

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTERE DE LA PLANIFICATION DU DEVELOPPEMENT ET DE LA RECONSTRUCTION

INSTITUT DE STATISTIQUES ET D'ETUDES ECONOMIQUES DU BURUNDI

ISTEEBU

**Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de
l'Enfant et de la Femme au Burundi
(ENECEF-BURUNDI 2000)**

Rapport Final

Mars 2001

Le présent rapport a été rédigé par:

*Monsieur **BUZINGO Déogratias**, Coordonnateur et responsable de la collecte*

*Monsieur **HABIMANA Faustin**, responsable de la méthodologie et de l'analyse,*

*Monsieur **NDUWABIKE Noé**, responsable du traitement informatique*

*Sous la supervision de Monsieur **Védaste NGENDANGANYA**, Administrateur de l'ENECEF-BURUNDI 2000 et Directeur de l'ISTEEBU*

TABLE DES MATIERES

Page

RESUME EXECUTIF.....	1
MORTALITE INFANTILE ET INFANTO-JUVENILE (DES MOINS DE 5 ANS).....	1
EDUCATION ET ALPHABETISATION	1
EAU DE BOISSON ET SYSTEME SANITAIRE	1
ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.	1
ALLAITEMENT AU SEIN MATERNEL.....	2
IODATION DU SEL.	2
SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	2
LES FAIBLES POIDS A LA NAISSANCE	2
LA COUVERTURE VACCINALE	2
LA DIARRHEE	3
LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS.....	3
L'INITIATIVE DE GESTION INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE.....	3
LA MALARIA	3
LE VIH/SIDA.....	4
LA CONTRACEPTION.....	4
LA CONSULTATION PRENATALE.....	4
ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT	4
L'ENREGISTREMENT DES ENFANTS A LA NAISSANCE	4
ENFANTS ORPHELINS ET CADRE DE VIE DES ENFANTS.....	5
TRAVAIL DES ENFANTS	5
RESUME DES INDICATEURS	6
INTRODUCTION.....	10
I. CARACTERISTIQUES ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	10
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	10
II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	13
PLAN D'ECHANTILLONNAGE	13
QUESTIONNAIRE	13
COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	14
III. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE DES DONNEES.....	15
TAUX DE REPONSES	15
REPARTITION PAR 'AGE ET PAR SEXE DE LA POPULATION DE L'ECHANTILLON ET DONNEES MANQUANTES	15
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES MENAGES DE L'ECHANTILLON	16
IV. RESULTATS	18
A. MORTALITE INFANTILE ET INFANTO-JUVENILE	18
B. EDUCATION.....	19
C. EAU DE BOISSON ET SANITAIRES	21
D. ALIMENTATION DES ENFANTS	22
E. SANTE DES ENFANTS	27
F. LE VIH/SIDA.....	32

G. SANTE DE LA REPRODUCTION	35
H. DROITS DES ENFANTS	37
LES TABLEAUX DES RESULTATS	40

RESUME EXECUTIF.

L'Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme, ENECEF-BURUNDI 2000 en sigle, est une enquête par sondage auprès des ménages dont la population cible était composée de femmes de 15 à 49 ans et d'enfants de moins de 5 ans. Elle a couvert tout le Burundi et ses objectifs étaient de fournir des données pour apprécier la situation des conditions de vie des enfants et à la fin de la décennie et d'évaluer les progrès réalisés pour atteindre les objectifs fixés par le Sommet Mondial pour les Enfants tenu à New-York en 1990. Les données de ladite Enquête doivent servir de base pour préparer les actions futures.

Globalement, les résultats obtenus sont les suivants:

Mortalité infantile et infanto-juvénile (des moins de 5 ans).

Les probabilités de décès avant d'atteindre le 1^{er} anniversaire est de 156 pour 1000 et les probabilités de décès avant d'atteindre 5 ans sont de 233 pour 1000 en 2000.

Education et alphabétisation

Seulement 47 % d'enfants en âges de scolarisation fréquentent l'école primaire.

La région Nord reste la plus défavorisée des autres avec un taux de 42 %.

Au niveau national, un écart significatif existe entre les garçons et les filles au niveau de la fréquentation de l'école primaire (50,5 % pour le sexe masculin et 43,7 % pour le sexe féminin).

Plus de 80 % d'enfants qui entrent en 1^{ère} année primaire parviennent à atteindre la 5^{ème} année.

Une proportion relativement faible de la population âgée de plus de 15 ans (58,9 %) est alphabétisée.

Le pourcentage de la population alphabétisée décroît de 75,6% dans le groupe d'âges 15-24 ans jusqu'à 18,5 % dans le groupe d'âges de 65 ans et plus.

Eau de boisson et Système sanitaire

Environ 78,9 % de la population ont accès à l'eau de boisson salubre, soit 91,4 % en milieu urbain et 77,9 % en milieu rural.

La région Est reste la plus défavorisée car, seulement 55 % de la population accède à l'eau de boisson salubre.

Environ 77,3 % de la population du Burundi habite des ménages possédant des dispositifs d'évacuation de déchets humains.

Etat nutritionnel des enfants.

Au Burundi, 45,1 % d'enfants âgés de moins de 5 ans sont d'un poids insuffisant par rapport à leur âge, 56,8 % souffrent d'un retard de croissance modéré et 7,5 % souffrent d'une émaciation modérée.

Les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus, sont les moins atteints de

malnutrition par rapport aux enfants dont les mères sont de niveau d'instruction inférieur.

Allaitement au sein maternel

Environ 74,3 % d'enfants âgés de moins de 3 mois sont exclusivement allaités. A l'âge de 6 à 9 mois, 46,2 % d'enfants allaités au sein maternel reçoivent des aliments de complément constitués de nourritures solides ou semi-solides.

A l'âge de 20 à 23 mois, une grande proportion d'enfants (85,1 %) continuent d'être allaités.

Iodation du sel.

Environ 95,9 % de ménages du Burundi disposent du sel suffisamment iodé. Ce pourcentage de ménages varie de 92,6 % dans la région Ouest à 97,7 % dans la région Sud.

Supplémentation en vitamine A

Durant les six derniers mois précédant l'enquête, 38 % d'enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une dose forte de Vitamine A. Environ 42,6 % n'ont pas reçu de suppléments de vitamine A les six derniers mois précédant l'enquête.

Le niveau d'instruction de la mère est en corrélation avec la supplémentation en vitamine A. Le pourcentage d'enfants qui ont reçu de suppléments en vitamine A dans les six derniers mois avant l'enquête passe de 30,7 % chez les enfants issus de mères sans niveau d'instruction à 38,7 % chez les enfants issus de mères de niveau primaire, pour baisser légèrement jusqu'à 37,6 % chez les enfants issus de mères de niveau secondaire et plus.

Environ 15,9 % de mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois avant l'enquête ENECEF ont reçu une dose de vitamine A dans les huit semaines après la naissance des enfants.

Les faibles poids à la naissance

Environ 10,5 % d'enfants nés dans les 12 derniers mois avant l'enquête ENECEF pesaient moins de 2500 grammes à leur naissance.

La Couverture vaccinale

Environ 84,3 % d'enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le vaccin BCG et la première dose de DTC a été donné à 86 % d'enfants. Ce pourcentage baisse pour des doses suivantes de DTC, soit 81,8 % pour la deuxième dose, et 72,8 % pour la troisième dose.

De même, si 87,0% d'enfants âgés de 12-23 mois ont reçu le Polio 1, ce pourcentage baisse à 62,8 % au Polio 3.

La couverture vaccinale contre la rougeole reste inférieure à celle des autres vaccins car seulement

69,9% d'enfants âgés de 12-23 mois sont vaccinés contre la rougeole

Moins de la moitié des enfants (45,9 %) ont pu avoir tous les 4 vaccins recommandés.

Il n'existe pas de différence dans la vaccination entre les enfants de sexe masculin et féminin.

Malgré la corrélation positive entre le taux de couverture vaccinale et le niveau d'instruction, le taux le plus élevé n'est pas partout enregistrée chez les enfants issus de mères de niveau d'instruction secondaire et plus .

Néanmoins, ce taux y est le plus élevé quand on considère les 4 vaccins.

La diarrhée

Parmi les 15,6 % d'enfants qui ont déclaré avoir eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines précédant l'interview, seulement 10,4 % ont reçu des liquides augmentés et ont continué de manger.

Les Infections Respiratoires Aiguës.

Un peu moins de 13 % d'enfants âgés de moins de 5 ans avaient connu une infection respiratoire aiguë dans les deux semaines précédant l'enquête. Néanmoins, seulement 39,9 % de ces enfants ont reçu un traitement approprié.

L'initiative de Gestion Intégrée des Maladies de l'Enfance

Parmi les enfants âgés de moins de 5 ans qui ont été déclarés avoir été malades (de diarrhée ou une autre maladie) dans les deux semaines qui précèdent l'ENECEF, seulement 8,9 % d'entre eux ont reçu des liquides augmentés et ont continué de manger comme recommandé par le programme de Gestion Intégrée des Maladies de l'Enfance.

Près de 82 % de mères savent au moins deux des signes pour lesquels un enfant devrait être emmené à une formation sanitaire immédiatement.

La malaria

Malgré le taux de prévalence élevé de malaria dans presque toutes les régions du Burundi, le taux d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous un moustiquaire durant les deux semaines avant l'enquête reste très faible car il n'est que de 2,6 %. Parmi ces moustiquaires, seulement la moitié sont imprégnés d'insecticide.

Parmi les 16,5 % d'enfants ayant connu de fièvre dans les deux semaines avant l'enquête, 14,9 % ont reçu le paracétamol pour traitement et 23,3 % ont reçu la chloroquine, au moment où moins de deux pour cent ont reçu le fansidar (1,6 %). Un pourcentage non négligeable (7,8 %) d'enfants avaient reçu d'autres médicaments.

Le VIH/SIDA.

45,5 % de femmes âgées de 15-49 ans connaissent les deux principaux moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA, à savoir " *avoir un seul partenaire sexuel non infecté, utiliser un préservatif chaque fois dans les rapports sexuels*".

35,6 % de femmes savent identifier correctement les trois fausses conceptions au sujet de la transmission du VIH/SIDA, à savoir " *que le VIH/SIDA peut être transmis par des moyens surnaturels, qu'il peut être transmis par des piqûres de moustique et qu'une personne en apparence en bonne santé peut être infectée du VIH/SIDA*".

26,6 % de femmes en âges de la reproduction (15-49 ans) au Burundi savent un endroit où on fait un test du SIDA et que seulement 2,7 % ont été testées.

Le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont des connaissances suffisantes sur la transmission du VIH/SIDA et celui des femmes qui savent un endroit où on fait un test du SIDA augmentent de manière très significative avec le niveau d'instruction de la femme.

La contraception

L'usage courant de méthodes contraceptives a été déclaré par 15,7 % de femmes mariées ou en union. La méthode la plus utilisée reste l'injection avec un pourcentage de 4,7 % de femmes mariées ou en union, suivie par la pillule avec 3,9 % de femmes mariées ou en union.

La consultation prénatale

60,4 % de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois au Burundi étaient protégées contre le tétanos néonatal. La grande majorité de ces femmes ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique dans les trois dernières années précédant l'enquête.

Dans l'ensemble, presque toutes les femmes du Burundi font faire une forme de consultation prénatale et 76 % font faire cette consultation chez un personnel qualifié (docteur, infirmier (ière), accoucheuse).

Assistance à l'accouchement

Un médecin, un(e) infirmier(ière) ou une accoucheuse assistent à l'accouchement de seulement 24,9 % de naissances qui étaient survenues durant l'année ayant précédé l'enquête.

Ce pourcentage est plus élevé dans la région Ouest avec 36,5 % et plus faible dans la région Nord avec 17,3 %.

L'enregistrement des enfants à la naissance

Au Burundi, 74,8% des naissances d'enfants âgés de moins de 5 ans avaient été enregistrées.

Il n'y a pas de variations considérables dans l'enregistrement des naissances selon le sexe de l'enfant ou le niveau d'instruction de la mère.

Enfants Orphelins et cadre de vie des Enfants

Dans l'ensemble, 72,2 % d'enfants âgés de 0-14 ans vivent avec les deux parents. Les enfants qui ne vivent pas avec un parent biologique représentent 6,7 % et ceux qui ont un ou les deux parents décédés représentent 18,9 % d'enfants âgés de 0-14 ans.

La situation des enfants dans la région Ouest se démarque de celle des enfants d'autres régions. Dans la région Ouest, seulement 67,3 % d'enfants vivaient avec les deux parents, 4,6 % vivaient avec leur mère seulement bien que leur père était vivant et une proportion assez importante (9,3 %) vivait avec aucun parent.

Travail des Enfants

Plus de 2 % d'enfants âgés de 5-14 ans étaient occupés à des travaux salariés. A ce sujet, presque deux fois plus d'eux (4,3 %) participaient à des travaux non rémunérés pour quelqu'un qui n'est pas du ménage.

Un peu moins de 79 % d'enfants prennent part aux travaux domestiques, tels que cuire les aliments, puiser de l'eau, et garder les autres enfants, pour une durée de moins de quatre heures par jours, au moment où 2,1 % consacrent plus de quatre heures par jour dans de pareils travaux.

Résumé des Indicateurs

Indicateurs qui reflètent les objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants		
<i>Taux de mortalité infantile:</i>	Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes	156/1000
<i>Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans</i>	Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, pour 1000 naissances vivantes	231/1000
<i>Prévalence de retards pondéraux</i>	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	45,1/100
<i>Prévalence du retard de croissance:</i>	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane taille-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	56,8/100
<i>Prévalence de l'émaciation</i>	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) par rapport à la médiane poids-pour-taille de la population de référence du CHS/WHO	7,5/100
<i>Taux d'Utilisation de l'eau potable salubre</i>	Proportion de la population qui utilise une source appropriée d'eau à boire salubre (sources d'approvisionnement appropriées: eau de robinet dans le logement ; borne fontaine ; puits à pompe ; puits protégé ; source protégée (L'eau en bouteille et l'eau de pluie sont ajoutées à la liste de la MICS)	78,9/100
<i>Taux d'Utilisation des moyens d'évacuation des déchets humains</i>	Proportion de la population qui habite des ménages disposant d'un moyen d'évacuation de déchets humains (toilettes connectées au système d'égouts; toilettes à chasse d'eau (privées ou publiques) ; latrines améliorées ; latrines traditionnelles)	77,3/100
<i>Taux de promotion jusqu'en 5ème primaire</i>	Proportion d'enfants entrant en première classe de l'école primaire qui atteignent par la suite la classe de 5 ^{année} année	80,1/100
<i>Taux net d'inscription dans l'enseignement primaire</i>	Proportion d'enfants d'âge de début de scolarité de l'enseignement primaire qui sont inscrits dans une école primaire	23,7/100
<i>Taux net de fréquentation de</i>	Proportion d'enfants d'âges scolaires de	47/100

<i>l'enseignement primaire</i>	l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire	
<i>Taux d'alphabétisation des adultes</i>	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui sait à la fois lire et écrire.	58,9/100
<i>Taux d'alphabétisation des femmes</i>	Proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui savent à la fois lire et écrire.	51,9/100
<i>Taux de Consultation prénatale</i>	Proportion de femmes âgées de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par un personnel de santé qualifié. (personnel de santé qualifié: médecins, infirmiers et sages-femmes mais pas d'accoucheuses traditionnelles formées ou non)	76/100
<i>Prévalence contraceptive des femmes en union</i>	Proportion de femmes âgées de 15-49 ans en union qui utilisent ou dont le partenaire utilise une méthode contraceptive moderne.	9,8/100
<i>Taux d'accouchements assistés</i>	Proportion d'enfants dont la naissance a été assistée par un personnel de santé qualifié	24,9/100
<i>Taux d'insuffisance pondérale à la naissance</i>	Proportion de naissances vivantes des 12 derniers mois qui pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance	10,5/100
<i>Taux de Consommation du sel iodé</i>	Proportion de ménages qui consomment du sel adéquatement iodé	95,9/100
<i>Taux de supplémentation de vitamine A chez les enfants</i>	Proportion d'enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A au cours des 6 derniers mois	38/100
<i>Taux de supplémentation de vitamine A chez les mères allaitantes</i>	Proportion de mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois qui ont reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A avant que leur bébé n'atteigne l'âge de 8 semaines	15,9/100
<i>Taux d'allaitement exclusif</i>	Proportion d'enfants âgés de moins de 4 mois (120 jours) qui sont exclusivement allaités	74,3/100
<i>Taux de supplémentation à l'allaitement</i>	Proportion d'enfants âgés de 6-9 mois (180-299 jours) qui sont nourris au sein maternel accompagné d'aliments de complément	46,2/100
<i>Taux d'allaitement continu</i>	Proportion d'enfants âgés de 12-15 mois qui sont encore allaités	95,9/100
<i>Couverture vaccinale du DTCoq)</i>	Proportion d'enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) avant l'âge d'un an	72,8/100
<i>Couverture vaccinale contre la</i>	Proportion d'enfants vaccinés contre la	69,9/100

<i>rougeole</i>	rougeole avant l'âge d'un an	
<i>Couverture vaccinale contre la Polio</i>	Proportion d'enfants vaccinés contre la poliomyélite avant l'âge d'un an	62,8/100
<i>Taux de Protection contre le tétanos néonatal</i>	Proportion d'enfants âgés d'un an protégés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leur mère	60,4/100
<i>Taux d'Utilisation du SRO</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et qui étaient traités avec des solutions de réhydratation orale (SRO)	11/100
<i>Taux de Traitement de la diarrhée à domicile</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et qui avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption durant l'épisode	77,5/100
<i>Taux de traitement adéquat des infections respiratoires aiguës</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et qui étaient conduits à une formation sanitaire	39,9/100
<i>Développement préscolaire</i>	Proportion d'enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent un programme organisé d'éducation préscolaire	4,6/100
<i>Taux d'Enregistrement des naissances</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois dont les naissances ont été enregistrées selon les déclarations des mères	74,8/100
<i>Cadre de vie des enfants</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages mais sans un parent biologique	6,7/100
<i>Taux d'orphelinage chez les enfants âgés de 0-14 ans</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages qui sont orphelins	18,9/100
<i>Taux d'occupation des enfants</i>	Proportion d'enfants âgés de 5-14 ans vivant dans des ménages qui travaillent actuellement (rémunérés ou non rémunérés, à la maison ou en dehors de la maison)	32,2/100
<i>Taux de Traitement adéquat de maladies à domicile</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades durant les deux dernières semaines et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption	8,9/100
<i>Taux de Connaissance des symptômes pour lesquels il faut chercher des soins à une formation sanitaire</i>	Proportion de personnes en charge d'enfants âgés de 0-59 mois qui connaissent au moins deux des symptômes suivants pour lesquels il faut chercher des	81,8/100

	soins à une formation sanitaire (enfant incapable de boire ou d'allaiter, enfant qui devient plus malade, enfant qui développe de la fièvre, un enfant qui a une respiration rapide, un enfant qui a une respiration difficile, un enfant qui a du sang dans les selles, un enfant qui boit difficilement).	
<i>Taux d'Utilisation de Moustiquaires traités</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous un moustiquaire traité la nuit dernière	1,3/100
<i>Taux de Traitement adéquat du paludisme</i>	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades de fièvre durant les deux dernières semaines et qui avaient reçu des médicaments antipaludéens	31,3/100
<i>Taux de Connaissance de la prévention du VIH/SIDA</i>	Proportion de femmes qui ont cité correctement les deux principaux moyens pour éviter l'infection du VIH	45,5/100
<i>Taux de Connaissance des conceptions erronées du VIH/SIDA</i>	Proportion de femmes qui ont identifié correctement trois principales conceptions erronées sur le VIH/SIDA	35,6/100
<i>Taux de Connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à son enfant</i>	Proportion de femmes qui ont identifié correctement des moyens de transmission du VIH de la mère à son enfant	60,2/100
<i>Attitudes des femmes vis-à-vis des personnes ayant le VIH/SIDA</i>	Proportion de femmes ayant exprimé au moins une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes atteintes de VIH/SIDA	55/100
<i>Taux de connaissance des endroits de test du VIH/SIDA chez les femmes</i>	Proportion de femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH	26,6/100
<i>Taux de test du VIH/SIDA chez les femmes</i>	Proportion de femmes qui ont subi le test du VIH/SIDA	2,7/100

INTRODUCTION.

Le présent document constitue le rapport final de l'Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi en 2000, après une décennie 1990 qui avait été dédiée à l'enfance.

L'évaluation des progrès accomplis durant la décennie s'appuie sur une liste d'indicateurs de suivi-évaluation des progrès dans les objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants d'une part, et d'autre part sur un questionnaire d'enquête à indicateurs multiples, outil approprié pour obtenir des données pertinentes.

Les résultats de l'enquête sont présentés sous 6 chapitres. Le 1er chapitre expose le contexte dans lequel l'évaluation a été menée ainsi que les objectifs qu'elle se fixait d'atteindre.

Le second chapitre traite de la méthodologie adoptée dans la collecte des données, en mettant un accent particulier sur le plan de sondage, le contenu du questionnaire, les techniques de collecte et de traitement utilisées. Le troisième chapitre présente la qualité des données obtenues et les caractéristiques de l'échantillon.

Le quatrième chapitre présente les principaux résultats obtenus au regard de certaines variables estimés fondamentales pour l'évaluation des progrès accomplis, dont notamment la mortalité infantile, l'éducation, l'eau et les sanitaires, l'alimentation et la santé des enfants, le virus du VIH/SIDA, la santé de la reproduction et les droits des enfants.

Le présent rapport a la prétention de présenter de manière rapide et complète la situation du Burundi dans le domaine de l'amélioration de la qualité de la vie de l'enfant et de la femme durant la décennie 1990. Il se veut donc être une référence à tous dans l'appréciation des progrès accomplis, aux fins de mieux préparer la décennie qui commence.

I .CARACTERISTIQUES ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1.1. Contexte et justification

Lors du Sommet Mondial pour les Enfants tenu à New-York en 1990, les Pays du monde entier dont le Burundi adoptaient une déclaration commune par laquelle ils s'engageaient résolument de mettre en place des mécanismes nécessaires pour améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes à travers un Plan d'Action pour les enfants.

Après avoir adapté les objectifs du Sommet Mondial au contexte national, l'adoption en 1992 du Programme National d'Action témoignait de la volonté du Burundi de mobiliser une part importante de ses ressources pour permettre d'atteindre les objectifs du Sommet.

Dans son Programme d'Action, le Burundi se fixait pour l'an 2000, entre autres objectifs:

1. La réduction de la mortalité infantile de 116 pour mille à 77 pour mille et la réduction de la mortalité des moins de 5 ans de 196 pour mille à 100 pour mille.
2. La réduction de 50 % du taux de mortalité maternelle enregistrée en 1992 et estimé en ce moment à 600 pour 100.000 naissances vivantes.
3. La quasi-élimination (moins de 1 %) de la malnutrition grave et la réduction de 50 % de la malnutrition modérée pour passer de 38 % à 19 %.
4. L'accès quasi-universel (98 %) à l'eau potable à moins 500 m des habitations, ce qui signifiait doubler le taux de desserte de 1991 qui était de 49 % et garantir la bonne qualité de l'eau consommée.
5. L'accès de 90 % des ménages à des installations sanitaires d'évacuation des excréta, ce qui signifiait doubler le taux de 1991 qui était de 47 %
6. La généralisation de l'éducation de base pour les enfants de 7 ans à 12 ans, avec la pleine inscription des enfants de 7 ans.
7. L'augmentation du taux net de scolarisation des enfants de 7 ans à 12 ans de 52 % à 80 % en l'an 2000.
8. La réduction de l'analphabétisme des adultes de 66 % à 30 % , avec un accent particulier sur la réduction des disparités entre hommes et femmes.
9. L'amélioration de la protection des enfants en situation particulièrement difficile et la réinsertion scolaire des enfants de la rue.

Pour attendre ces objectifs, un certain nombre d'actions et des coûts y relatifs étaient conçus, dont notamment:

1. En matière de santé, le Gouvernement s'était fixé de passer, entre 1992 et l'an 2000, de 262 à 300 centres de santé, de supporter des coûts de fonctionnement et de médicaments s'élevant à plus de 12 milliards de FBU sur la période.
2. Dans le secteur Eau et Assainissement, on avait prévu de construire 5.094 bornes fontaines, 10.095 sources aménagées, 20 puits aménagés, 738.755 latrines familiales. Le tout totaliserait un coût de plus de 30 milliards de FBU.
3. Dans le domaine de l'Education, il avait été prévu la construction de 4.285 salles de classe équipées et la formation de 5.152 maîtres dont le coût, les frais de fonctionnement inclus, s'élèverait à plus de 47 milliards de FBU; quant à l'alphabétisation des adultes, elle devait toucher entre 700.000 et 850.000 personnes pour un coût de 22,5 milliards de FBU.

Globalement, l'exécution du Programme National d'Action devrait coûter un peu plus de 91 milliards de Francs Burundais.

Par ce Plan d'Action, le Burundi s'est aussi engagé à suivre les progrès accomplis pour atteindre les buts et les objectifs qu'il s'était fixés pour l'an 2000.

A l'approche de la fin de la Décennie, l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS, l'UNESCO et d'autres Agences des Nations Unies, a dressé une liste de 75 indicateurs permettant d'apprécier les progrès réalisés pour atteindre les objectifs du Sommet Mondial et d'établir des comparaisons entre les pays. L'Enquête d'Evaluation effectuée au Burundi, a été réalisée dans le but de fournir des données relatives à la plupart des indicateurs sus-mentionnés.

L'Enquête d'Evaluation a été exécutée par l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU en sigle) avec l'appui financier de l'UNICEF.

Ce Rapport Final présente les résultats définitifs globaux sur le niveau de certains indicateurs relatifs aux principaux thèmes couverts par l'Enquête Nationale d'Evaluation. Il fait également référence aux données d'autres sources grâce auxquelles il devient plus aisé de situer le niveau des indicateurs dans le contexte réel de la vie de l'enfant et de la femme au Burundi.

Le Burundi qui fait l'objet de cette évaluation de fin de décennie, est un pays à cheval entre l'Afrique Centrale et l'Afrique Orientale avec des dimensions très modestes (27.834 Km²). De par son histoire, sa géographie et son économie, il appartient à la région des Grands Lacs Est-Africains. Le Burundi est un pays enclavé et fortement peuplé (population estimée à 6,3 millions d'habitants en 1999 selon l'enquête prioritaire 1998 réalisée par l'ISTEEBU), où les enfants de moins de 5 ans représentent près de 20 % de la population totale et les moins de 15 ans près de 50 %. Dépendant d'une économie essentiellement basée sur l'agriculture, la majorité de la population vit dans des conditions d'extrême précarité (plus de 50 % des ménages sont en dessous du seuil de pauvreté).

La décennie 90 a connu 2 moments importants: de 1990 à 1993, une période caractérisée par une croissance économique prometteuse et de 1993 à 2000, une période caractérisée par une paralysie socio-économique presque généralisée, conséquente à la crise socio-politique déclenchée en Octobre 1993, doublée d'une véritable guerre civile qui dure encore aujourd'hui et dont les effets négatifs ont été amplifiés par l'embargo imposée en 1996. Par cette crise, près de 10 % de la population sont déplacées, dispersées ou dans des camps de regroupement et un grand nombre d'enfants se trouve dans une situation de détresse, caractérisée par le manque d'abri, d'aliments suffisants, d'accès aux services de santé et d'éducation.. Plusieurs d'entre eux ont été témoins, actifs ou victimes de scènes de violence, devenant traumatisés voire handicapés.

Dans la conjoncture actuelle, la survie, la protection et le développement de l'enfant au Burundi relève du défi:

- Sur le plan politique, la persistance de la crise avec son cortège de violence, génère une enfance meurtrie ou en situation de détresse;
- Sur le plan économique, la crise et l'embargo ont exacerbé une situation déjà critique, le pays disposant de ressources limitées ne pouvant pas subvenir aux besoins primordiaux de la population en général et des enfants en particulier;
- Sur le plan socio-culturel, la paupérisation et l'analphabétisme maintiennent la population dans l'ignorance et le sous développement

En dépit de ces handicaps de nature conjoncturelle, le Burundi garde une vision perspective et constructive dans le sens de mettre tout en œuvre pour que les conditions de vie de la population en

général et des enfants en particulier soient améliorées. C'est ainsi que ce rapport se doit de présenter de bonne foi et en termes objectifs et détaillés, la situation telle que la population la vit en 2000. Il entend par là relancer avec détermination et en collaboration avec les organisations internationales, toute action garantissant en permanence et selon les règles internationales établies, le respect de la vie et de l'intégrité physique et morale des populations civiles, des femmes et des enfants en particulier.

Objectifs fondamentaux de l'enquête

L'Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi en l'an 2000 se fixait comme objectifs premiers:

- De produire des données pour apprécier la situation du bien-être de l'enfant et de la femme à la fin de la décennie 1990 et pour préparer la décennie qui commence;
- De fournir des données nécessaires pour évaluer les progrès accomplis pour atteindre les buts fixés par le Sommet Mondial et constituant une base pour les actions futures;
- De contribuer à enrichir la base de données et le système d'évaluation et à perfectionner l'expertise nationale dans la collecte, l'exploitation et l'analyse de ce genre d'enquête.

II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Plan d'échantillonnage

L'échantillonnage adopté dans l'Enquête Nationale d'Evaluation des conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi permet d'estimer des indicateurs du bien-être au niveau national avec une marge d'erreur à priori de 5 %.

L'échantillon a été établi à deux degrés. Au 1er degré, 267 sous-collines et 33 sites de sinistrés ont été tirés avec probabilités proportionnelles à la taille. Au second degré, à partir des listes de tous les chefs de ménage des sous-collines et sites tirés, on a sélectionné 4.500 ménages par tirage systématique. De ce fait, les résultats au niveau national seront auto-pondérés.

Questionnaire

En adaptation du questionnaire modèle des MICS, il a été élaboré un questionnaire unique comprenant trois parties (la première pour les informations concernant le ménage, la deuxième pour les femmes 15-49 ans et la troisième pour les enfants de moins de 5 ans). Ce questionnaire a été administré à chaque ménage de l'échantillon retrouvé au moment de la collecte.

Etant donné que le Burundi ne dispose pas de statistiques fiables sur l'ampleur des décès liés à la maternité, des questions optionnelles sur la mortalité maternelle ont été ajoutées.

De plus, au regard de la situation particulière de crise que le Burundi traverse depuis Octobre 1993, un module additionnel sur la protection des Droits des Enfants a été ajouté.

Les parties avec leurs modules ont été ainsi libellés:

- **Questionnaire Ménage:**

Modules:

- Cadre d'information sur le ménage
- Enregistrement des membres du ménage,
- Education/fréquentation scolaire
- Travail des enfants
- Eau et sanitaires
- Iodation du sel

- **Questionnaire Femme** (âgée de 15-49 ans)

Modules:

- Mortalité des enfants
- Anatoxine tétanique
- Santé de la mère et du nouveau-né
- Contraception
- VIH/SIDA

- **Questionnaire Enfant** (âgé de moins de 5 ans)

Modules:

- Enregistrement des naissances et éducation en bas âge
- Vitamine A
- Allaitement au sein maternel
- Soins aux maladies
- Paludisme
- Vaccination
- Anthropométrie

- **Module optionnel: Protection spéciale des Droits des enfants.**

En complément au questionnaire qui était rédigé en Français, un guide d'interviews avait été élaboré et traduit dans la langue nationale, le KIRUNDI.

Collecte et Traitement des données

Suite à l'annonce de recrutement, 50 Candidats Enquêteurs sur terrain ont été présélectionnés et formés pendant 7 jours au cours du mois d'Avril 2000 et parmi eux, 30 Enquêteurs ont été retenus et répartis en 6 équipes de 5 Enquêteurs chacune, à la tête de laquelle était placé un Contrôleur. Un Superviseur de terrain

devait suivre 3 équipes dans leur déplacement dans les sous-collines et sites de sinistrés.

Les travaux de collecte ont débuté le 17 Avril 2000 et ont été achevés 36 jours plus tard, soit le 21 Mai 2000.

Les données ont été saisies à l'aide de 10 micro-ordinateurs. Le masque de saisie a été conçu et géré dans le Logiciel ISSA. En vue de minimiser les erreurs de frappe, on a procédé par une double saisie et des contrôles de cohérence à priori ont été réalisés. La saisie informatique a débuté à la fin du mois de Mai 2000 et achevé au mois de Juin 2000.

III. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE DES DONNEES

Taux de réponses

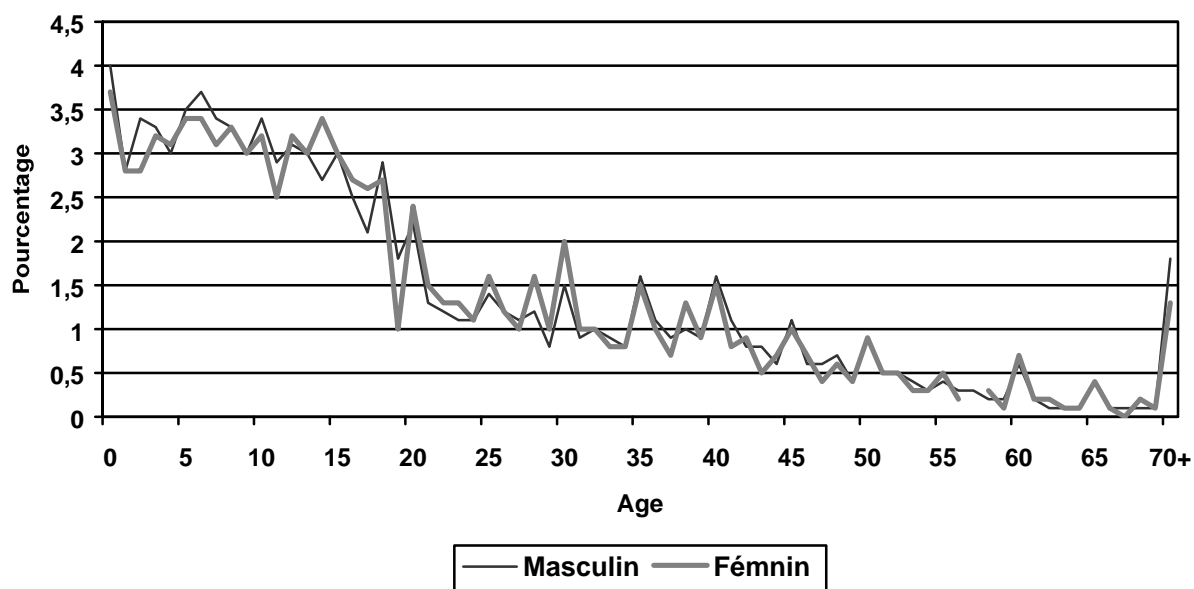
Sur un échantillon de 4500 ménages au Burundi, 4.095 ménages ont été trouvés dont 3.979 effectivement enquêtés, soit un taux de réponse de 97,2 %.

Sur les 3979 ménages qui ont fait réellement l'objet de l'enquête on a trouvé 4.967 femmes éligibles au questionnaire femmes (âgées de 15-49 ans) dont 4.690 furent effectivement interrogées, soit un taux de réponse de 94,4 %. En outre, 3.361 enfants de moins de 5 ans furent recensés dans les ménages interrogés, dont 3.325 pour lesquels on a obtenu les informations souhaitées, soit un taux de réponse de 98,9 %.

Répartition par 'âge et par sexe de la population de l'échantillon et Données manquantes

Comme le montre le graphique 1 ci-après, la distribution de la population de l'échantillon par sexe et par âge révèle des distorsions relatives à des phénomènes d'attractions et de répulsions autour de certains âges.

Graphique 1: Répartition par âge et par sexe de la population de l'échantillon



Les âges terminés par les chiffres 0 et 5 sont attractifs, aussi bien pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. En conséquence, les âges terminés par les chiffres 9, 1, 4 et 6 connaissent un déficit d'effectifs

Ce phénomène d'attraction-répulsion de ces âges est une constante dans toutes les opérations de collecte statistiques menées au Burundi, de telle manière que l'on a toujours recouru à des techniques d'ajustement pour obtenir la structure réelle par sexe et par âge.

Par ailleurs, la structure par sexe et par âge reproduit les caractéristiques démographiques des pays en voie de développement: Les effectifs des âges jeunes restent élevés et diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente.

S'agissant des données manquantes, on reconnaît que les taux de non réponse constitue un indicateur de la qualité des données. Les taux élevés traduisent une mauvaise qualité des informations. Le tableau 3 en annexe présente les pourcentages de réponses manquantes pour quelques variables sélectionnées.

Ainsi, la date de la dernière injection de vaccin antitétanique chez les femmes connaît le taux le plus élevé de réponses manquantes (19,8 %). Vient ensuite la date complète de naissance pour 15,1 % de réponses manquantes ainsi que le niveau d'éducation de la femme pour 7,3 % de réponses manquantes.

Néanmoins, pour l'essentiel des autres caractéristiques sélectionnées, le taux de non réponse reste inférieur à 1 %. Ces niveaux bas de taux de non réponse amènent à conclure que la qualité des données est satisfaisante. Ceci est particulièrement encourageant pour les données sur le poids et la taille des enfants pour lesquelles les résultats de plusieurs enquêtes révèlent un taux très élevé de réponses manquantes pour des raisons de refus d'enfants ou de leur absence. Par rapport au standard international, le taux enregistré est bas en comparaison aux autres enquêtes dans lesquelles les mesures anthropométriques ont été effectuées.

Caractéristiques de la population des ménages de l'échantillon

Les ménages enquêtés ont été présentés selon certaines caractéristiques, afin d'aider dans l'interprétation

des résultats.

Le tableau 4 présente la répartition des ménages de l'échantillon selon certaines caractéristiques. Ainsi, 92,8 % des ménages ayant répondu aux questions, résident dans le milieu rural et seulement 7,2 % dans le milieu urbain. Ce constat traduit correctement le caractère rural du Burundi où plus de 90 % des ménages vivent en dehors des centres urbains.

En outre, deux régions abritent près de 60 % des ménages (le Nord: 34,3 % et le Centre: 24,7 %). Les deux régions qui suivent, l'Ouest et le Sud, concentrent respectivement 18 et 11,7 %, tandis que la région la moins représentée (l'Est) dispose de proportions proches de celles de la région Sud (11,3 %). Ces résultats traduisent les déséquilibres que le Burundi connaît dans la répartition géographique de sa population où le Centre et le Nord abritent plus de la moitié de la population du pays.

Le plus grand nombre de ménages (78,6 %) ont une taille moyenne variant entre 2 et 7 membres. La taille moyenne nationale est estimée à 5,2 membres. De plus, 85 % des ménages ont au moins un enfant de moins de 15 ans et 87,7 % ont au moins une femme âgée de 15-49 ans.

Le tableau 5 montre des caractéristiques de la sous population de femmes âgées de 15-49 ans. Ainsi, le groupe d'âges 15-19 ans constitue la proportion la plus élevée, soit 28,1 % et ce pourcentage baisse avec l'âge pour atteindre 6 % dans le groupe d'âges 45-49 ans.

S'agissant de la situation matrimoniale, les données révèlent que 55,2 % de femmes âgées de 15-49 ans étaient en union et que 63,8 % avaient déjà eu une naissance.

Quant au niveau d'instruction de ces femmes, les données montrent que les femmes illettrées représentent 30,0 %, au moment où celles qui ont atteint le niveau secondaire ne sont que de 5,5 % .

Le tableau 6 présente les caractéristiques de la sous population d'enfants âgés de moins de 5 ans. Ainsi, 48,8 % d'enfants sont de sexe masculin contre 51,2 % de sexe féminin. Par rapport au niveau d'instruction de leurs mères, 32,9 % de ces enfants sont nés des mères illettrées, un pourcentage proche de celui des femmes illettrées de l'échantillon de l'ENECEF-BURUNDI 2000. Il est à noter qu'en l'absence d'une mère, l'enquête avait saisi le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant. De plus, la répartition des enfants selon l'âge montre que les proportions augmentent avec l'âge sauf au dernier groupe.

IV. RESULTATS

A. Mortalité infantile et infanto-juvénile

Le taux de mortalité infantile est la probabilité de décéder avant d'avoir atteint le 1^{er} anniversaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de décéder avant d'avoir atteint 5 ans.

Durant l'ENECF, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont été calculés sur base d'une technique indirecte d'estimation (Méthode de BRASS). Les données utilisées dans l'estimation sont le nombre moyen d'enfants nés vivants réparti selon les groupes quinquennaux d'âges de la mère depuis 15 jusqu'à 49 ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés selon les groupes quinquennaux d'âges.

La technique convertit ces données en probabilités de décès en tenant compte en même temps des risques de mortalité auquel les enfants sont exposés et la durée d'exposition à ce risque.

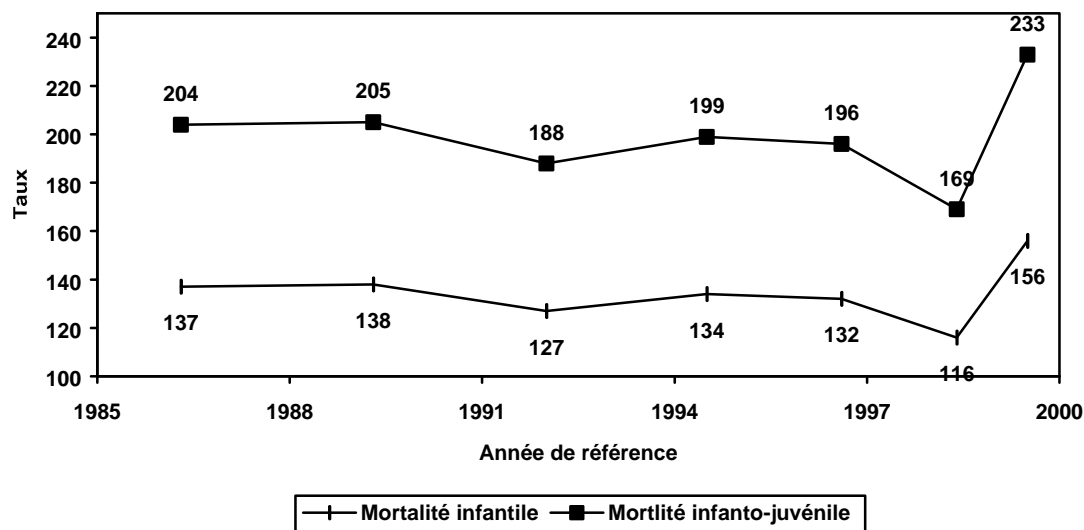
Les données utilisées pour l'estimation de la mortalité sont présentées dans le tableau 7. Le nombre moyen d'enfants nés vivants s'accroît de 0,109 dans le groupe d'âges 15-19 ans à 7,138 dans le groupe d'âges 45-49 ans. Cependant, la proportion des enfants décédés évolue de façon irrégulière particulièrement dans les 3 premiers groupes d'âges. Cette situation peut provenir des erreurs de déclaration d'âges telles qu'elles apparaissent dans le graphique 1.

Si quelques femmes dans leur vingtième année baissent leur âge, ceci se répercute sur la précision des déclarations de leurs enfants nés vivants et décédés qui sont reportés aux âges inférieurs.

Les irrégularités dans les déclarations de décès d'enfants chez les femmes âgées de 15 à 24 ans peuvent être liées à des reports d'âges d'un groupe à un autre.

Les estimations de la mortalité ont été obtenues en utilisant le programme QFIVE des Nations Unies. Basé sur les estimations prévisibles de la mortalité infantile et infanto-juvénile du Burundi, le Modèle Oues a été considéré comme le mieux approprié pour traduire la situation du pays. Les estimations faites pour plusieurs années de référence sont présentées dans le graphique 2 qui suit

Graphique 2: Estimation de la mortalité infantile et infanto-juvénile grâce à la technique d'estimation indirecte, ENECEF-BURUNDI, 2000



B. Education

L'accès universel à l'enseignement de base et la réussite du cycle d'enseignement primaire pour tous les enfants du monde entier constituent un des principaux objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants.

On sait que l'éducation est un préalable dans la lutte contre la pauvreté, l'acquisition d'un pouvoir par les femmes, la protection des enfants contre l'exploitation économique et sexuelle, la promotion des droits humains et la démocratie, la protection de l'environnement et la maîtrise de la croissance démographique.

Education en bas âges.

Les données de l'ENECEF-BURUNDI montrent que l'enseignement pré-scolaire n'est pas très développé puisque seulement, 4,6 % d'enfants âgés de 3 à 5 ans (36-59 mois) suivent un programme de formation organisé tel que dans les jardins d'enfants et les écoles maternelles. Selon le sexe de l'enfant, l'écart existant est en faveur du garçon mais il n'est pas très significatif. Selon les régions, la région Ouest se démarque des autres de par l'influence de la ville de Bujumbura. C'est cette ville également qui fait que l'écart soit très profond quand on considère le milieu de résidence rural/urbain.

Selon l'âge de l'enfant, on assiste à une faible proportion d'enfants de moins de 4 ans qui fréquentent; le taux monte chez les enfants de 4-5 ans.

En définitive, le niveau d'instruction de la mère est en corrélation positive avec la formation pré-scolaire des enfants en bas âges car, en effet, si seulement 2 % d'enfants en bas âges issus de mères non instruites fréquentent un programme de formation, ce pourcentage monte à 31,7 % chez les mères de niveau secondaire et plus, car ce sont souvent elles qui comprennent le bien fondé et qui ont quelques moyens de le faire. Comme les mères de ce niveau résident beaucoup plus dans les centres urbains qu'en campagne, on comprend que les niveaux de fréquentation soient élevés en milieu urbain qu'en

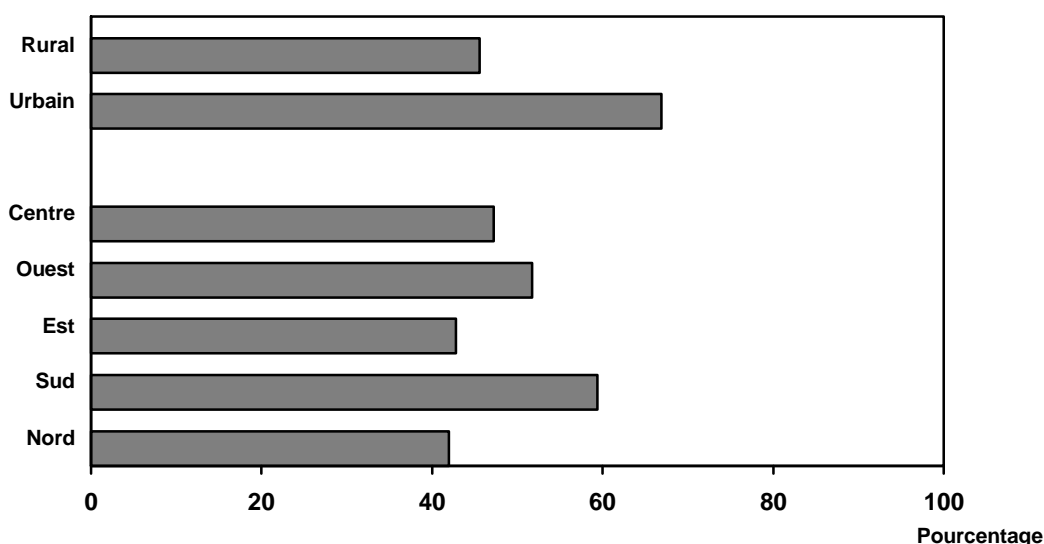
milieu rural

Education de base (Enseignement Primaire)

Les données de l'ENECEF-BURUNDI montrent que seulement 47 % d'enfants en âges de scolarisation fréquentent l'école. Un écart significatif existe selon le sexe car, ce taux net de scolarisation est de 50,5 % chez les enfants de sexe masculin contre 43,7 % chez les filles. Ces données prouvent les retards de scolarisation qu'enregistrent les filles par rapport aux garçons, avec toutes les conséquences de déséquilibres socio-économiques entre l'homme et la femme dans la société burundaise. De même, un écart significatif existe selon le milieu de résidence où les taux sont de l'ordre de 66,9 % en milieu urbain contre 45,6 % en milieu rural.

Selon les régions, le Sud et l'Ouest se démarquent des autres avec respectivement 59,4 et 51,7 %. La région Nord reste la plus défavorisée avec un pourcentage de 42 %.

Graphique 3: Pourcentage d'enfants en âges de scolarisation qui fréquentent l'école, ENECEF-Burundi, 2000



Ces déséquilibres selon le milieu de résidence et la région sont essentiellement liés aux déséquilibres existant dans la répartition régionale des infrastructures scolaires.

S'agissant de la promotion scolaire, les données montrent que 80,1 % d'enfants qui entrent en 1^{ère} parviennent à achever la 5^{ème} année. Pour le passage d'une classe à une autre, la situation est proche d'une promotion de masse car, le pourcentage dépasse 90 % dans de nombreux cas. La région Centre connaît même des taux de 100 %.

Il est à noter que les taux élevés de promotion scolaire ne traduisent pas automatiquement la bonne qualité de l'enseignement, l'avancement massif étant plus une option politique qu'une manifestation des performances du système éducatif du Burundi qui a beaucoup souffert des effets de la crise déclenchée en Octobre 1993.

Alphabétisation des adultes

Une très forte proportion de personnes âgées de 15 ans et plus est encore analphabète au Burundi car, 58,9 % seulement sont alphabétisées.

Notons qu'une personne a été considérée comme alphabétisée si durant l'enquête, il a été rapporté qu'elle savait lire aisément ou avec difficulté.

Dans l'ensemble, les données montrent que les femmes sont moins alphabétisées que les hommes (66,8 % pour les hommes contre 51,9 % pour les femmes) et que selon les régions, la région Ouest, de par l'influence de la ville de Bujumbura, dispose de la forte proportion de personnes alphabétisées (67,7 %). Les bonnes performances de la région Sud qui suit directement (62,6 %) sont liées à son avance en dotation en infrastructures scolaires par rapport aux autres régions.

Les taux d'alphabétisation diminuent selon l'âge des personnes, passant de 74,2 % dans le groupe d'âges 15-34 ans à 26,6 % dans le groupe de 65 ans et plus. Cela montre le caractère récent de la scolarisation et de l'alphabétisation au Burundi.

C. Eau de boisson et Sanitaires

Accès à l'eau de boisson

Une eau de boisson propre constitue la base d'une bonne santé. Par contre, une eau de boisson sale est un vecteur de beaucoup de maladies comme le trachoma, le choléra, la fièvre typhoïde et le schistosomiase.

L'eau de boisson peut également être souillée par des déchets chimiques, physiques ou radioactifs dont les effets néfastes sur la santé de l'homme sont évidents. De par son association aux maladies, l'accès à l'eau de boisson pourrait être particulièrement important pour les enfants et les femmes, en particulier en milieu rural où le puisage de l'eau revient aux femmes et aux enfants, souvent sur de longues distances.

Cela est d'autant plus vrai que 58 % de la population puise l'eau à boire à des sources aménagées au fond des vallées à de bonnes distances des habitations et 14,3 % à des bornes fontaines publiques. De plus, 10,1 % s'approvisionnent encore en eau de boisson à des rivières, des lacs, des ruisseaux ou des mares.

Les sources d'eau de boisson varient très peu selon les régions car, sauf pour la région Ouest très influencée par la ville de Bujumbura avec comme source principale la borne fontaine, la source aménagée prédomine dans le reste des régions.

Néanmoins, le Centre et le Nord restent les plus favorisés avec respectivement les taux d'accès de 86,8 et 84,1 %, alors que la région Est reste la plus défavorisée avec 55 %.

Il est à remarquer que les régions dont les installations en infrastructures hydrauliques sont insuffisantes, le recours à l'eau des rivières, ruisseaux, lacs et mares devient important (30,5 % dans la région Est).

On considère qu'on a accès à une bonne eau de boisson salubre quand elle est puisée à des robinets à domicile, des bornes fontaines, des puits à pompe, des puits aménagés, des sources aménagées et l'eau de pluie collectées. Ainsi, les données issues de l'ENECEF-BURUNDI 2000 montrent que dans l'ensemble, 78,9 % de la population enquêtée accède à l'eau de boisson propre, 91,4 % en milieu urbain

et 77,9 % en milieu rural. Néanmoins, les considérations sur la distance qui les sépare de la source d'eau de boisson révèlent que seulement 59,2 % puisent l'eau de boisson à moins de 1 Km.

Utilisation des sanitaires

Dans le domaine de l'assainissement, on sait que l'évacuation inadéquate des déchets humains et l'hygiène corporelle déficiente sont associées à un certain nombre de maladies dont la diarrhée et la poliomyélite.

Les moyens recommandés d'évacuation des déchets humains englobe les latrines à chasse d'eau, les latrines à évacuation, les latrines améliorées à ventilation, les latrines traditionnelles.

Ainsi, 77,3 % de la population du Burundi habitent des ménages qui disposent d'un moyen adéquat d'évacuation des déchets humains (Voir tableau 14).

Ce pourcentage atteint 88,4 % en milieu urbain contre 76,4 % en milieu rural. Selon les régions, le Sud dispose de plus de moyens d'évacuation des déchets humains que les autres régions, avec un pourcentage de 82,8 % contre 73,6 % dans la région Est la plus défavorisée.

Il faut noter qu'au Burundi, une proportion non négligeable de ménages (2,8 %) ne dispose pas de moyens d'évacuation de déchets humains (ils utilisent la brousse ou les bananeraies).

Parmi les moyens d'évacuation des déchets humains utilisés, les latrines traditionnelles prédominent avec un pourcentage de 72,9 %.

D. Alimentation des enfants

Etat Nutritionnel

L'état nutritionnel des enfants constitue le reflet de leur situation sanitaire. Quand un enfant accède à une alimentation adéquate, il devient moins exposé aux maladies et reste en bonne santé; la bonne alimentation entretient son rythme de croissance.

Dans une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille au poids des enfants de moins de 5 ans. Une sous-alimentation dans une population peut alors être évaluée par comparaison à cette distribution standard.

Le standard de référence utilisé ici est le NCHS/OMS dont l'usage est recommandé par l'UNICEF et l'OMS. Chacun des 3 indicateurs de l'état nutritionnel est exprimé par le nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane du standard de la population de référence.

Le poids-pour-âge est une mesure de la malnutrition sévère et chronique. Les enfants dont le poids-pour-âge se trouve à moins de 2 unités d'écart-type de la médiane de la population de référence sont classés comme souffrant *d'insuffisance pondérale modérée ou sévère*. Ceux dont le poids-pour-âge se trouve à moins de 3 unités d'écart-type sont classés comme souffrant *d'insuffisance pondérale sévère*.

La taille-pour-âge est une mesure de la croissance. Les enfants dont la taille-pour-âge se trouve à moins de 2 unités d'écart-type de la médiane de la population de référence sont classés comme souffrant *de retard de croissance modérée ou sévère*. Ceux dont la taille-pour-âge se trouve à moins de 3 unités d'écart-type sont classés comme souffrant *de retard de croissance sévère*.

Le poids-pour-taille est une autre mesure de la malnutrition se traduisant par une émaciation provenant d'une déficience alimentaire récente ou d'une longue maladie. Les enfants dont le poids-pour-taille se trouve à moins de 2 unités d'écart-type de la médiane de la population de référence sont classés comme souffrant *d'émaciation modérée ou sévère*. Ceux dont le poids-pour-taille se trouve à moins de 3 unités d'écart-type sont classés comme souffrant *d'émaciation sévère*.

Cet indicateur peut traduire des changements saisonniers considérables dans la disponibilité des aliments ou de la prévalence d'une maladie.

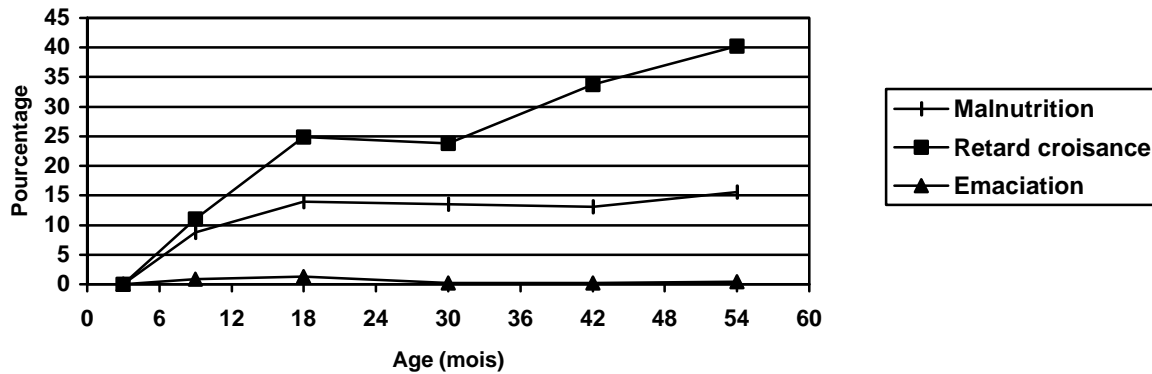
Dans les données du tableau 15, les enfants dont les données sur la taille et l'âge étaient manquantes ont été exclus des résultats. Il en a été de même pour les enfants dont la date de naissance était inconnue.

Ainsi, les données montrent qu'au Burundi, 45,1 % d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'une malnutrition modérée, tandis que 13,3 % souffrent d'une malnutrition sévère. De plus, 56,8 % souffrent d'un retard de croissance modéré quand 27,7 % souffrent d'un retard de croissance sévère. Au même moment, 7,5 % souffrent d'une émaciation modérée et 0,5 % souffrent d'une émaciation sévère.

Les proportions les plus élevées sont enregistrées dans les régions du Centre et du Nord. Les enfants dont les mères disposent d'un niveau secondaire d'instruction ou plus sont les moins atteints de malnutrition, d'insuffisance pondérale ou d'émaciation par rapport aux enfants de mères de niveau d'instruction inférieur.

Les garçons apparaissent les moins atteints de malnutrition que les filles, mais ils sont les plus atteints d'insuffisance pondérale et d'émaciation.

La répartition selon l'âge montre que le groupe d'âges 12-23 mois enregistre les pourcentages les plus élevés aux 3 indicateurs de comparaison d'état nutritionnel. Cette situation révèle les difficultés d'adaptation de nombreux enfants de ces âges qui débutent la période de sevrage et qui sont exposés à la contamination par l'eau, la nourriture et l'environnement.

Graphique 5: Proportions d'enfants de moins de 5 ans selon la situation de malnutrition sévère.

Allaitement au sein maternel

L'Allaitement au sein maternel dans les premiers moments de la vie protège les enfants des infections et constitue une source nutritionnelle idéale, économique et propre.

Néanmoins, certaines mères arrêtent très tôt l'allaitement, ce qui perturbe la composition alimentaire et partant, cela ralentit le rythme de croissance de l'enfant et l'approvisionnement en nutriments et accroît les risques de contamination si l'eau de boisson n'est pas propre.

Le Sommet Mondial pour les Enfants recommande que l'enfant devrait être exclusivement allaité au sein maternel pendant les 4 à 6 premiers mois de sa vie et cet allaitement pourrait continuer tout en donnant des aliments de supplémentation jusqu'à la fin de la 2^{ème} année.

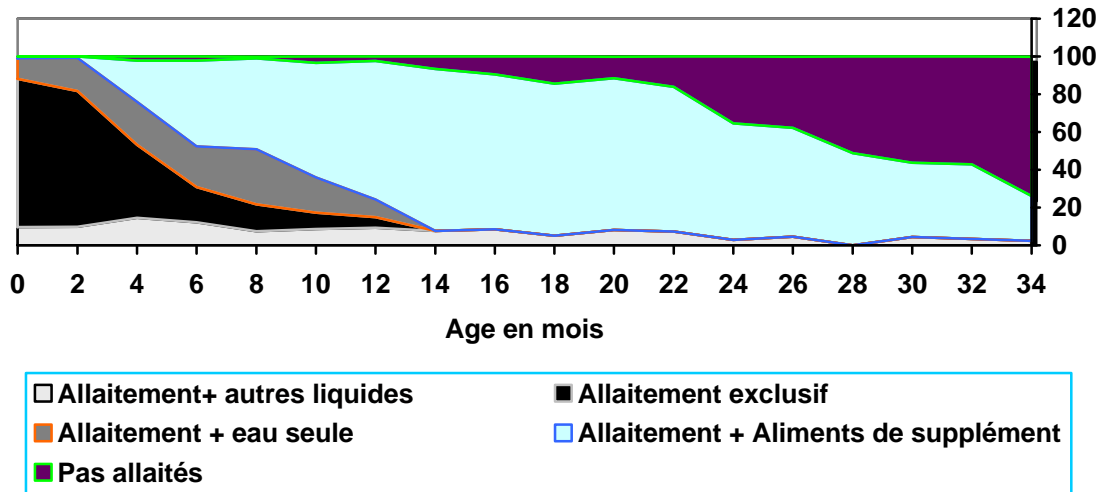
Beaucoup de pays ont déjà adopté la recommandation d'un exclusif allaitement au sein maternel pendant les 6 premiers mois.

Les données du tableau 16 sont issues des déclarations des mères sur la nature des aliments donnés aux enfants de moins de 5 ans, 24 heures avant l'interview accordée à l'enquêteur. L'allaitement exclusif se réfère aux enfants qui sont nourris seulement au sein maternel et qui peuvent en même temps recevoir des capsules de vitamine, des suppléments minéraux ou des médicaments. L'alimentation de supplémentation quant à elle se rapporte aux enfants qui reçoivent en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi-solides. Les 2 dernières colonnes du tableau incluent des enfants qui continuent d'être allaités entre 1 année et 2 ans d'âge.

Ainsi, les données obtenues révèlent que 74,3 % d'enfants âgés de moins de 4 mois étaient exclusivement allaités au sein maternel, ce qui montre un niveau d'allaitement au sein maternel assez considérable par rapport aux normes recommandées. Chez les enfants âgés de 6 à 9 mois, 46,2 % reçoivent déjà des aliments de supplément à l'allaitement. A l'âge de 12 à 15 mois, 95,9 % d'enfants sont encore allaités et ils le sont encore à 85,1 % à l'âge de 20-23 mois, une preuve d'un allaitement suffisamment prolongé.

Le graphique 6 montre des détails sur la répartition des enfants selon la situation d'allaitement et l'âge.

Graphique 6: Répartition (en %)des enfants survivants selon la situation d'allaitement au sein maternel, ENECEF-Burundi,2000.



Les pourcentages d'enfants exclusivement allaités au sein maternel diminuent rapidement à partir de l'âge de 6 mois, un âge où, au Burundi on recommande de donner des suppléments aux enfants. A une année, il n'y a pratiquement pas d'enfants nourris exclusivement au sein maternel. Par contre, l'allaitement accompagné d'aliments de supplément est prolongé jusque même à 3ans.

Iodation du Sel

La carence en iode dans l'organisme constitue une des grandes causes des retards possibles de croissance mentale et peut abaisser de plus de 30 points le quotient intellectuel d'une population. Le sel iodé constitue un moyen efficace et peu coûteux de prévention des déficiences dues à la carence d'iode dans l'organisme.

Le sel est adéquatement iodé quand il contient 15 ppm (particules par million) d'iode ou plus. Durant l'ENECEF-BURUNDI 2000, les ménages enquêtés ont fourni du sel qui a été testé au moyen de kit de test.

Ainsi, près de 80 % des ménages avaient fourni un échantillon de sel pour test. Néanmoins, 52,9 % d'échantillon ont été effectivement testés et parmi eux , 95,5 % de ces échantillons avaient 15 ppm et plus d'iode.

Selon les régions, les taux d'iodation du sel restent élevés et il n'existe de grands écarts entre elles car, la région Sud la plus favorisée atteint un taux de 97,7 % de ménages contre 92,6 % dans la région Ouest la moins favorisée.

Selon le milieu de résidence, l'écart n'est pas non plus significatif puisque le milieu rural le plus favorisé dispose d'un taux de 96 % de ménages consomment du sel suffisamment iodé contre 94,4 % dans le milieu urbain.

Il faut noter que quand on considère la population résidant dans ces ménages, les proportions sont proches de celles des ménages.

Supplémentation de Vitamine A

La carence en Vitamine A affecte le système immunitaire de l'enfant, augmente les risques de décès de maladies infantiles simples et affecte la santé des mères enceintes et allaitantes.

Cette carence peut également affecter la vue des enfants.

Or, il est facile de prévenir ces problèmes par une supplémentation en Vitamine A ou par une alimentation de fortification. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité infantile excède 70 pour mille ou dont la carence en Vitamine A constitue un problème de santé publique, devraient mettre en place un programme de contrôle de la carence en Vitamine A. S'appuyant sur cette recommandation, le Ministère de la Santé Publique du Burundi recommande que tout enfant âgé de 6 à 12 mois devrait recevoir une dose de 100.000 UI de Vitamine A tous les 6 mois et les enfants âgés de plus d'une année recevraient une dose de 200.000 UI de Vitamine A tous les 6 mois.

A partir de l'âge de 6 mois, âge retenu par l'ENECEF-BURUNDI 2000, les données collectées montrent que seulement 38 % d'enfants de 6 mois à 5 ans avaient reçu la forte dose de Vitamine A durant les 6 derniers mois (Tableau 18).

Environ 12,2 % d'enfants n'avaient pas reçu de doses de Vitamine A dans les 6 derniers mois mais en avaient reçu antérieurement, alors que 4,7 % en avaient reçu dans le passé mais que la mère n'était pas capable de préciser le moment.

On notera également qu'une proportion assez élevée d'enfants(42,6 %) n'avaient jamais reçu de supplément de Vitamine A durant les 6 derniers mois.

Par rapport aux autres régions, c'est l'Ouest qui dispose de la plus faible couverture en Vitamine A.

Selon la distribution des enfants par âge, les données montrent que la supplémentation en Vitamine A dans les 6 derniers mois connaît une évolution en dents de scie jusqu'à l'âge de 35 mois avant de monter dans les derniers groupes d'âges.

Le niveau d'instruction de la mère est également en corrélation avec la supplémentation en vitamine A. Le pourcentage d'enfants qui avaient reçu la Vitamine A dans les 6 derniers mois monte depuis 30,7 % chez les enfants issus de mères sans instruction jusqu'à 38,7 % pour les mères de niveau primaire, pour baisser jusqu'à 37,6 chez les enfants de mères de niveau secondaire et plus.

Faibles poids à la naissance

Les enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 2.500 gr sont qualifiés de *bébés de faible poids*

Depuis que beaucoup d'enfants ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui sont pesés ne constituent pas un échantillon représentatif, les déclarations des poids des enfants à la naissance ne peuvent pas servir de base d'estimation de la prévalence des faibles poids chez tous les enfants.

En conséquence, le pourcentage des enfants de poids à la naissance inférieur à 2.500 gr est estimé à partir de 2 questions contenues dans le questionnaire: l'appréciation par la mère de la taille approximative de l'enfant à la naissance (c'est-à-dire très petit, plus petit que la moyenne, moyenne et plus grand que la moyenne) et le souvenir de la mère du poids qu'avait l'enfant ou que son poids est

enregistré sur la carte de naissance dans le cas où l'enfant a été pesé à sa naissance. Or, seulement 37 % de naissance vivantes au Burundi ont été pesées à la naissance.

Dans un 1^{er} temps, les 2 questions sont croisées pour tous ces enfants qui ont été pesés à la naissance pour obtenir la proportion de naissances de chaque catégorie de taille approximative qui ont un poids à la naissance inférieur à 2.500 gr. Les effectifs pour chaque catégorie de taille sont additionnés pour obtenir l'effectif total de naissances de faible poids. Cet effectif est divisé par le nombre total de naissances vivantes pour obtenir le pourcentage de naissance de faible poids.

Au Burundi, environ 10,5 % d'enfants sont de poids inférieur à 2.500 gr à la naissance (Tableau 20). Ce pourcentage par exemple est plus élevé par rapport à celui de l'Amérique Latine et des Caraïbes (9 %). La prévalence des faibles poids ne varie pas beaucoup d'une région à une autre (entre 9 % dans la région Nord et 13,5 % dans la région Centre). Par contre, l'écart est très significatif entre le milieu rural (10,9 %) et le milieu urbain (5,5 %).

E. Santé des Enfants

Couverture Vaccinale.

Selon les recommandations de l'UNICEF et de l'OMS, tout enfant recevrait avant 12 mois un vaccin BCG contre la Tuberculose, trois vaccins DTC contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche, trois doses du vaccin contre la Poliomyélite et un vaccin contre la Rougeole. Cette recommandation est intégralement appliquée au Burundi.

Durant l'enquête ENECEF-BURUNDI, il était demandé aux mères et aux personnes en charge des enfants de moins de 5 ans, de montrer les cartes de vaccination des enfants et l'enquêteur devrait recopier sur le questionnaire les informations figurant sur la carte. Il était également demandé à la mère ou à la personne en charge de l'enfant, de déclarer toute autre vaccin que l'enfant aurait reçu mais qui n'était pas notifié sur la carte.

Ainsi, il est apparu que pour 42,8 % d'enfants seulement, la carte de vaccination a été montrée. Si l'enfant n'avait pas de carte, il était demandé à la mère de faire une courte description de tout vaccin que l'enfant avait reçu et de se rappeler si oui ou non l'enfant l'avait reçu et pour le DTC et Polio, combien de fois.

Ainsi, les données du tableau 21 montrent chez les enfants de 12 à 23 mois, les pourcentages de ceux qui ont reçu chacun des vaccins. Le dénominateur dans le tableau est constitué de l'ensemble d'enfants âgés de 12-23 mois mais seuls les enfants en âge d'avoir achevé la vaccination ont été comptés.

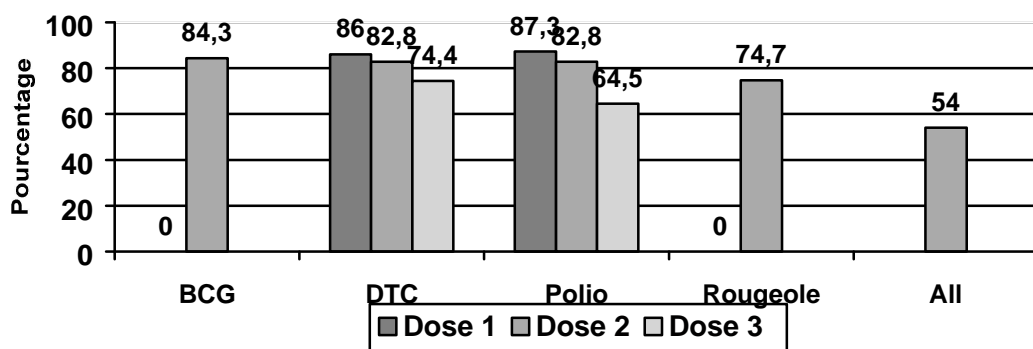
Dans le tableau d'en haut, le numérateur inclut tous les enfants qui avaient été vaccinés à n'importe quel moment avant l'enquête, selon que la carte de vaccination l'attestait ou qu'il s'agit de la déclaration de la mère. Dans le tableau du milieu, seuls les enfants vaccinés avant leur 1^{er} anniversaire ont été inclus. Pour les enfants sans carte de vaccination, le taux de vaccination avant le 1^{er} anniversaire est supposée être le même que chez les enfants ayant une carte de vaccination.

Ainsi, environ 84,3 % d'enfants âgés de 12-23 mois avaient reçu le vaccin BCG jusqu'à l'âge de 12 mois. Si 86,0 % avaient reçu le DTC1, ce pourcentage baisse jusqu'à 74,4 % pour le DTC3. De même pour le vaccin contre la Polio où 87,3 % avaient reçu le Polio 1, seulement 64,5 % avaient reçu le Polio 3. La couverture vaccinale contre la Rougeole (74,7 %) se situe à un niveau bas par rapport aux autres

vaccins que l'enfant reçoit jusqu'à l'âge de 12 mois.

Quant à l'achèvement de tout le calendrier vaccinal, 54 % d'enfants avaient reçu les 4 vaccins recommandés et 11 % n'avaient reçu aucun des 4 vaccins.

Graphique 7 : Proportions d'enfants de 12-23 mois ayant été vacciné avant l'âge de 12 mois.



Le tableau 22 montre les proportions d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Contrairement au tableau précédent, les données de ce tableau se rapportent à des enfants qui ont reçu les vaccins jusqu'au moment de l'enquête, même s'il s'agissait de vaccins reçus avant ou après l'âge de 12 mois.

Ainsi, la vaccination des enfants de sexe masculin est presque la même que chez les enfants de sexe féminin alors que les enfants urbains sont plus vaccinés que les enfants ruraux. Selon les régions, les pourcentages n'ont pas d'écarts très profonds. Néanmoins, les régions Ouest et Est connaissent la plus haute couverture pour la plupart des vaccinations et pour tous les vaccins recommandés (59,5 % et 59 %). Pour la région Ouest, l'influence de la ville de Bujumbura est déterminante.

La région Est connaît le plus haut pourcentage d'enfants disposant d'une carte de vaccination (67,9 %).

La couverture vaccinale la plus haute pour tous les vaccins se situe chez les enfants issus des mères de niveau d'instruction atteignant le secondaire et plus.

Diarrhée

La déshydratation causée par la diarrhée constitue une des causes majeures de mortalité des enfants au Burundi. Le traitement à domicile de la diarrhée, grâce aux solutions de réhydratation orale ou tout autre solution recommandée, peut prévenir beaucoup de ces décès.

La prévention de la déshydratation et de la malnutrition par l'augmentation de la prise de solution de réhydratation et la poursuite de l'alimentation de l'enfant sont également des stratégies importantes pour le traitement de la diarrhée.

Dans le questionnaire de l'ENECEF, il a été demandé aux mères (ou aux personnes en charge des enfants) si leur enfant avait eu la diarrhée dans les deux semaines précédant le passage de l'enquêteur.

S'il avait été ainsi, il était demandé à cette mère une série de questions au sujet de ce que l'enfant avait bu et mangé pendant l'épisode de diarrhée et si c'était plus ou moins de ce que l'enfant mangeait ou buvait habituellement.

Globalement, il a été trouvé que 15,6 % d'enfants de moins de 5 ans avaient eu la diarrhée dans les 2 semaines qui avaient précédé l'enquête (Tableau 23). La prévalence de la diarrhée était considérablement plus élevée dans la région Ouest (18,2%) que dans les autres régions.

Selon les âges, la prévalence de la diarrhée atteint son sommet durant la période du sevrage, chez les enfants âgés de 6-23 mois.

Le tableau 23 montre également les pourcentages d'enfants ayant la diarrhée selon les types de traitement recommandé qu'ils avaient reçu durant l'épisode de cette diarrhée.

Ainsi, 60 % d'enfants ont reçu du lait maternel pendant qu'ils avaient la diarrhée, particulièrement chez les enfants âgés de moins de 12 mois habituellement alimentés au lait maternel. Environ 22,1 % d'enfants ont reçu de bouillies et 11 % des solutions de réhydratation orale (SRO).

Il est apparu que les enfants issus de mères de niveau d'instruction secondaire paraissent moins à recevoir les SRO et le lait maternel que les autres, mais plus que les autres à recevoir des bouillies.

Environ 77,5 % d'enfants ayant connu la diarrhée ont reçu au moins un traitement recommandé

Un peu plus de 22 % d'enfants ayant eu la diarrhée ont bu plus que d'habitude, pendant que 74 % ont bu la même quantité ou moins (Table 24). Approximativement 51 % avaient mangé un peu moins, la même quantité ou plus que d'habitude pendant que 44,4 % avaient mangé beaucoup moins que d'habitude ou rien.

De manière générale, seulement 10,4 % d'enfants ayant la diarrhée ont reçu des liquides augmentés et ont continué de manger comme recommandé.

Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës, en particulier la pneumonie, constituent une des principales causes de décès des enfants au Burundi.

Dans le questionnaire de l'ENECF, les enfants ayant une infection respiratoire aiguë ont été définis comme *ceux qui avaient une maladie avec une toux accompagnée par une respiration rapide ou difficile et avec de symptômes d'un problème dans la poitrine, ou les deux à la fois, un problème dans la poitrine et un nez bouché, ou encore tout enfant dont la mère ne savait pas l'origine du problème.*

Ainsi, seulement 12,7 % d'enfants de moins de 5 ans avaient eu une infection respiratoire aiguë durant les 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon les critères ci-après définis (Tableau 25). De ceux-ci, 6,2 % avaient été transportés à un hôpital pour traitement, et 33,3 % à un Centre de Santé, 1,7 % à un agent de santé habitant la colline, 1,7 % à un pharmacien privé, 2,6 % à un guérisseur et 8,6 % n'ont pas précisé l'endroit.

De manière générale, environ 39,9 % d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë ont été transportés à un service de santé approprié

Traitement Intégré des Maladies de l'Enfance

Le traitement intégré des maladies de l'enfance est un programme développé par l'UNICEF et l'OMS, qui combine des stratégies de contrôle et traitement de 5 causes majeures de décès d'enfants, à savoir les infections respiratoires aiguës, déshydratation due à la diarrhée, la rougeole, la malaria et la malnutrition.

Les programmes se focalisent sur l'amélioration des techniques de traitement des cas par les agents de santé, l'amélioration du système sanitaire, et l'amélioration de pratiques familiales et communautaires dans la prévention et traitement rapide des maladies de l'enfance.

Le traitement approprié à domicile des maladies de l'enfance constitue une des composantes du programme. Dans cette approche, on apprend aux mères que le traitement approprié à la maison de la diarrhée ou de toute autre maladie exigent à donner plus de liquides et à continuer à nourrir les enfants malades comme ils étaient nourris normalement.

Le tableau 26 présente les informations sur les pratiques de donner à boire et à manger aux enfants en cas de maladie. Ainsi, près de la moitié des enfants ont été déclarés avoir eu de la diarrhée ou une quelconque autre maladie dans les deux semaines qui précèdent l'enquête. Parmi eux, 17,3 % avaient bu plus de liquides pendant la maladie et 55,9 % avaient continué à manger (c'est à dire: *avaient mangé moins, à peu près la même quantité ou plus*). Dans l'ensemble, seulement 8,9 % d'enfants malades avaient reçu des liquides augmentés et avaient continué à manger comme recommandé par le programme.

La promotion des connaissances des réflexes appropriés de chercher une formation sanitaire en cas de maladies des enfants chez les personnes en charge des enfants, constitue une autre composante important du programme.

Durant l'ENECF-Burundi, il a été demandé aux mères ou aux personnes en charge des enfants de désigner tous les symptômes de maladie pour lesquels il fallait emmener immédiatement un enfant à une formation sanitaire.

La réponse la plus déclarée, est donnée par 87,1 % de mères/personnes en charge des enfants et concerne l'enfant qui développe une fièvre (Tableau 27), tandis que 73,2 % ont déclaré que l'enfant qui devient encore plus malade doit être emmené à une formation sanitaire. De plus, 53,1 % ont mentionné la difficulté de respirer, 57,8 % l'incapacité de l'enfant à boire quelque chose ou à têter, 53,1 % la présence du sang dans les selles et 46 % en cas de respiration rapide.

Selon les régions, les mères de la région Ouest sont les moins informées des symptômes pour lesquels il faut emmener immédiatement l'enfant à une formation sanitaire alors que dans les autres régions, l'écart n'est pas significatif.

Dans l'ensemble, les mères de la région Sud sont les moins informées quand il s'agit de reconnaître 2 symptômes pour lesquels il faut emmener immédiatement l'enfant à une formation sanitaire (77,7 %), alors que dans les autres régions la proportion tourne autour de 80 %.

Selon le milieu de résidence, l'écart entre le milieu urbain et le milieu rural n'est pas significatif, quoique en faveur du milieu urbain.

Par contre le niveau d'instruction de la mère a une grande importance car, les mères sans instruction enregistrent le pourcentage le plus bas quand il s'agit de reconnaître 2 symptômes pour lesquels il faut

emmener immédiatement l'enfant à une formation sanitaire.

Malaria

La malaria constitue une des causes principales de décès des enfants âgés de moins de 5 ans au Burundi. Elle provoque l'anémie chez les enfants, laquelle est une des causes fréquentes d'absentéisme scolaire. Les mesures préventives, particulièrement l'usage de moustiquaires traitées avec insecticide, peuvent réduire significativement le taux de mortalité des enfants suite à la malaria.

Dans les régions où la malaria sévit, la recommandation internationale suggère de traiter toute fièvre chez les enfants comme s'il s'agissait de la malaria en donnant immédiatement un médicament antipaludéen recommandé aux enfants.

Les enfants ayant des symptômes aigus de la malaria, tel que une forte fièvre ou des convulsions, devraient être transportés immédiatement à une formation sanitaire.

De même, les enfants qui redeviennent malades de malaria devraient prendre plus de liquides et de nourriture et devraient continuer à être allaités.

Le questionnaire ENECEF contient des questions sur l'usage de moustiquaires aux lits des enfants. Au Burundi, ces questions ont été posées dans toutes les régions au moment où les cas de maladies sont devenus comme une épidémie dans tout le pays.

Il est apparu que malgré cette situation, seulement 2,6 % d'enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous un moustiquaire la nuit précédant l'interview de l'enquête (Tableau 28). Selon l'âge de l'enfant, ce pourcentage ne connaît pas beaucoup d'écarts.

Parmi ces moustiquaires utilisés, la moitié est cependant traitée à l'insecticide.

Des questions sur la prévalence et le traitement de la fièvre ont été posées pour tous les enfants âgés de moins de 5 ans. Ainsi, environ 16,5 % d'enfants de moins de 5 ans avaient eu la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête (Tableau 29). La prévalence de la fièvre monte avec l'âge pour atteindre le taux le plus élevé (20,2 %) chez les enfants plus âgés, avant de descendre pour atteindre le taux le plus bas (13,2 %) dans le groupe d'âges 48-59 mois.

La fièvre est moins fréquente parmi les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus que chez les enfants de mères moins instruites.

Les différences régionales dans la prévalence de la fièvre ne sont pas très grandes mais la région Ouest se démarque des autres avec son taux le plus élevé atteignant 20,8 %, alors que le taux le plus bas enregistré au Centre atteint 11,3 %.

Il avait été demandé aux mères d'indiquer les médicaments donnés à leur enfant pendant leur maladie, aussi bien ce qu'on a donné à l'enfant à la maison que ce qui lui avait été prescrit à une formation sanitaire.

Ainsi, environ 23,3 % avaient reçu la chloroquine et 14,9 % le paracétamol, pendant que moins de 2 % avaient reçu le Fansidar et 7,8 % avaient reçu un autre médicament.

Il apparaît cependant que le taux le plus élevé d'enfants (49,3 %) qui reçoivent un traitement approprié se situe dans la région Est, alors que c'est dans la région Ouest où on a la forte prévalence de la fièvre. Le taux le plus bas (16,7 %) est enregistré dans la région Centre.

Selon le milieu de résidence, les enfants urbains sont traités plus convenablement que les enfants ruraux. Par contre, les données ne permettent pas de tirer la même conclusion selon le niveau d'instruction de la mère.

F. Le VIH/SIDA

Connaissances sur le VIH/SIDA

Une des stratégies les plus importantes pour réduire le taux d'infection du VIH/SIDA est la promotion des connaissances précises des modes de transmission et des modes de prévention du SIDA. Ainsi, parmi les femmes âgées de 15-49 ans au Burundi, 89,5 % ont déjà entendu parler du SIDA (Tableau 30). Ce pourcentage est plus élevé dans le milieu urbain (96 %) que dans le milieu rural (88,9 %).

Durant l'ENECF, les femmes se sont largement prononcées au sujet de moyens de transmission du SIDA et il leur avait été demandé de confirmer les moyens d'éviter la contamination qu'elles croyaient être corrects.

Ainsi, 75,4 % croient qu'avoir seulement un seul partenaire sexuel non infecté peut prévenir la transmission du VIH/SIDA et seulement 48,2 % croient qu'utiliser un préservatif chaque fois au cours des rapports sexuels, peut prévenir la transmission VIH/SIDA.

Dans l'ensemble, 78,1 % de femmes âgées de 15-49 ans connaissent au moins un des 2 modes de prévention du VIH/SIDA, alors que seulement 45,5 % connaissent les 2 modes à la fois

Le fait d'être informé de l'existence du VIH/SIDA n'accuse pas de grands écarts selon les régions car, le pourcentage varie entre 90,9 % à l'Ouest et 84,2 % au Sud.

Aussi, l'éducation de la femme est un facteur très important dans la connaissance du SIDA. Néanmoins, les campagnes d'information lancées en direction de toutes les couches de la population ne permettent pas de déceler un grand écart selon le niveau d'instruction de la femme.

De plus, les différences dans les tranches d'âge ne sont pas particulièrement significatives.

Le niveau de connaissance des modes de transmission a été apprécié selon que les femmes savent identifier les conceptions erronées sur le VIH/SIDA. Ainsi, 72 % de femmes savent que le SIDA ne peut pas être transmis par les moyens surnaturels, 68,9 % savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée du VIH/SIDA et que 47,9 % ont affirmé que le SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustiques (Tableau 31).

Selon les régions, les femmes de la région Est plus que celles des autres régions ne parviennent pas à identifier correctement les fausses conceptions sur le SIDA.

Le taux le plus élevé de femmes qui savent identifier les 3 conceptions erronées est enregistré dans la région Ouest à cause de l'influence de la ville de Bujumbura.

Le niveau de connaissance des modes de transmission a été apprécié selon que les femmes peuvent identifier les moyens de transmission de la mère à l'enfant.

Ainsi, 81,2 % de femmes au Burundi savent que le VIH/SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant (Tableau 32). En demandant aux femmes par quel mécanisme la transmission se fait, 78,1 % pensent

que cette transmission a lieu pendant la grossesse, 72,4 % pensent que c'est pendant l'accouchement et 66,7 % pensent que c'est pendant l'allaitement au sein maternel.

Dans l'ensemble, 60,2 % seulement de femmes âgées de 15-49 ans savent les trois modes de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Ce pourcentage ne varie pas beaucoup selon les caractéristiques socio-démographiques.

L'ENECF a également tenté d'apprécier les attitudes discriminatoires dans la population envers les personnes malades du SIDA. A cette fin, il était posé aux enquêtées 2 questions de savoir, si elles étaient d'accord d'une part que, si un enseignant qui a le virus du SIDA mais qui n'est pas encore malade, il lui serait permis de continuer d'enseigner dans une école et d'autre part que, si elles achèteraient de la nourriture chez un commerçant ou un vendeur de nourriture atteint de SIDA.

Les résultats sont présentés dans le tableau 33.

Ainsi, 44,7% des femmes âgées de 15-49 ans pensent que l'enseignant qui a le virus du SIDA ne devrait pas continuer à enseigner. Selon les régions, le pourcentage est plus élevé dans la région Ouest (59,6 %) et plus bas dans la région Est (40,5%).

Cette attitude discriminatoire est plus accentuée chez les femmes urbaines que chez les femmes rurales, mais aussi chez celles de niveau d'instruction secondaire et plus que de niveau inférieur car, le taux atteint respectivement 76,5 % et 72,9 %.

Par ailleurs, 43,8 % de femmes âgées de 15-49 ans n'achèteraient pas de la nourriture chez un vendeur infecté du virus du SIDA. Le même schéma des réponses par rapport à la 1^{ère} question se répète pour la 2^{ème} question.

De manière générale, 55% de femmes âgées de 15-49 ans sont d'accord avec au moins une des attitudes discriminatoires.

Le tableau 34 présente une synthèse du contenu des deux tableaux précédents sur la connaissance du SIDA (Tableau 30 et 31). La deuxième colonne montre le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui savent tous les deux moyens de prévenir la transmission du VIH/SIDA, à savoir: avoir un seul partenaire sexuel fidèle non infecté, utiliser un préservatif chaque fois dans les rapports sexuel.

Ainsi, 45,5 % des femmes âgées de 15-49 ans savent tous les trois moyens de prévention de la transmission du VIH/SIDA.

La troisième colonne du tableau montre le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui savent identifier correctement toutes les trois fausses conceptions au sujet de la transmission du virus du VIH/SIDA, à savoir: *le VIH/SIDA peut être transmis par des moyens surnaturels, il peut être transmis par les piqûres de moustique et une personne en apparence saine peut être infectée du virus du VIH/SIDA.*

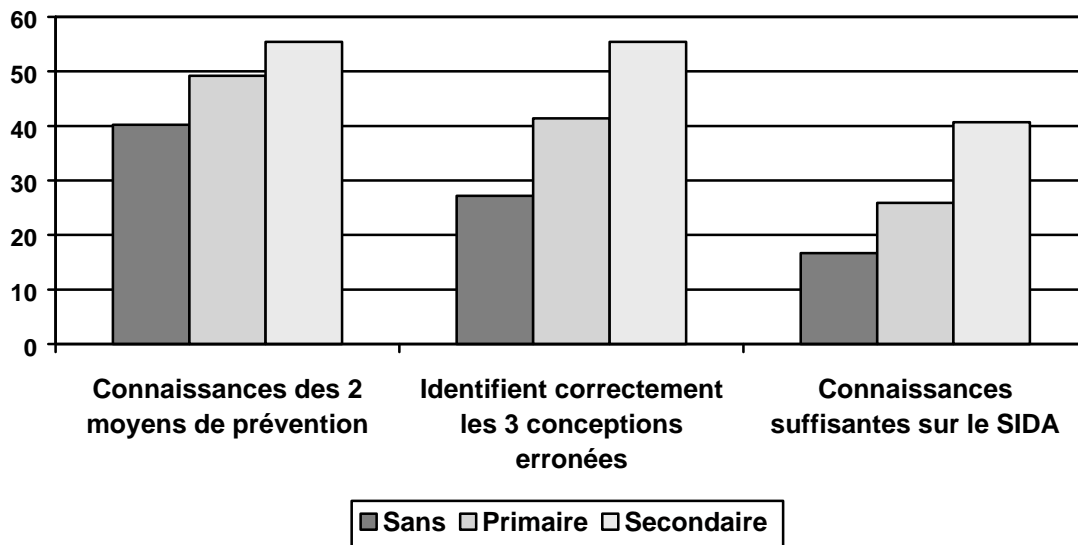
Ainsi, 35,6 % de femmes âgées de 15-49 ans savent identifier correctement les fausses conceptions.

Enfin, la quatrième colonne du tableau montre le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui pensent avoir une connaissance suffisante sur la transmission du VIH/SIDA, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans qui savent les trois moyens pour prévenir la transmission HIV et qui ont correctement identifié les trois conceptions erronées sur le SIDA.

Ainsi, seulement 22,1 % de femmes âgées de 15-49 ans pensent avoir des connaissances suffisantes sur la transmission du VIH/SIDA.

Les connaissances sur la transmission du VIH/SIDA, à cause des campagnes lancées en direction de toutes les couches de la population, varient de manière un peu significative selon le niveau d'instruction de la femme. Ainsi, la proportion de femmes ayant un niveau secondaire et plus qui s'estiment disposer de connaissances suffisantes est légèrement supérieure à celle de femmes sans niveau d'instruction. Néanmoins, elle est 2 fois plus importante pour identifier les trois conceptions erronées et pour avoir des connaissances suffisantes au sujet du VIH/SIDA.

Graphique 6: Le pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont connaissance suffisante de transmission selon le niveau d'instruction, ENECEF-Burundi, 2000.



Test du VIH/SIDA

Le test volontaire du SIDA, accompagné de conseils, permet aux personnes infectées de prendre soin de leur santé et prévenir d'autres infections.

Le test est particulièrement important pour les femmes enceintes pour qu'elles prennent des dispositions pour prévenir l'infection de leur bébé.

Les indicateurs contenus dans le tableau 35 ont été conçus pour évaluer si les femmes sont informées des endroits où elles peuvent faire faire un test du SIDA, pour apprécier l'importance de celles qui sont testées, et l'importance de celles qui ont été informées des résultats du test.

En effet, il est apparu que dans certains endroits, une proportion importante de personnes qui sont testées ne reviennent pas s'enquérir des résultats du test, de peur de savoir qu'elles sont malades et que le secret soit violé, ou pour d'autres raisons.

Ainsi, seulement 26,6 % de femmes âgées de 15-49 ans au Burundi, savent une place pour se faire tester du SIDA

Les femmes qui vivent dans la région Ouest sont les plus nombreuses à savoir cette place, suivies par celles de la région Sud sans grand écart avec les régions qui restent.

Selon le niveau d'instruction, seulement 19,4 % de femmes sans instruction savent une place où se faire tester et ce pourcentage arrive à 64,7 % chez celles de niveau secondaire et plus.

S'agissant de celles effectivement testées, seulement 2,7 % de femmes affirment être testées du SIDA. Le taux est plus élevé dans le milieu urbain (14,5 %) mais aussi dans la région Ouest (8,2 %) à cause de l'influence de la ville de Bujumbura. Dans les autres régions, les taux sont proches.

La majorité de femmes qui ont été testées sont allées s'enquérir des résultats avec cependant de légères variations selon les régions, les tranches d'âge, et les niveaux d'éducation.

Parmi les régions, les femmes de la région Est ont été les moins à s'enquérir des résultats du test.

De plus les femmes d'âges jeunes (15-19 ans) sont les moins importantes à se faire tester mais aussi à s'enquérir des résultats du test.

L'influence du niveau d'instruction est également manifeste même s'il n'y a pas de grands écarts.

G. Santé de la Reproduction

Contraception

L'usage courant de la contraception a été enquêté seulement chez les femmes âgées de 15-49 ans mariées légalement ou en union quelconque lesquelles représentent un peu moins de 70 % de toutes les femmes âgées de 15-49 ans de l'échantillon (Tableau 36).

Ainsi, il apparaît qu'au Burundi, la méthode la plus utilisée par les femmes mariées ou en union est l'injection (4,7 %) et suit la pilule (3,9 %).

L'utilisation des autres méthodes reste assez faible variant entre 2,7 et moins de 1 % (pilule, allaitement maternel, DIU, ...).

La prévalence contraceptive la plus élevée est enregistrée dans la région Nord avec un taux de 20,4% et où la méthode contraceptive préférée reste l'injection. Suivent les régions Ouest et Centre avec 16,3 et 15,8 %. La prévalence la moins élevée est enregistrée dans la région Sud où seulement 6,6 % de femmes mariées ou en union ont déclaré utiliser une méthode contraceptive.

Le niveau d'instruction des femmes est étroitement lié à la prévalence contraceptive car, le pourcentage des femmes de niveau secondaire et plus qui utilisent une méthode contraceptive est plus de 5 fois élevé que celui des femmes sans instruction. En plus de cet écart, la préférence de méthodes varie également. En effet, si les femmes sans instruction préfèrent l'injection et la continence périodique, celles de niveau secondaire et plus portent leur choix plus vers le DIU et la pilule.

Consultation prénatale

La qualité des soins prénatals peut contribuer à la prévention de la mortalité maternelle par l'identification et le traitement d'éventuelles complications et de facteurs de risque, comme la pré-eclampsia, l'anémie et les maladies sexuellement transmissibles.

Les soins prénatals donnent également une occasion pour les femmes de prendre connaissance des signes de danger de leur grossesse et de leur accouchement futur, de se faire vacciner contre le tétanos, d'apprendre comment prendre soin de l'enfant et de recevoir des traitements contre les maladies dont elles souffrent telles que la malaria et l'anémie.

Le vaccin antitétanique est donné aux femmes pendant la grossesse pour protéger l'enfant du tétanos néonatal, une cause majeure de mortalité des nouveaux-nés, qui est dû essentiellement aux conditions insalubres d'accouchement.

Deux injections du vaccin antitétanique pendant la grossesse offre une pleine protection.

Cependant, si une femme a été vaccinée pendant une grossesse antérieure, elle peut avoir besoin d'une seule injection pour avoir la pleine protection.

Cinq injections sont estimées fournir la protection pour toute la vie.

Au Burundi, 49,8 % des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois, sont protégées contre le tétanos néonatal (Tableau 37). Ces femmes ont reçues deux injections ou plus durant les trois dernières années.

Durant l'enquête au Burundi, il a été demandé aux femmes âgées de 15-49 ans qui avaient eu une naissance durant les 12 derniers mois avant l'enquête si elles avaient reçu des soins prénatals et dispensés par quel type de personnel.

Le type de personnel que la femme avait vu a été enregistré dans le questionnaire.

Le tableau 38 présente la répartition en pourcentage des femmes ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois précédant l'enquête selon le type de personnel qui lui a dispensé les soins prénatals.

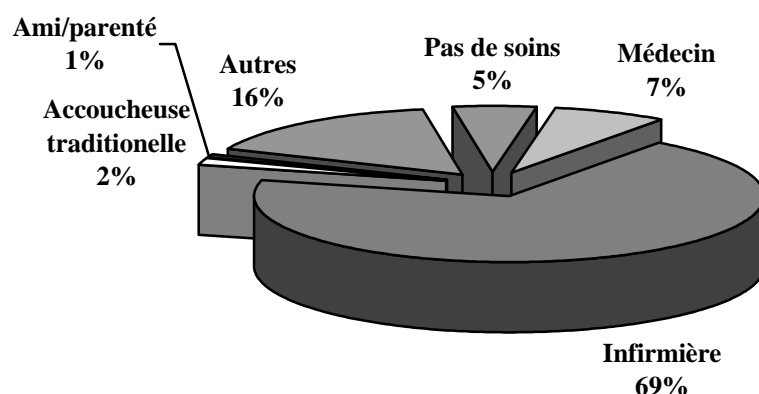
Dans le cas où plus d'une personne a été consultée, seule la personne la mieux habilitée avait été retenue.

En principe, très peu de femmes au Burundi n'accèdent pas à un type de soin prénatal (5,4%) et 76% en avaient reçu d'un personnel qualifié (Médecin, infirmière, accoucheuse).

Un peu plus de 7% de femmes ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois avant l'enquête, avaient eu ces soins chez un médecin, 68,9% chez un(e) infirmier(ère) et 1,6% chez une accoucheuse traditionnelle.

Selon les régions, les femmes bénéficiant de soins prénatals sont dans des proportions qui n'accusent pas d'écarts significatifs.

Graphique 11: Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois précédant l'enquête selon le type de personnel qui a dispensé les soins prénatals, ENECEF-Burundi, 2000.



Assistance à l'accouchement

La disponibilité d'une assistance à l'accouchement par un personnel qualifié, sauve beaucoup de mères et d'enfants, grâce à l'usage de procédures techniques appropriées qui diagnostiquent et traitent rapidement d'éventuelles complications.

L'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié est défini comme une assistance d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère) ou d'une femme accoucheuse.

Ainsi, les données de l'ENECEF-BURUNDI 2000 montrent que seulement 24,9 % des femmes ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois précédant l'enquête, ont accouché avec une assistance d'un personnel qualifié. Un peu plus de 3 % ont bénéficié d'une assistance d'un médecin et 21,8% d'un(e) infirmier (ère).

Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural grâce à la concentration de formations sanitaires dans les villes.

H. Droits des Enfants .

Enregistrement des Naissances

La Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant stipule que chaque enfant a le droit d'avoir un nom et une nationalité et a le droit d'être protégé des privations de son identité. L'enregistrement à la naissance constitue un moyen fondamental de sécuriser les droits des enfants.

Au Burundi, 74,8% d'enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à leur naissance.

Selon le sexe de l'enfant, l'enregistrement à la naissance ne connaît pas de différence significative. Néanmoins, selon l'instruction de la mère, le pourcentage d'enfants enregistrés augmente avec le niveau d'instruction.

Selon le milieu de résidence, l'écart dans l'enregistrement des naissances n'est pas très significatif, bien que, le milieu urbain connaisse un pourcentage un peu plus élevé que le milieu rural.

Selon les régions, le Centre et le Nord connaissent les taux d'enregistrement les plus élevés.

Parmi les raisons de non enregistrement, la méconnaissance de l'obligation d'enregistrer les naissances a été la raison la plus évoquée et après, vient le problème d'argent.

Orphelinat et Cadre de vie des enfants

Les enfants orphelins ou vivant loin de leurs parents peuvent être exposés plus à un des risques d'appauvrissement, de discrimination, de violation de droits de propriété et d'héritage, de plusieurs formes d'abus, de négligence et d'exploitation économique et sexuelle.

L'évaluation de l'ampleur du phénomène d'orphelinat et du cadre de vie des enfants débouche sur l'identification de ceux qui peuvent être exposés ou soumis à une instabilité.

Au Burundi, 72,2 % d'enfants âgés de 0-14 ans vivent avec tous leurs parents (Tableau 41). Parmi le reste, 4,4 % vivent avec leur mère seulement alors que leur père est en vie, 0,8 % vivent avec leur père seulement alors que leur mère est encore en vie.

Les enfants qui vivent avec aucun parent biologique alors que les deux sont encore en vie sont estimés à 2,1 %, tandis que ceux dont un parent ou les deux sont décédés représentent 18,9 %.

On remarque également que les enfants plus âgés vivent sans parent plus que les plus jeunes. En effet, si seulement 2 % d'enfants âgés de moins de 5 ans ne vivent pas avec un parent biologique, ce pourcentage atteint 11,8 % chez les enfants âgés de 10-14 ans.

La situation sur le cadre de vie des enfants ne présente pas de grands écarts selon les régions, néanmoins, la région Ouest enregistre le taux le plus élevé (9,3 %) parce que c'est une région qui a beaucoup souffert de la crise socio-politique déclenchée en Octobre 1993.

Travail des Enfants

Il est important d'évaluer l'ampleur de l'activité économique des enfants et le type de travail auquel ils s'adonnent et cela pour plusieurs raisons. Les enfants qui travaillent sont enclins à ne pas fréquenter l'école et même à l'abandonner définitivement. Cette situation peut les plonger dans un cycle de pauvreté et de mésaventure.

Les conditions de travail sont souvent incontrôlées et avec peu de protection contre les divers abus potentiels.

Dans ces conditions, beaucoup de types de travail sont intrinsèquement risquant et autres présentent des risques non moins évidents aux enfants, tels l'exposition à des pesticides lors des travaux agricoles, le transport de charges lourdes et les décharges d'ordures.

L'ENECEF-BURUNDI 2000 a estimé à environ 2,4 % d'enfants âgés de 5-14 ans qui sont engagés dans travaux rémunérés (Tableau 42) au moment où 4,3 % d'enfants de cette tranche d'âges étaient engagés dans des travaux non rémunérés pour le compte des personnes en dehors de leur ménage.

Dans le contexte du travail des enfants, "*le travail domestique*" se réfère aux travaux comme ceux de la cuisson des aliments et les courses d'achat, nettoyer la maison, laver les vêtements, puiser de l'eau et garder les enfants.

Ainsi, un peu plus de 80 % d'enfants effectuent ce genre de travaux, dont parmi eux 78,7 % travaillent moins de quatre heures par jour et 2,1 % plus de quatre heures par jour.

De manière générale, les filles sont plus engagées dans les travaux domestiques que les garçons, de même que les enfants plus âgés (10-14 ans) le sont plus que les moins âgés (5-9 ans).

La participation des enfants à des travaux domestiques durant plus de 4 heures par jour connaît des variations significatives selon les régions car le taux le plus élevé se situe à 3,4 % dans la région Nord alors qu'il n'est que de 0,9 % dans la région Centre.

Dans cette étude, on considère que les enfants "*qui travaillent actuellement*" sont ceux qui ont effectué un travail rémunéré ou non rémunéré pour quelqu'un qui n'est pas du ménage ou ceux qui ont travaillé plus de quatre heures dans des travaux domestiques du ménage ou encore ceux qui ont effectué d'autres travaux du ménage.

Ainsi, au total, 32,2 % d'enfants âgés de 5-14 ans sont considérés comme des enfants qui travaillent actuellement.

Dans l'ensemble, il n'existe pas de grande différence entre les garçons et les filles (33,1% de garçons contre 31,3 % de filles). Selon les régions, le pourcentage d'enfants qui travaillent actuellement est le plus bas dans la région Ouest avec 25,9 % et le plus élevé dans la région Est avec 39,3 %.

De plus, les enfants du milieu rural travaillent plus que les enfants du milieu urbain.

ANNEXES :

LES TABLEAUX DES RESULTATS⁺

⁺ Les tableaux n°3 et n°8 n'ont pas été publiés. Le tableau n°3 concerne les données manquantes alors que notre enquête n'en a pas assez. Quant au tableau n°8 concernant la mortalité infantile, est calculé à partir du tableau n°7.