitées grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)



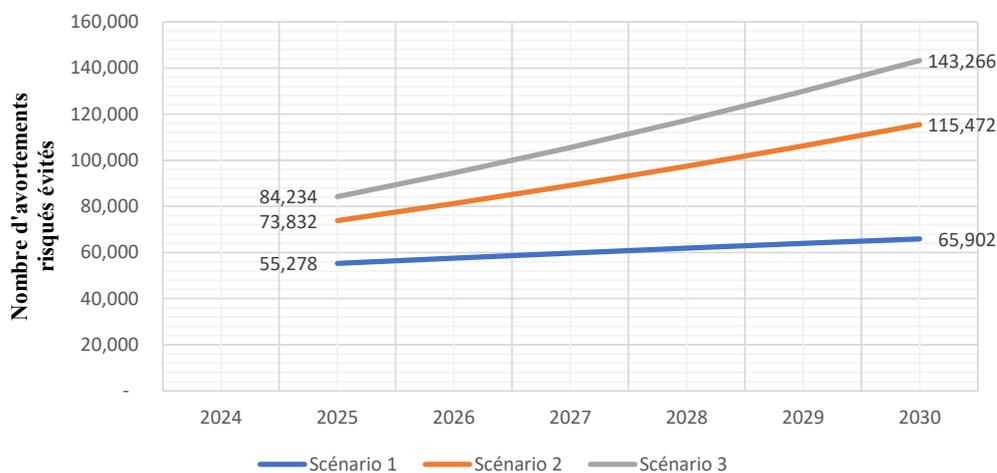
Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Figure 10: Tendances du nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)



Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Figure 11: Tendances du nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes (2024-2030)



Source : Estimation sur base des outils FamPlan

D'après le Tableau 20 et les Figures 9, 10 et 11, on s'attend à ce que le nombre de grossesses non désirées évitées, le nombre de décès maternels évités et le nombre d'avortements à risque évités grâce à l'utilisation de méthodes modernes augmentent respectivement:

- De 177 932 à 221 446 ; de 921 à 1 148 et 52 953 à 65 902 pour le scénario modeste ;
- De 224 702 à 388 012; de 1 161 à 2 003 et de 66 871 à 115 472 pour le scénario réalisable ; et
- De 250 926 à 481 404; de 1 295 à 2 482 et de 74 676 à 143 266 pour le scénario ambitieux.

De toute évidence, plus de changements sont attendus dans le cadre des scénarios ambitieux, mais cela implique davantage d'efforts et de coûts additionnels pour y arriver.

3.4.2. Coûts liés à l'intensification des interventions de planification familiale

Tableau 21: Coûts incrémentaux totaux, tous canaux de diffusion confondus (en USD)

Catégorie de coût	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 1 %	Scénario 2 %	Scénario 3 %
Médicament et approvisionnement	3 463 326	7 979 559	10 248 383	45	56	58
Coût du travail	3 883 334	5 633 485	6 498 328	51	39	37
Autre coût récurrent	72 263	168 743	217 652	1	1	1
Coût en capital	244 262	571 327	737 300	3	4	4
Coût supplémentaire total du traitement	5 348 266	11 912 836	15 203 063	100	100	100

Source : Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Comme le montre le tableau 21, une proportion importante des coûts provient des médicaments et de leur approvisionnement par rapport aux autres coûts à mesure que nous avançons dans la période de projection. Le coût de ressources humaines, même s'il constitue une part substantielle du coût de l'intensification des interventions, le taux d'augmentation du coût supplémentaire de la main-d'œuvre semble être plus lent, passant de 370 376 dollars en 2024 à 936 901 dollars en 2030 dans le scénario modeste. Les coûts additionnels annuels sont détaillés dans les tableaux 22, 23 et 24 (les détails sur les coûts sont présentés à l'annexe B). Il semble que les coûts additionnels seront plus élevés vers la fin de la période d'estimation projetée par rapport aux années précédentes.



Tableau 22 : Scénario 1 Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Coût supplémentaire des médicaments et des approvisionnements	-	92 691	190 869	291 745	396 001	504 073	614 756	1 373 190	3 463 326
Coût supplémentaire de main d' œuvre	-	370 376	413 960	460 779	511 273	565 824	624 221	936 901	3 883 334
Autres coûts additionnels récurrents	-	1 964	4 050	6 202	8 427	10 734	13 100	27 785	72 263
Coût supplémentaire en capital	-	6 650	13 716	21 009	28 552	36 371	44 391	93 572	244 262
Coût supplémentaire total de l'intervention	-	140 979	291 892	449 032	613 552	786 300	965 765	2 100 747	5 348 266

Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Tableau 23: Scénario 2_Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Coût supplémentaire des médicaments et des approvisionnements	-	259 000	525269	807 734	1 106 871	1 423 219	1 754 788	2 102 679	7 979 559
Coût supplémentaire de main d' œuvre	-	441 786	542540	654 549	778 766	916 220	1 067 052	1 232 571	5 633 485
Autres coûts additionnels récurrents	-	5 395	11 037	17 035	23 392	30 119	37 178	44 587	168 743
Coût supplémentaire en capital	-	18 234	37 340	57 658	79 196	101 987	125 905	151 008	571 327
Coût supplémentaire total de l'intervention	-	375 803	767574	1 188365	1 639 615	2 122 934	2 636 312	3 182 233	11 912 836

Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Tableau 24: Scénario3_Coût additionnels des contraceptifs modernes (en USD)

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Coût supplémentaire des médicaments et des approvisionnements	-	357 514	718 031	1 102 312	1 510 718	1 943 844	2 399 263	2 216 702	10 248 383
Coût supplémentaire de main d' œuvre	-	481 825	614 633	763 195	928 748	1 112 685	1 315 345	1 281 896	6 498 328
Autres coûts additionnels récurrents	-	7 393	15 028	23 183	31 858	41 063	50 753	48 375	217 652
Coût supplémentaire en capital	-	24 965	50 822	78 443	107 829	139 014	171 846	164 381	737 300
Coût supplémentaire total de l'intervention	-	514 754	1 041572	1 610 190	2 222 210	2 879 663	3 580 265	3 354 410	15 203 063

Source : Estimation sur base des outils FamPlan

3.4.2. Analyse du déficit de financement pour soutenir les interventions de planification familiale

Après l'identification des interventions qui ont un impact sur la réduction de la mortalité maternelle et des coûts associés, la question cruciale est de savoir comment mobiliser les ressources nécessaires pour financer cette analyse des Investissements.

Afin de contribuer à résoudre ce défi, l'étape fondamentale consiste à évaluer les déficits de financement par rapport au budget d'investissement requis et aux fonds projetés et mobilisables au niveau national. Cette section est consacrée à l'analyse du budget nécessaire au financement de la santé maternelle à partir des budgets publics précédents et des relevés de comptes budgétaires du ministère de la Santé. À partir des données passées sur les dépenses publiques dans le secteur de la santé, il est donc possible de déterminer les écarts en termes de différences entre l'investissement total requis et les fonds publics projetés pour le secteur de la santé. Le tableau 25 résume les résultats de l'analyse des Gap



Tableau 25: Défis de financement pour soutenir les interventions de planification familiale (en USD)

Scénario	Investissement total requis	Fonds projetés par pays	Gap de financement	% du déficit de l'investissement sur le total requis
Scénario 1	5 348 266	3 894 580	1 453 686	27%
Scénario 2	11 912 836	6 620 785	5 292 051	44%
Scénario 3	15 203 063	7 594 430	7 608 633	50%

Source : Estimation sur base des outils FamPlan

Tableau 26: Programmes de mobilisation de fonds (en USD)

Sources	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Pondération des sources
Domestique	63 491	231 133	332 311	4%
Externe	1 390 196	5 060 918	7 276 322	96%
Autre (privé)	-	-	-	0%
Total	1 453 686	5 292 051	7 608 633	100%

Source : Estimation sur base des outils FamPlan

L'analyse des déficits de financement pour l'intensification des interventions de planification familiale montre que sur 5 348 266 ; 11 912 836 et 15 203 063 dollars américains sont nécessaires pour intensifier les interventions dans le cadre du scénario 1, du scénario 2 et du scénario 3, les écarts sont estimés à 27 %, 44 % et 50 % respectivement

Dans tous les scénarios, les fonds provenant de sources nationales, externes ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions de 4%, 96% et 0%.



4 . METTRE FIN AUX VBG ET AUTRES PRATIQUES NEFASTES

4.1. INTRODUCTION

Cette section examine le contexte spécifique de la fin de toutes les formes de violences de genre et autres pratiques néfastes (VBG) à l'encontre de toutes les femmes et filles d'ici 2030, conformément aux ODD (5.2) et ODD (5.3). Les VBG sont fréquentes au Burundi. La VBG constitue une violation des droits humains, en particulier des femmes qui sont de loin les plus touchées. Elles affectent plusieurs aspects de la vie des victimes, notamment leur santé, leur dignité, leur sécurité et leur autonomie. Au Burundi, on perçoit peu d'actions en faveur de la dénonciation et de la répression des violences basées sur le genre.

Dans cette Analyse des Investissements, nous appréhendons les VBG sous deux catégories : le mariage précoce et la violence conjugale (VPI). Pour le mariage précoce, cet indicateur est défini comme le pourcentage de femmes mariées ou en union avant l'âge de 18 ans. Le mariage précoce et l'activité sexuelle qui y est associée sont des facteurs importants qui doivent être pris en compte dans la protection des adolescentes. Ils aident à déterminer dans quelle mesure les femmes courent un risque de grossesse précoce et les responsabilités exigeantes de la maternité. En effet, les mariages précoces et l'activité sexuelle qui y est associée peuvent avoir des conséquences graves et profondes sur la vie des femmes.

S'il est reconnu que le troisième résultat transformateur de l'UNFPA se concentre sur la fin de la violence sexiste, y compris les pratiques néfastes, l'analyse documentaire s'est concentrée sur la VPI en raison de la disponibilité des données et du besoin de simplicité. L'élimination de la VPI est conforme à l'objectif de développement durable (ODD) 5.2 qui appelle à l'élimination de « toutes les formes de violence contre toutes les femmes et les filles dans les sphères publiques et privées, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et autres », avec l'indicateur 5.2.1 considérant spécifiquement la violence conjugale (VPI).

L'indicateur de VPI pris en compte est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement en union ou en fin d'union qui ont subi des violences émotionnelles, physiques ou sexuelles perpétrées par leur mari/partenaire, compte tenu de certaines caractéristiques sociodémographiques. Selon EDSB-III_2016-2017, plus d'une femme sur deux (52%) et 25% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi à un moment de leur vie, des actes de violence, sous forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle. Cet état de fait souligne la nécessité d'agir pour éliminer ces formes de VPI. Cette analyse des Investissements en faveur d'une action visant à éliminer la VBG a été entreprise pour servir de base à des orientations stratégiques pour des plans efficaces dans cette perspective de la VPI et du mariages précoces.

4.2. MÉTHODOLOGIE

4.2.1. Données et sources de données

Les informations sur les données contextuelles pour alimenter les modèles d'intervention optimale en matière de mariages précoces (CMOI) et de violence entre partenaires intimes (VPI) (les outils Spectrum pour estimer les impacts et les coûts des interventions visant à mettre fin au mariages précoces et à la VPI) étaient des informations sur les données par défaut des pays dérivées de la littérature et de sources publiées par Avenir Santé pour le CMOI ainsi que les données obtenues auprès du Ministère en charge des questions de genre pour les VPI. D'autres points de données incluent des données macroéconomiques et démographiques (c'est-à-dire pourcentage de victimes de violence domestique au cours des 12 derniers mois, nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans en 2023, nombre d'hommes âgés de 15 à 49 ans en 2023, Revenu National Brut par habitant (RNB), Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) (en dollars américains) en 2023, facteur de conversion de la parité de pouvoir d'achat 2023, taux d'activité des femmes et taux brut de scolarisation dans le secondaire) obtenus de l'EDS 2016-2017, de la Banque mondiale et du ministère de l'Éducation. Lors de l'élaboration de l'Analyse des Investissements à résultats transformateurs en matière de VBG, le principal défi était le manque de données et la procédure consistait à discuter des données par défaut comme référence avec CDN et GNR dans le cadre d'un processus participatif.

4.2.2. Validation des données

Les données utilisées pour l'analyse et l'estimation des coûts et de l'impact des interventions contre la VBG ont été discutées et validées par le CDN et le GNR comme décrit précédemment dans les sections précédentes.

4.2.3. Scénarios, horizon de projection et données de base

Le mariages précoces

L'objectif des ODD pour ce résultat est de réduire le mariages précoces à 5,0 % d'ici 2030. Cependant, l'un des défis rencontrés pour élaborer le Analyse des Investissements spécifique était l'absence d'informations fiables sur ce qui a été fait et ce qui est envisagé au niveau national. Pour modéliser cette analyse des Investissements, l'outil Modèle d'interventions optimales pour le mariages précoces (CMOI) a été utilisé dans cette analyse. Compte tenu du problème de disponibilité des données, il n'a pas été possible d'établir divers scénarios et projections pour les interventions CMOI.

Un seul scénario est donc présenté dans cette Analyse des Investissements. Les données par défaut des outils CMOI suggèrent une variation potentielle du nombre de mariages précoces de 14 763 (référence) à 71 892 d'ici fin 2030 en raison d'interventions comprenant l'offre scolaire en milieu rural, l'amélioration des infrastructures scolaires, les changements pédagogiques, les transferts monétaires aux élèves pauvres, la prévention du paludisme, l'intervention communautaire, incitations économiques conditionnelles et compétences de vie. La contribution attendue de chaque intervention spécifique est présentée à l'Annexe E.

Violence entre partenaires intimes (VPI)

Le modèle IPV est construit dans Microsoft Excel (mais constitue une extension des outils Impact 40). Les interventions du modèle VPI comprennent à la fois des interventions de prévention et de réponse, qui sont organisées dans les catégories du cadre RESPECT Women sur la manière de prévenir la violence à l'égard des femmes (ONU Femmes, 2020). Couverture des interventions et informations sur les données associées (de base et finale) qui ont été utilisées pour saisir le modèle IPV. Pour la VPI, et en général pour la VBG, les difficultés rencontrées pour élaborer ce Analyse des Investissements spécifique étaient l'absence d'informations fiables sur ce qui a été fait et ce qui est envisagé au niveau national. Il n'a donc pas été possible d'élaborer de nombreux scénarios d'intensification des interventions. Seuls deux scénarios ont été dessinés :

● Scénario 1

Ce scénario est basé sur un objectif de réduction de moitié du niveau actuel de femmes confrontées à la VPI (32 %), soit un objectif de 16 % de femmes confrontées à la VPI d'ici 2030. Cela correspondrait à une augmentation de la couverture des interventions à 26 % pour celles dont le niveau de référence est compris entre 0 % et 2 % et 27 % pour ceux dont le niveau de base est compris entre 3 % et 9 %. Il s'agit d'un scénario modeste.

● Scénario 2

Ce scénario vise à atteindre la cible des ODD consistant à réduire la VBG à 5 % (ici la VPI) d'ici 2030. Cela correspondrait à une augmentation de la couverture de toutes les interventions à 57 % pour celles dont le niveau de référence est compris entre 0 % et 2 % et à 58 % pour celles dont le niveau de référence est compris entre 3 % et 9 %. Cela nécessite davantage d'efforts que le premier scénario, donc ambitieux.

Les types d'interventions contre la VPI, les données de base et finales pour les interventions visant à mettre fin à la VPI d'ici 2030 sont présentés dans le tableau 27.

Tableau 27: Catégories d'interventions pour le modèle IPV

Interventions par catégorie RESPECT	Population ciblée	Référence 2023	Fin 2030	
			Modeste	Ambitieux
Compétences relationnelles renforcées				
Ateliers de groupe avec des femmes et des hommes pour promouvoir des attitudes et des relations égalitaires	Hommes et femmes	1,0%	26,5%	57,4%
Conseils et thérapies de couple	Des couples	0,0%	26,4%	57,3%
Autonomisation des femmes				
Formation à l'autonomisation des femmes et des filles, y compris les compétences de vie, les espaces sûrs et le mentorat	Femmes	3,0%	26,8%	57,6%
Microfinance ou épargne et prêt ainsi que des composantes de formation sur le genre et l'autonomisation	Femmes	3,0%	26,8%	57,6%
Prestations assurées				
Interventions de conseil d'autonomisation ou soutien psychologique pour soutenir l'accès aux services (c'est-à-dire plaidoyer)	Femmes	0,0%	26,4%	57,3%
Pauvreté réduite				
Transferts économiques, y compris les transferts monétaires conditionnels et inconditionnels, ainsi que les bons et les transferts en nature	Femmes	9,0%	27,5%	58,3%
Interventions sur la main-d'œuvre, y compris les politiques d'emploi, les moyens de subsistance et la formation à l'emploi	Les femmes sur le marché du travail	0,0%	26,4%	57,3%
Des environnements sécurisés				
Interventions de spectateurs	Étudiants	0,0%	26,4%	57,3%
Prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents				
Programme de compétences essentielles/scolaires, formation à la prévention du viol et de la violence dans les fréquentations	Étudiants	0,0%	26,4%	57,3%
Attitudes, croyances et normes transformées				
Mobilisation communautaire	Communautés	1,0%	26,5%	57,4%
Ateliers de groupe avec des femmes et des hommes pour promouvoir les changements d'attitudes et de normes	Hommes et femmes	0,0%	26,4%	57,3%
Éducation de groupe avec des hommes et des garçons pour changer les attitudes et les normes	Hommes et femmes	0,1%	26,4%	57,3%
Services assurés : interventions de réponse				
Soins médicaux	Survivants de VPI	0,4%	26,5%	57,3%
Justice	Survivants de VPI	0,4%	26,5%	57,3%
Police	Survivants de VPI	0,0%	26,4%	57,3%
Services sociaux	Survivants de VPI	0,1%	26,4%	57,3%

Source : Estimation sur base du modèle IPV

4.2.4. Outils et approches analytiques pour estimer les impacts de l'intensification des interventions contre la VBG

Le paquet d'outils de UNFPA; c'est-à-dire que le cadre RESPECT (Child Marriage Optimal Interventions – CMOI et Intimate Partner Violence – IPV models) a été utilisé pour estimer les impacts et les coûts de l'intensification des interventions visant à éliminer la VBG.

4.2.5. Outils et approches analytiques pour estimer les coûts de l'intensification des interventions contre la VBG

Les modèles CMOI et IPV permettent de calculer le coût par participant atteint (c'est-à-dire le coût unitaire) pour l'intervention en fonction du groupe de population ciblé par l'intervention. Le modèle CMOI/IPV estime le coût des interventions CM/IPV en utilisant la population cible de cette intervention, la couverture de cette intervention et le coût unitaire de cette intervention pour une année donnée :

Cost of CM (ou IPV) = target population × coverage × unit cost,

où la population cible est définie comme la sous-population qui bénéficiera de l'intervention (par exemple, les femmes, les étudiants, les femmes actives, les couples, etc.). Il est exprimé sous forme de nombre. La couverture (%) est définie comme la proportion qui bénéficie effectivement de l'intervention parmi la population ayant besoin de l'intervention. Il varie de 0% à 100%. La couverture de référence est la couverture de départ au cours de l'année de référence (2023). Les lits pour les interventions visant à mettre fin aux mariages précoces et à la VPI sont présentés dans les tableaux 32 à 37 et dans les annexes F et G.

4.2.6. Estimation des déficits de financement liés à l'intensification des interventions contre la VBG

Les déficits de financement pour l'intensification des interventions visant à mettre fin à la VBG ont été analysés en documentant le budget dédié au financement des activités contre la VBG à partir des budgets publics précédents et des relevés de comptes budgétaires du ministère ayant le genre dans ses attributions.

À partir des données passées sur les dépenses publiques, il a été possible de déterminer les écarts en termes de différences entre l'investissement total requis pour cette Analyse des Investissements et les fonds publics projetés pour mettre fin à la VBG. Nous avons également analysé les sources de financement en réfléchissant aux programmes actuels de mobilisation des ressources publiques .

4.3. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE DES VBG

4.3.1. Introduction

Cette section examine le contexte du troisième résultat transformateur : mettre fin à toutes les formes de violence (ODD 5.2) et de pratiques néfastes (ODD 5.3) à l'égard de toutes les femmes et filles d'ici 2030. Les violences fondées sur le genre (VBG) sont une grande réalité dans le monde comme au Burundi. À l'échelle mondiale, « selon certaines estimations, une femme/fille sur trois dans le monde sera victime de violence sexuelle au cours de sa vie ». La VBG constitue une violation des droits humains, en particulier des femmes qui sont de loin les plus touchées. Elles affectent plusieurs aspects de la vie des victimes, notamment leur santé, leur dignité, leur sécurité et leur autonomie. Dans cette section, nous avons cherché à documenter la situation actuelle sous le format « D'où venons-nous - Où sommes-nous maintenant - Où allons-nous et où voulons-nous être » comme ce que nous avons présenté pour les deux autres RT, c'est-à-dire MM et PF.

4.3.2. D'où venons-nous ?

Mariage précoce

Cet indicateur du PNUD est défini comme le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en union avant l'âge de 18 ans. Le mariage et l'activité sexuelle qui y est associée sont des facteurs importants qui doivent être pris en compte dans la protection des adolescentes. Ils aident à déterminer dans quelle mesure les femmes courent un risque de grossesse précoce et les responsabilités exigeantes de la maternité. En effet, le moment et les circonstances du mariage et de l'activité sexuelle qui y est associée peuvent avoir des conséquences graves et profondes sur la vie des femmes. Les femmes de moins de 18 ans ne sont peut-être pas pleinement préparées à ces conséquences. Les très jeunes femmes mariées sont exposées aux violences domestiques, à la dépendance économique de leur mari, au poids de la pression de la belle-famille et à la mortalité maternelle. Les mariages précoces, souvent forcés, constituent une grave réalité dans le monde.

Selon les dernières estimations de l'UNICEF, 12 millions de mineures sont mariées de force dans le monde chaque année avant l'âge de 18 ans. Au Burundi, même s'il n'existe pas de chiffres précis sur le nombre de mariages précoces/forcés, ils restent une réalité. Le pays ne dispose pas de dispositions juridiques ou politiques claires pour protéger et aider les jeunes filles exposées au risque de mariage précoce ou forcé. Bien que cela soit très rare, il arrive que le garçon se retrouve lui aussi contraint à un mariage précoce.

L'âge légal du mariage est fixé, depuis 1993, à 18 ans pour les filles et à 21 ans pour les garçons (art 88 du Code des personnes et de la famille de 1993 en cours de révision). Mais l'article 89 donne la prérogative au gouverneur de province de donner une dispense autorisant le mariage des mineurs. Le Code donne également aux parents la latitude d'autoriser le mariage des mineurs, qui est alors légalement célébré (Arts 90 et 91). Et à défaut de ce consentement, le conseil de famille du futur époux peut être saisi et consentir au mariage (Art 92).

Dans le cas du mariages précoces, le défi consistait à trouver des informations au niveau national sans référence claire à l'engagement national en faveur de ce résultat. Les informations documentables concernant les grossesses d'étudiantes (tableau 28) provenant du rapport du ministère de l'Éducation et non spécifiquement les mariages avant l'âge de la maturité.



Tableau 28: Nombre de grossesses des élèves au niveau national, par tranche d'âge

Catégorie d'âge	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
13-15	62	78	40	46	90
16-19	339	366	272	229	256
20-23	64	86	40	40	32
24 ans et plus	dix	19	14	3	0
15	15	62	6	0	1
Total	490	611	372	318	379

Source : Tableau confectionné sur base du Rapport des données sur les grossesses des élèves

Violence conjugale

Dans le rapport du 3ème EDS (2016-2017), l'évaluation des VBG se concentre sur la violence domestique (entre époux ou partenaires) qui comprend la violence émotionnelle, physique et sexuelle. L'indicateur considéré est le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, actuellement en union ou en fin d'union, qui ont subi des violences émotionnelles, physiques ou sexuelles perpétrées par leur mari/partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Selon les données de ce rapport, plus d'une femme sur deux (52%) et 25% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi, à un moment de leur vie, des actes de violence, sous forme émotionnelle, physique et/ou sexuelle.

Plus d'un tiers (36%) des femmes et 32% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Pour près de six femmes sur dix (57%), l'auteur de ces actes était soit leur mari/partenaire actuel. Au moment de l'enquête, parmi les femmes actuellement en union ou en fin d'union, l'auteur de ces actes était dans 70% des cas le mari/concubin actuel et 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques pendant leur grossesse.

Près d'un quart des femmes (23%) et 6% des hommes âgés de 15 à 49 ans ont été victimes de violences sexuelles à un moment de leur vie.

Le mari/concubin actuel est cité comme auteur d'actes de violences sexuelles par 70% des femmes en union ou non et l'épouse/partenaire actuelle par 48% des hommes en union ou hors union. Malgré toutes ces violences subies, seuls 35 % des femmes et 29 % des hommes ont demandé de l'aide pour y mettre un terme. Les femmes sont plus exposées à la violence en milieu rural qu'en milieu urbain (52% contre 36%), et le niveau d'exposition diminue avec l'augmentation du niveau d'éducation (54% pour les femmes sans niveau d'éducation contre 29% pour ceux ayant fait des études secondaires et supérieures). L'exposition des femmes à la violence tend également à diminuer en fonction de l'augmentation du niveau de bien-être économique des ménages, allant de 57% pour les femmes du groupe des ménages considérés comme les moins aisés à 37% pour celles des ménages de la tranche la plus riche.

Les Directions Provinciales de la Famille et du Développement Social (DPDFS), structures déconcentrées du Ministère de la Solidarité Nationale, et des Affaires Sociales, des Droits Humains et du Genre (MSNASD-PHG) au niveau provincial, traitent les cas de VBG répartis en 4 types : sexuelle, physique, violences socio-économiques et psychologiques ou morales. Les chiffres que nous présentons ici proviennent d'une part des données sur les VBG (2013-2016) enregistrées dans le cadre du Plan Stratégique de lutte contre les VBG 2018-2022, et d'autre part du rapport d'évaluation de la mise en œuvre du le Plan d'Action 2017-2021 pour la mise en œuvre du PNG 2012-2025 (enregistré par la DPDFS pendant les 5 années de durée du Plan d'Action National - PAN). Les données de 2013 ont été collectées de manière non désagrégée par sexe et types de violences, comme le rapport sur les données de 2013 de la « Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme – CDFC » (plus tard la DPDFS) a enregistré 2 538 cas de victimes de violences sexuelles, 3 967 victimes de violences physiques, 6 595 victimes de violences économiques et 6 393 victimes de violences psychologiques ou morales.

4.3.3. Où sommes-nous actuellement?

Les données du CDFC de 2014 à 2021, ventilées par sexe et type de violence, sont résumées dans la Figure 11.

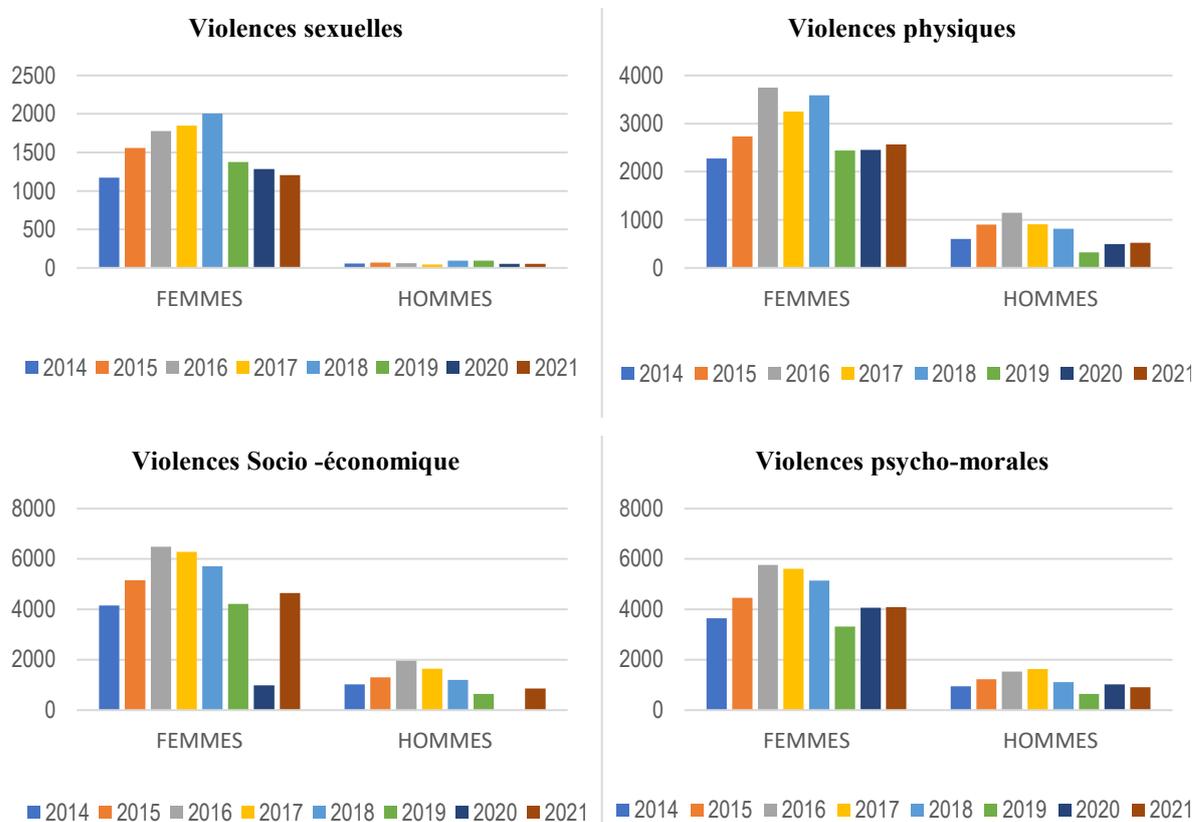


Figure 12: Evolution des cas de VBG chez les femmes et les hommes de 2014 à 2021

Il ressort de cette Figure 12 que les femmes subissent plus de VBG que les Hommes quel qu'en soit le type de VBG. Ils montrent également que pour tous les types de violences, les années 2016, 2017 et 2018 enregistrent le plus grand nombre de cas de violences, sauf chez les hommes en ce qui concerne les violences sexuelles pour lesquelles les pics se retrouvent en 2018 et 2019. Il est à noter que lors de l'enregistrement des cas de victimes de violences assistées, on ne distingue pas si les auteurs sont des partenaires intimes ou non, même pour les violences sexuelles, et les types d'assistance apportés ne sont pas précisés.

Les données sur le type d'accompagnement du ministère en charge du genre, édition 2021, mais uniquement pour les années 2019, 2020 et 2021, montrent que les victimes de VBG ayant bénéficié d'une assistance psychologique sont de loin les plus nombreuses, tant pour les hommes que pour les femmes. Ils sont suivis par ceux qui ont bénéficié d'un accompagnement juridique. Ceux qui ont bénéficié d'une aide socio-économique sont les moins nombreux. Et pour tous les types d'assistance, les hommes sont les moins nombreux. Des statistiques récapitulatives sur le type d'assistance fournie aux victimes de VBG sont présentées dans le tableau 29.



Tableau 29: Types d'assistance accordée aux victimes de VBG dans les 5 provinces cibles

Provinces	Types d'aide									
	Médical		Légal		Économique		Psychologique		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bururi	6	44	6	28	4	13	79	170	95	247
Kayanza	1	60	20	257	4	9	72	339	96	665
Kirundo										
Ngozi	20	153	29	235	0	6	13	304	62	698
Rumonge	3	33	3	56	0	8	1	152	7	249
TOTAL	30	290	58	576	8	36	165	965	260	1859
H+F	320		634		44		1130		2119	

Remarque : M = Homme ; F=Femme

Source : Construit sur base des données du Rapport sur les VBG

Selon ce tableau, selon le type de violence subie et le suivi approprié requis, les victimes ont bénéficié d'une assistance médicale, juridique, économique ou psychologique. Les victimes ayant bénéficié d'une assistance psychologique sont beaucoup plus nombreuses (1130 cas), suivies de l'assistance juridique (634 cas), puis de l'assistance médicale (320 cas). Les cas d'assistance économique représentent un nombre trop faible pour 5 provinces (44 cas pour hommes et femmes confondus, soit 2,07%). C'est un élément important à noter quand on sait que de nombreuses femmes victimes renoncent à dénoncer les violences qu'elles subissent, pensant aux conséquences économiques qui peuvent en résulter pour elles.

Il est difficile, par exemple, de traduire en justice et de mettre en prison la personne dont on dépend économiquement pour vivre. Des efforts plus importants devraient être déployés dans ce type d'assistance.

4.3.4. Où allons-nous et où voulons-nous être ?

Le respect par le Burundi de ses obligations au titre de la Convention pour éliminer les VBG (CDFC)

Le Burundi a ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CDFC) le 8 janvier 1992. Il a présenté son rapport initial sur la mise en œuvre de la CDFC le 17 janvier 2001. Ce dernier a été examiné les 17 et 23 janvier 2001. Le deuxième rapport périodique tenant lieu des 2ème, 3ème et 4ème rapports a été présenté en janvier 2008. Le Burundi a soumis le troisième rapport tenant lieu des 5ème et 6ème rapports de mise en œuvre du CDFC en juin 2016. Validé lors d'un atelier organisé en 2020, le 7ème rapport n'a pas encore été présenté. Tous ces rapports avaient pour objectif de fournir au Comité CDFC des informations sur la réalité des droits humains des femmes et des filles au Burundi, les opportunités d'amélioration de la situation et les Gap à combler. Il convient toutefois de noter qu'ils ont été transmis de manière irrégulière, souvent avec plusieurs années de retard, ce qui a conduit parfois le pays à présenter 2 à 3 rapports réunis en un seul.

Aux côtés du CDFC, le Burundi s'est engagé à mettre en œuvre plusieurs conventions, accords et déclarations internationaux en ligne avec la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Pékin. Afin de mettre en œuvre ses engagements au niveau interne, le Burundi a révisé certaines lois en mettant un accent particulier sur les dispositions discriminatoires à l'égard des femmes. Cela comprend le Code pénal, le Code du travail, le Code de la nationalité, etc. En septembre 2016, le Burundi a introduit dans son dispositif juridique un autre texte législatif relatif aux violences basées sur le genre. Il s'agit de la loi n°1/13 du 22 septembre 2016 relative à la prévention, à la protection des victimes et à la répression des violences basées sur le genre. Des politiques visant à promouvoir l'égalité des sexes et à promouvoir et à protéger les droits des femmes et des filles ont également été mises en place. Il y a lieu de citer ici la Politique Nationale Genre établie en 2003 et dont la génération actuelle couvre la période 2012-2025 et qui est mise en œuvre à travers des plans d'actions quinquennaux, la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG. Depuis 2012, le Burundi met également en œuvre des plans d'action nationaux quinquennaux pour mettre en œuvre la résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies sur les femmes, la paix et la sécurité.

Ces actions ont permis des progrès notables dans la jouissance par les femmes et les filles de leurs droits, et notamment dans la lutte contre les violences basées sur le genre. Toutefois, des Gap importantes demeurent. Les femmes et les filles continuent d'être victimes de discrimination et de violences basées sur le genre, ce qui a un impact négatif sur leur vie et compromet leur développement dans tous les domaines. Les normes et croyances culturelles dominées par le système patriarcal enraciné dans la société entravent la mise en œuvre efficace des lois promulguées et des politiques mises en place.

Des Gap persistent dans le cadre juridique et des dispositions discriminatoires persistent. Certaines d'entre elles (au niveau du CPF et du code de la nationalité notamment) ont été relevées par le Comité pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes. Les femmes et les filles continuent d'être touchées par la discrimination et les violences basées sur le genre, dont elles constituent 98 % des victimes par rapport aux hommes. En revanche, peu de mesures majeures ont été prises à ce jour contre le harcèlement sexuel et la traite des êtres humains, qui ciblent davantage les femmes/filles que les hommes. Il importe de noter enfin que même si des progrès remarquables ont été enregistrés en matière de participation des femmes aux postes et organes de décision depuis l'instauration du quota d'au moins 30% de femmes, la représentation des femmes reste encore très incomplète. Dans les cas non concernés par la clause de quota, en l'occurrence le niveau de colline et les postes non électifs.

Le cadre politique et programmatique :

● La Politique Nationale Genre 2012-2025 et son plan d'action 2022-2027

La Politique Nationale de Genre (PNG) a été mise en œuvre comme déjà mentionné ci-dessus en 2003. Une évaluation de sa mise en œuvre réalisée en 2011 a conduit à l'élaboration d'une PNG révisée 2012-2025 qui a depuis été traduite en plans d'action quinquennaux. «La vision sur laquelle repose la PNG 2012-2025 est celle d'une société où les femmes et les hommes jouissent des mêmes droits et devoirs, développent toutes leurs capacités et contribuent ainsi, en partenaires égaux, à la construction d'une société juste et prospère pour tous. ainsi que le développement politique, économique, social et culturel du Burundi.

Toutes les interventions visant à promouvoir l'égalité des genres et les droits des femmes et des filles prévues dans le Plan d'action 2022-2027 de mise en œuvre de la PNG rivalisent d'une certaine manière avec la fermeture de la porte aux VBG. Mais l'objectif spécifique (OS) visant à réduire les violences basées sur le genre en PNG est l'OS 1: «contribuer à la réduction des violences basées sur le genre (VBG)». Par le total des 9 OS, les autres OS qui peuvent contribuer à la réduction de la VBG sont les OS 2 (amélioration du statut social et culturel des femmes dans la famille et dans la société), OS 3 (promotion équitable du potentiel et de la position des femmes et des hommes au sein de l'économie, et OS 4 (Promotion de l'exercice équitable des droits et devoirs des femmes et des hommes).

Un budget global de 40 975 USD est prévu pour sa mise en œuvre, les coûts sont précisés au niveau des différentes activités.

Un problème qui rend difficile l'estimation des réalisations et du chemin à parcourir est le fait que les indicateurs ne sont pas accompagnés de valeurs de base ou d'objectifs à atteindre. Les activités, quant à elles, ne comportent pas d'indicateurs.

En revanche, certains mécanismes qui avaient été prévus pour faciliter la mise en œuvre du PNG n'ont pas été mis en place ou ne sont pas fonctionnels. Ce qui a peut-être aussi été un obstacle à sa réalisation. On cite par exemple la Commission Nationale Genre et l'observatoire des droits des femmes et des filles.

● **Le Plan d'action national (PAN) 2022-2027 pour la mise en œuvre de la résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies pour les femmes, la paix et la sécurité**

Le PAN 2022-2027 de mise en œuvre de la Résolution 1325 est construit sur 6 axes qui contribuent tous à la promotion de l'égalité des sexes et donc d'une certaine manière à la réduction des VBG. Les interventions spécifiques visant à lutter contre les VBG se retrouvent au niveau de l'axe 4 « Protection des droits et soutien aux VBG », qui identifie un seul Objectif Spécifique : « Augmenter l'accès aux services de proximité et la qualité des soins et assurer la gratuité des certificats médicaux ».

D'autres interventions identifiées dans d'autres domaines contribuent également à la lutte contre les VBG, notamment en termes de prévention. Il s'agit de ceux identifiés au niveau de l'Objectif Spécifique 2 : « Contribuer au changement des mentalités et à la promotion de la masculinité et de la féminité positives » (axe II), de l'Objectif Spécifique 6 : « Améliorer et mettre en œuvre le cadre juridique relatif à l'égalité femmes-hommes » (Axe III), et Objectif Spécifique 9 : « Soutenir la relance économique des femmes et des filles et leur implication dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et projets de développement communautaire » (Axe V).

Un budget global de 73 280 000 000 de francs burundais (FBU) est prévu pour la mise en œuvre de ce plan d'action, et les coûts sont détaillés par activité.

Mais comme déjà noté au niveau du plan de mise en œuvre de la PNG, l'absence de valeurs fondamentales et d'objectifs à atteindre rend très difficile l'estimation du chemin parcouru et de celui restant à parcourir dans une période donnée jusqu'en 2027. Certains objectifs de la PNG se retrouvent d'une certaine manière dans le PAN mettant en œuvre la Résolution 1325. Il s'agit notamment de l'OS 1 de la PNG et de l'OS 2 du PAN 2022-2027 de la Résolution 1325 relatif au changement des mentalités en faveur de l'égalité femmes-hommes. C'est également le cas pour d'autres objectifs non mentionnés ici. Ainsi, certains éléments de ces deux documents sont redondants, ce qui pourrait conduire à des duplications dans la mise en œuvre. En fait, le PAN pour la mise en œuvre de la résolution 1325 aurait dû être intégré au PA pour la mise en œuvre de la PNG plutôt que de considérer les deux outils comme deux plans d'action distincts.

● **Le Plan Stratégique National de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent (PSN-SRMNIA 2019-2023)**

Le PSN-SRMNIA 2019-2023 comprend des objectifs et des interventions pouvant agir sur les VBG et la fertilité des adolescentes.

Les interventions visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes (ce qui peut conduire à réduire le taux de fécondité des adolescents) sont identifiées au niveau de l'Objectif Spécifique (OS) 4 : Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation de services et de soins de santé pour adolescents de qualité au niveau national. Même si cela ne se reflète ni dans la formulation de l'OS ni dans la stratégie d'intervention identifiée à ce niveau, c'est également à ce dernier niveau que sont prévues les activités (une dizaine) liées à la lutte contre les VBG en général, mais aussi particulièrement chez les adolescents.

Contrairement à ce que l'on observe avec les deux documents précédents, les activités prévues sont accompagnées d'indicateurs, mais aussi de valeurs fondamentales et d'objectifs pour 2023.

Un budget global de 267 601 774 085 FBU est prévu pour la mise en œuvre de l'ensemble du Plan d'Action. Mais comme ce budget n'est pas organisé selon le plan stratégique, il est difficile de comprendre ce qui est prévu pour les interventions liées à la lutte contre les VBG ou à la réduction de la natalité des adolescentes.

4.1. RÉSULTATS DE L'ESTIMATION

4.4.1. Impacts de l'intensification des interventions de VBG

● **Mariages précoces**

Pour les actions visant à mettre fin aux mariages précoces, les interventions portent sur l'offre scolaire en milieu rural, l'amélioration des infrastructures scolaires, les changements pédagogiques, les transferts monétaires aux élèves pauvres, la prévention du paludisme, l'intervention communautaire, les incitations économiques conditionnelles et le développement des compétences de vie. Les interventions, une fois étendues, devraient réduire les mariages précoces à différents niveaux pour les jeunes femmes rurales et urbaines. Le nombre de mariages précoces à éviter est présenté dans le tableau 30 et les détails sur la contribution de chaque intervention spécifique sont présentés dans le tableau 31 (les détails sont documentés à l'annexe C).

Tableau 30: Total des mariages précoces évités (résultats CMOI)

Population cible	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Population entière	-	3 633	5 729	6 579	6 432	4 492	3 929	2 398	30 283
Urbain	-	381	637	773	796	715	536	342	4 180
Rural	-	3 252	5 092	5 806	5 636	4 777	3 393	2 056	26 103

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

Tableau 31: Résumé des mariages précoces évités grâce à l'intervention (2023-2030)

Intervention	Mariages d'enfant évités		
	Population entière	Urbain	Rural
Fourniture des écoles rurales	4 088	-	4 088
Améliorer les infrastructures scolaires	2 836	453	2 383
Changements pédagogiques	3 337	532	2 805
Transferts monétaires aux étudiants pauvres	3 170	506	2 664
Prévention du paludisme	-	-	0
Intervention communautaire	4 004	639	3 365
Incitations économiques conditionnelles	5 005	799	4 206
Compétences de la vie	7 842	1 251	6 951
Total	30 283	4 180	26 103

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

D'après les résultats des estimations présentés dans le tableau 30, le nombre de mariages précoces évités sera de 30 283 au total pour toute la période de projection. On s'attend à ce qu'un plus grand nombre de mariages précoces soient évités dans les zones rurales (30 011) que dans les centres urbains (4 180). En termes de contribution des interventions spécifiques, l'offre scolaire rurale est l'intervention la plus contributive pour les zones rurales par rapport aux zones rurales, suivie par les compétences pratiques. Pour les jeunes femmes urbaines, les interventions axées sur les compétences de vie sont celles qui contribuent le plus.

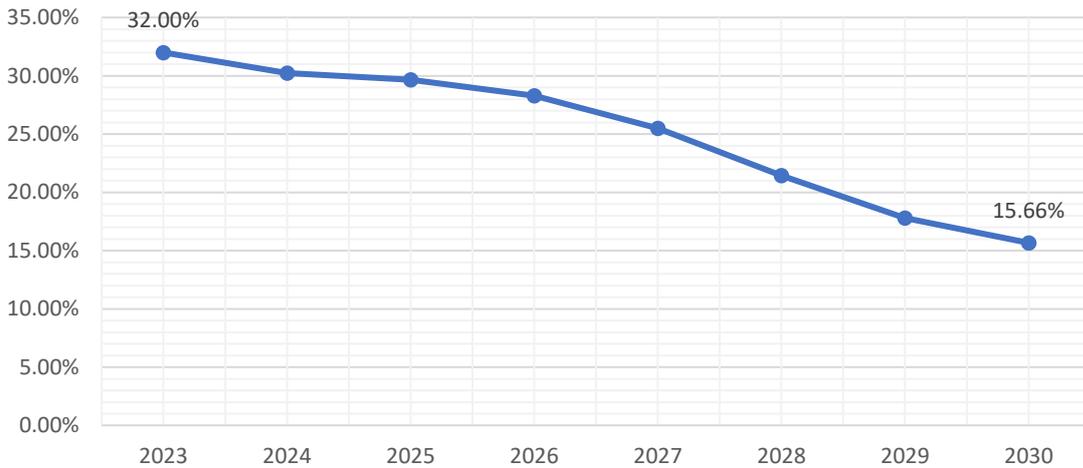
● Violence conjugale (VPI)

Impacts dans le scénario normal

Les impacts de l'intensification des interventions visant à mettre fin à la VPI rapportés ici sont de deux types, à savoir (i) le pourcentage de femmes victimes de violence conjugale et (ii) le nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois. Les changements envisagés sont visualisés par les figures 13 et 14 pour les scénarios normaux et les figures 15 et 16 pour les scénarios ambitieux.

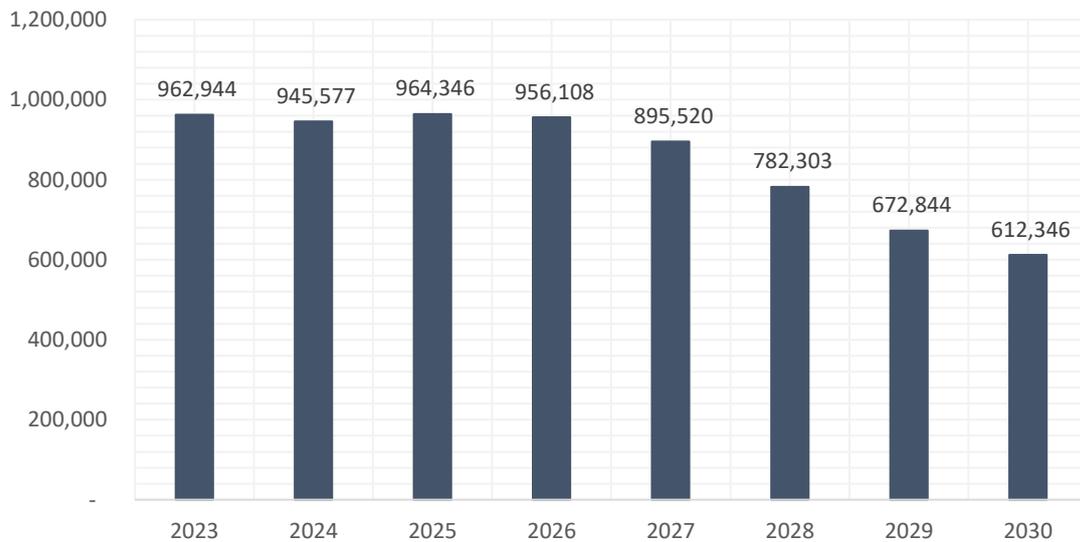


Figure 13: Scénario modeste_Tendance du pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois : Burundi, 2023 – 2030



Source : Estimation sur base du modèle IPV

Figure 14: Scénario modeste_Tendance du nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois, 2023-2030



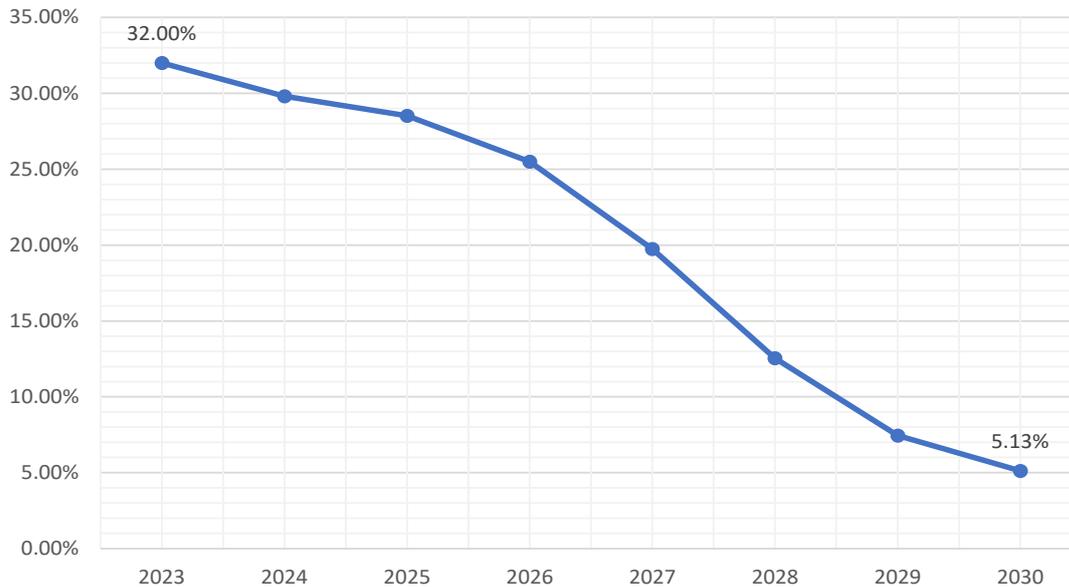
Source : Estimation sur base du modèle IPV

Les résultats de l'estimation des interventions visant à mettre fin à la VPI dans le scénario normal montrent que le pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois diminuera de 32 % à 15,7 % dans un scénario normal (c'est-à-dire en augmentant les interventions à 26 % pour ceux dont le niveau de base est compris entre 0 % et 2 % et 27 % pour ceux dont le niveau de base est compris entre 3 % et 9 %). Parallèlement, le nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois passera de 962 944 à 612 346.



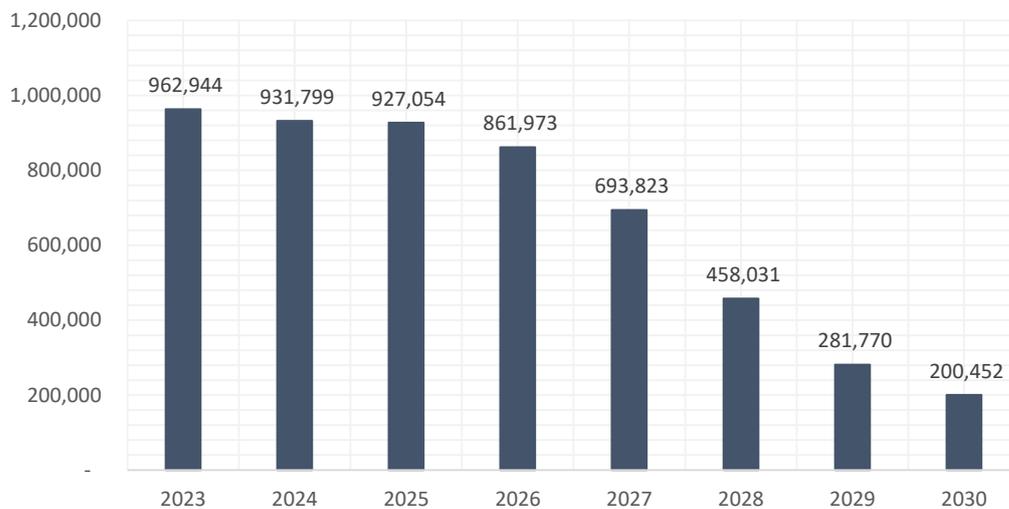
Impacts pour un scénario ambitieux

Figure 15: scénario ambitieux_Tendance du pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois : Burundi, 2023 – 2030



Source : Estimation sur base du modèle IPV

Figure 16: Scénario ambitieux_Tendance du nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois



Source : Estimation sur base du modèle IPV

Les résultats de l'estimation des interventions visant à mettre fin à la VPI dans le scénario ambitieux montrent que le pourcentage de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois diminuera de 32 % à 5,1 % dans le scénario ambitieux (c'est-à-dire une extension de la couverture de toutes les interventions à 57). % pour ceux dont le niveau de base est compris entre 0 % et 2 % et 58 % pour ceux dont le niveau de base est compris entre 3 % et 9 %). Parallèlement, le nombre de femmes victimes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois passera de 962 944 à 200 452.



4.4.2. Coûts liés à l'intensification des interventions de planification familiale

Les coûts pour mettre fin au mariages précoces sont résumés en coûts totaux d'intervention éducative et coûts totaux d'intervention communautaire, le coût par mariages précoces évité étant calculé et pour les jeunes femmes rurales et les jeunes femmes, comme présenté dans le tableau 32 et détaillé dans les tableaux 33 et 34 (les détails sur les coûts sont documentés) à l'Annexe D. Les résultats de l'estimation montrent que les coûts totaux sont respectivement de 1 755 820 et 11 759 703 dollars américains pour les zones urbaines et rurales. Le coût par mariages précoces évité est de 2 238 dollars américains pour les zones urbaines contre 1 603 dollars américains pour les zones rurales.

● Mariages précoces

Les coûts pour mettre fin au mariages précoces sont résumés en coûts totaux d'intervention éducative et coûts totaux d'intervention communautaire, le coût par mariages précoces évité étant calculé et pour les jeunes femmes rurales et les jeunes femmes, comme présenté dans le tableau 32 et détaillé dans les tableaux 33 et 34 (les détails sur les coûts sont documentés) à l'Annexe D. Les résultats de l'estimation montrent que les coûts totaux sont respectivement de 1 755 820 et 11 759 703 dollars américains pour les zones urbaines et rurales. Le coût par mariages précoces évité est de 2 238 dollars américains pour les zones urbaines contre 1 603 dollars américains pour les zones rurales.



Tableau 32: Résumé des coûts d'intervention pour mettre fin au mariages précoces (2024-2030) (en USD)

Catégorie de coût	Total	Urbain	Rural
Coûts totaux d'intervention en éducation	13 515 523	1 755 820	11 759 703
Coûts totaux d'intervention communautaire	43 949 884	7 598 568	36 351 316
Coût total	57 465 407	9 354 388	48 111 019
Coût par mariages précoces évité	3 841	2 238	1 603

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

Tableau 33: Coût récapitulatif par intervention pour mettre fin au mariages précoces (2023-2030) (en USD)

Catégorie de coût	Total	Urbain	Rural
Fourniture des écoles rurales	4 062 124		4 062 124
Améliorer les infrastructures scolaires	2 382 166	351 104	2 031 062
Changements pédagogiques	4 062 124	702 209	3 359 915
Transferts monétaires aux étudiants pauvres	4 062 124	702 209	3 359 915
Prévention du paludisme	-	-	-
Coûts totaux d'intervention en éducation	14 217 434	2 457 731	11 759 703
Intervention communautaire	3 436 948	594 136	2 842 812
Incitations économiques conditionnelles	157 89 737	2 729 531	13 060 206
Compétences de la vie	24 721 909	4 273 612	20 448 297
Coûts totaux d'intervention communautaire	43 948 593	7 597 277	36 351 316
Coût total	58 166 027	10 055 008	48 111 019
Coût par mariages précoces évité	1 921	318	1 603

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

Tableau 33: Coût récapitulatif par intervention pour mettre fin au mariages précoces (2023-2030) (en USD)

Catégorie de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Population totale									
Coûts totaux d'intervention en éducation	-	403 521	863 366	1 383 573	1 951 385	2 559 057	3 197 776	3 858 756	14 217 434
Coûts totaux d'intervention communautaire	-	1 247 355	2 668 815	4 276 869	6 032 074	7 910 497	9 884 889	11 928 094	43 948 593
Coût total	-	1 650 876	3 532 181	5 660 443	7 983 459	10 469 554	13 082 665	15 786 850	58 166 027
Coût par mariages précoces évité	-	529	709	979	1 397	2 124	3 675	7 207	1 921
Urbain									
Coûts totaux d'intervention en éducation	-	44 889	98 461	161 620	233 778	314 568	403 319	499 184	1 755 820
Coûts totaux d'intervention communautaire	-	194 264	426 105	699 434	1 011 709	1 361 340	1 745 422	2 160 294	7 598 568
Coût total	-	239 153	524 566	861 054	1 245 487	1 675 909	2 148 741	2 659 478	9 354 388
Coût par mariages précoces évité	-	627	824	1 115	1 564	2 344	4 007	7 771	2 238
Population rurale									
Coûts totaux d'intervention en éducation	-	337 899	722 270	1 156 102	1 624 945	2 120 820	2 635 644	3 162 023	11 759 703
Coûts totaux d'intervention communautaire	-	1 044 505	2 232 663	3 573 714	5 022 992	6 555 829	8 147 240	9 774 372	36 351 316
Coût total	-	1 382 405	2 954 933	4 729 816	6 647 937	8 676 650	10 782 884	12 936 395	48 111 019
Coût par mariages précoces évité	-	425	580	815	1 180	1 816	3 178	6 293	1 603

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

● Violence conjugale (VPI)

Scénario normal

Les coûts liés à l'intensification des interventions VPI sont estimés pour les scénarios normal et ambitieux. Les résultats de l'estimation sont présentés dans le tableau 35 et la figure 17 pour le scénario normal et dans le tableau 36 et la figure 18 pour le scénario ambitieux.

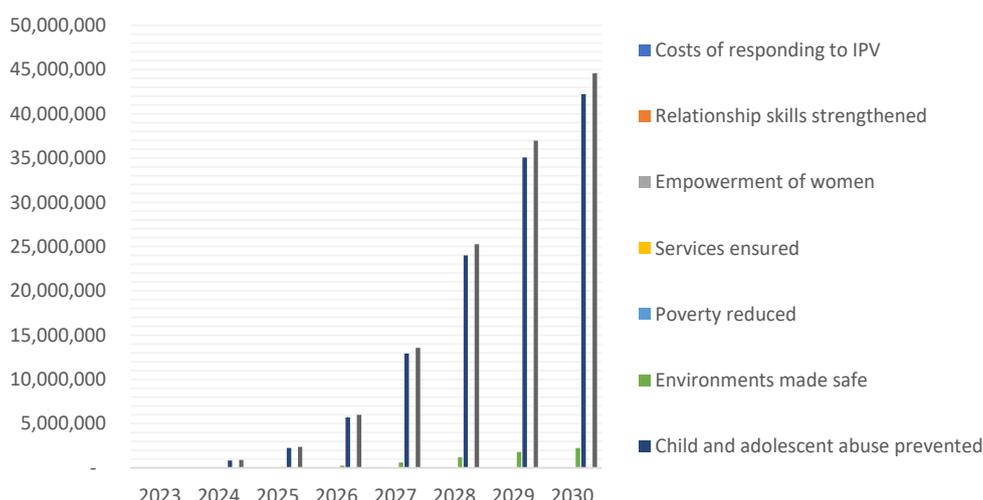


Tableau 35: Scénario normal_Structure des coûts pour les interventions VPI (en USD)

Élément de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	% Du total
Coûts de réponse au VPI	111	470	1 082	2 529	5 214	8 390	10 515	11 515	39 826	0,02%
Compétences relationnelles renforcées	220	730	1 612	3 837	8 662	16 457	24 765	30 761	87 044	0,07%
Autonomisation des femmes	228	275	351	530	908	1 513	2 157	2 624	8 586	0,01%
Prestations assurées	-	296	813	2 124	4 972	9 578	14 487	18 028	50 298	0,04%
Pauvreté réduite	5 522	6 091	6 929	8 710	12 303	17 966	23 983	28 385	109 889	0,07%
Des environnements sécurisés	-	37 132	101 675	265 184	620 312	1 194 457	1 806 553	2 248 428	6 273 741	4,84%
Prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents	-	838 012	2 249 835	5 708 747	12 924 311	24 026 660	35 083 621	42 233 309	123 064 495	94,94%
Attitudes, croyances et normes transformées	6	133	355	916	2 137	4 109	6 210	7 724	21 590	0,02%
Coûts totaux	6 086	883 139	2 362 651	5 992 578	13 578 819	25 279 130	36 972 291	44 580 775	129 655 469	100,00%

Source : Estimation sur base du modèle IPV

Figure 17: Scénario normal_Structure des coûts pour les interventions VPI



Source : Estimation sur base du modèle IPV

Dans le scénario normal, les coûts devraient s'élever à 129 655 469 dollars américains à la fin de 2030. La quasi-totalité des dépenses sera consacrée à la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents (94,94 %). Une somme importante (4,84 %) sera également consacrée à la création d'environnements sûrs. Les autres éléments coûteront moins de 1% du coût total.



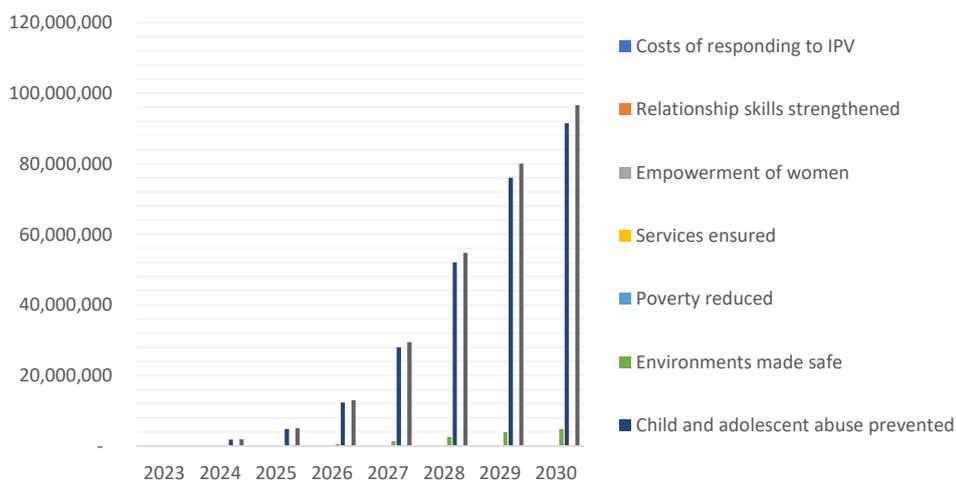
Scénario ambitieux

Tableau 36: Scénario ambitieux_Structure des coûts des interventions VPI (en USD)

Élément de coût	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	% Du total
Coûts de réponse au VPI	111	880	2 134	4 837	8 684	10 613	9 531	8 164	44 954	0,03%
Compétences relationnelles renforcées	220	1 320	3 230	8 061	18 550	35 502	53 571	66 610	187 064	0,07%
Autonomisation des femmes	228	325	487	886	1 741	3 118	4 584	5 644	17 013	0,01%
Prestations assurées	-	642	1 761	4 601	10 773	20 753	31 389	39 061	108 980	0,04%
Pauvreté réduite	5 522	6 619	8 378	12 494	21 163	35 033	49 797	60 508	199 514	0,08%
Des environnements sécurisés	-	80 453	220 295	574 565	1 344 009	2 587 989	3 914 198	4 871 595	13 593 104	4,84%
Prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents	-	1 815 693	4 874 642	12 368 953	28 002 674	52 057 764	76 014 512	91 505 502	266 639 740	94,9%
Attitudes, croyances et normes transformées	6	281	762	1 979	4 624	8 899	13 453	16 735	46 739	0,02%
Coûts totaux	6 086	1 906 213	5 111 688	12 976 376	29 412 219	54 759 671	80 091 035	96 573 820	280 837 108	100%

Source : Estimation sur base du modèle IPV

Figure 18: Scénario ambitieux_Structure de coût pour les interventions VPI



Source : Estimation sur base du modèle IPV

Dans le scénario ambitieux, les coûts devraient s'élever à 280 837 108 dollars américains à la fin de 2030. Comme dans le scénario normal, presque toutes les dépenses seront consacrées à la prévention de la maltraitance des enfants et des adolescents (94,94 %). Une somme importante (4,84 %) sera également consacrée à la création d'environnements sûrs. Les autres éléments coûteront moins de 1% du coût total.



4.4.3. Analyse du déficit de financement pour l'élimination des VBG

● Mariages précoces

Tableau 37: Déficients de financement pour soutenir les interventions visant à mettre fin au mariages précoces (en USD)

Investissement total	Investissement total requis	Fonds projetés par pays	Gap de financement	% de l'investissement total requis
Coût total	58 166 027	5 816 603	52 349 424	90%
Coût par mariages précoces évité	1 921	192	1 729	90%

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

Tableau 38: Programmes de mobilisation de fonds pour les interventions visant à mettre fin au mariages précoces (en USD)

Sources	Coût total	Coût par mariages précoces évité	Pondération des sources
Public	36 539 549	1 207	70%
Externe	15 807 404	522	30%
Autre (privé)	2 472	0	0%
Total	52 349 424	1 729	100%

Source : Estimation sur base du modèle CMOI

Sur la base des estimations présentées dans les tableaux 35 et 36, l'analyse des déficits de financement pour étendre les interventions visant à mettre fin au mariages précoces montre que sur 58 166 027 dollars américains nécessaires pour intensifier les interventions, les écarts sont estimés à 90 % du budget total requis, de même que le coût par mariages précoces évité. Les fonds à mobiliser auprès de sources intérieures, extérieures ou autres (privées) sont respectivement dans les proportions de 70%, 30% et 0%.

● Violence conjugale (VPI)

Pour l'estimation des déficits de financement du VPI, nous n'avons pas pu faire référence aux dépenses publiques consacrées au VPI. Il est considéré donc qu'au moins 10 % des coûts peuvent être couverts par le budget de l'État. Le reste est censé être mobilisé, soit 90% du budget nécessaire. Les schémas de mobilisation considérés ici sont les mêmes que le mariages précoces. Sur ces bases, les déficits de financement pour le VPI sont présentés dans les tableaux 39 et 40. Les déficits de financement estimés sont respectivement de 144 061 632 dollars américains et 252 753 397 dollars américains pour des scénarios ambitieux normaux. Les fonds devraient être mobilisés dans des proportions de 4% et 96% respectivement pour les sources intérieures et extérieures, dans les deux scénarios.



Tableau 39: Déficits de financement pour soutenir les interventions VPI (en USD)

Scénario	Investissement total requis	Fonds projetés par pays	Déficit de financement	% du déficit de l'investissement total requis
Scénario 1	129 655 469	12 965 547	144 061 632	90%
Scénario 2	280 837 108	28 083 711	252 753 397	90%

Source : Estimation sur base du modèle IPV

Tableau 40: Programmes de mobilisation de fonds pour les interventions VPI (en USD)

Sources	Scénario 1	Scénario 2	Pondération des sources
Public	5 762 465	10 110 136	4%
Externe	138 299 167	242 643 261	96%
Autre (privé)	-	-	0%
Total	144 061 632	252 753 397	100%

Source : Estimation sur base du modèle IPV



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU). Enquête démographique et de santé, rapport synthèse, mai 2017.
2. Institut des statistiques du Burundi (2021), Annuaire statistique du Burundi.
3. Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, Annuaire statistique de santé 2017.
4. MSNASDPHG, Plan d'Action 2022-2027 de mise en œuvre de la Politique Nationale Genre 2012-2025.
5. PNUD, Rapport sur le Développement humain 2019, Burundi, décembre 2020. file:///C:/Users/HP/Downloads/RNDH-Burundi-2019_Final-Web.pdf.
6. PNUD, Rapport sur le Développement humain 2020, Burundi. <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/fr/BDI.pdf>.
7. PNUD, Rapports du Développement Humain (édition 2018, 2019, 2020 et 2021/2022).
8. PNUD. Rapport sur le Développement humain 2020, Burundi, in <https://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/fr/BDI.pdf>. (consulté le 04/05/2023).
9. Programme des Nations Unies pour le Développement ; Rapport sur le Développement Humain 2019 : Au-delà des revenus, des moyens et du temps présent, New York, décembre 2019.
10. Programme des Nations Unies pour le Développement ; Rapport sur le Développement Humain 2021/2022.
11. INSBU (2010), Enquête Démographique et de Santé Burundi 201.
12. MSPLS (2011), Plan national de développement sanitaire 2011-2015.
13. MSPLS (2016), Politique nationale de santé 2016-2025.
14. INSBU (2017), Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017.
15. République du Burundi (2018), Plan national de développement du Burundi (PND BURUNDI 2018-2027).
16. République du Burundi (2018), Rapport de priorisation des ODD au Burundi de 2016 à 2030.
17. République du Burundi (2019), Plan stratégique national de la sante de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents PSN-SRMNIA: 2019 – 2023.
18. République du Burundi (2022), Rapport de la revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA-NUT 2019-2023 du Burundi.
19. République du Burundi ; Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, des droits de la Personne humaine et du genre ; Projet « Appui à l'Egalité Genre et à la Lutte contre les violences sexuelles et celles basées sur le Genre ; Rapport annuel 2022.
20. République du Burundi ; MSNASDPHG ; Annuaire Statistique édition 2021.
21. République du Burundi, Plan Stratégique National de lutte contre les violences sexuelles et celles basées sur le genre, 2018-2022 ; juillet 2018.
22. République du Burundi; Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique ; Rapport des données sur les grossesses des élèves, édition 2020-2022 ; juillet 2022.
23. République du Burundi; Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique, Stratégie Nationale de lutte contre les grossesses des élèves et les abandons scolaires ; juillet 2021.
24. République du Burundi; Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique ; Rapport des données sur les grossesses des élèves, édition 2020-2022 ; juillet 2022.
25. République du Burundi; Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA ; Rapport de la Revue à mi-parcours du Plan Stratégique SRMNIA-NUT 2019-2023 ; avril 2022.
26. UNFPA; Etude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi ; juillet 2013.
27. UNICEF Adolescent investment Case, Burundi, décembre 2019.
28. UNICEF data ; Monitoring the situation of children and women; in <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>.(consulté le 06/05/2023).
29. UNICEF : Burundi investlment case , 2019.
30. UNICEF. Adolescent Girls Programme Strategy, 2022 - 2025.
31. USAID, Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. <https://www.data4impactproject.org/prh/womens-health/adolescent-and-youth-sexual-and-reproductive-health/adolescent-birth-rate/>. (consulté le 06/05/2023).