

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.

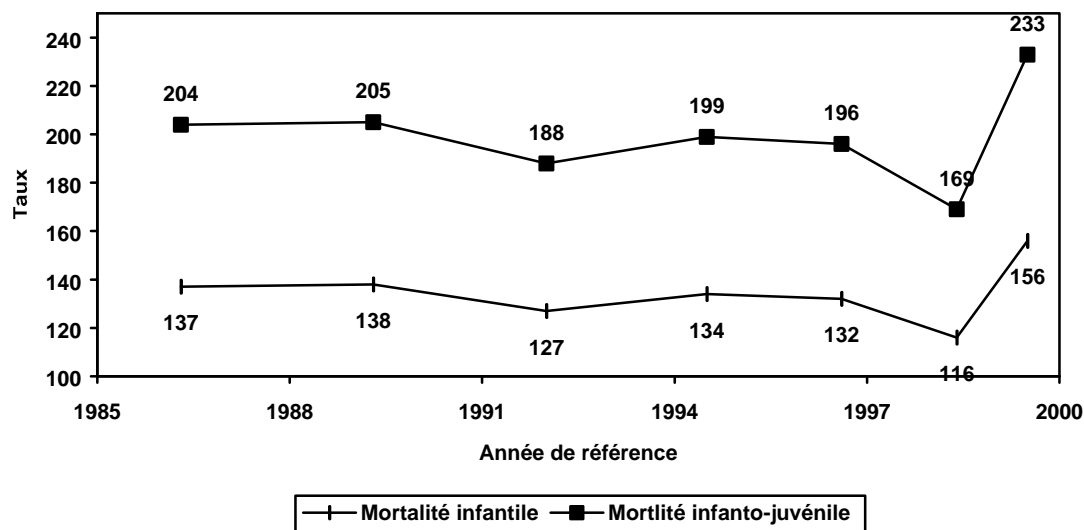
Les données utilisées pour l'estimation de la mortalité sont présentées dans le tableau 7. Le nombre moyen d'enfants nés vivants s'accroît de 0,109 dans le groupe d'âges 15-19 ans à 7,138 dans le groupe d'âges 45-49 ans. Cependant, la proportion des enfants décédés évolue de façon irrégulière particulièrement 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 Ouest 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

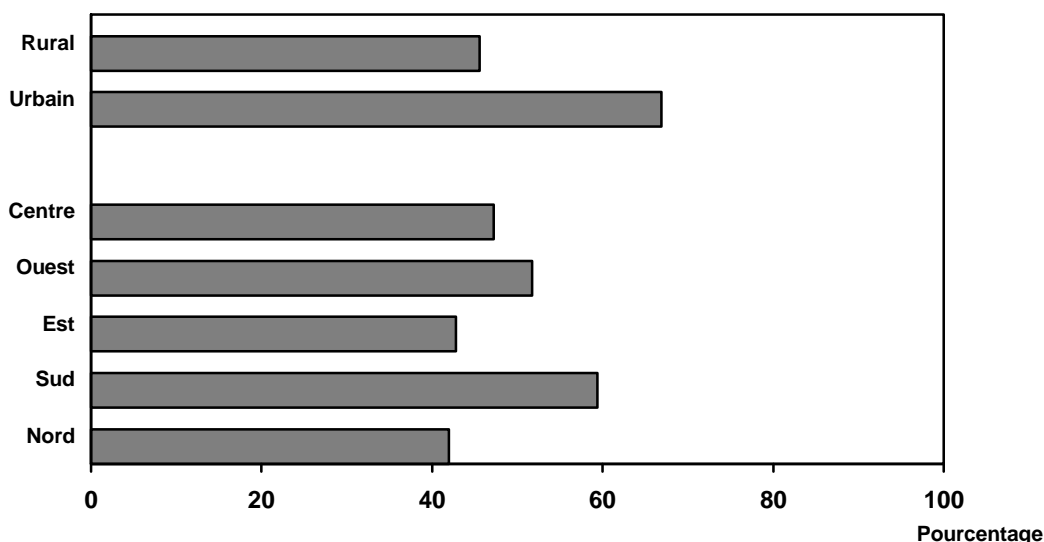
milieu rural

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.

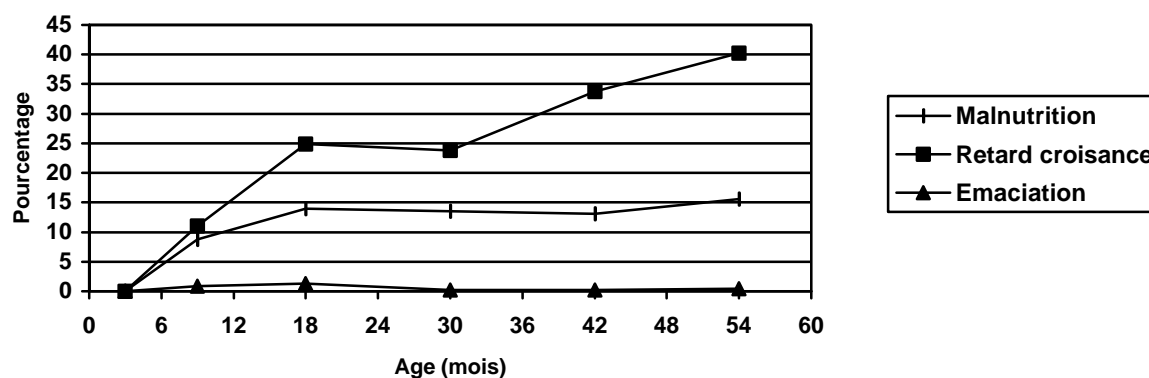
Dans les données du tableau 15, les enfants dont les données sur la taille et l'âge étaient manquantes ont été exclus des résultats. Il en a été de même pour les enfants dont la date de naissance était inconnue.

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.

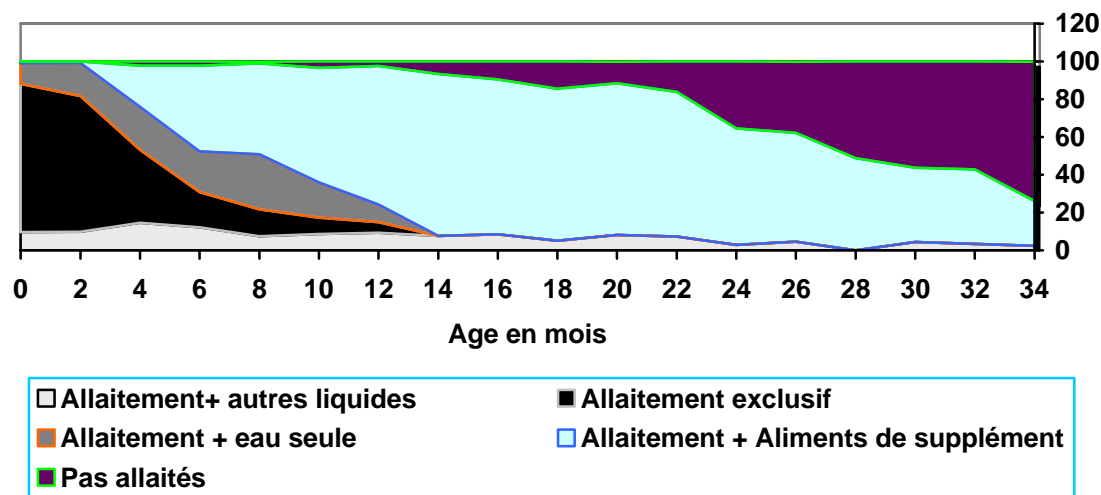
Beaucoup de pays ont déjà adopté la recommandation d'un exclusif allaitement au sein maternel pendant les 6 premiers mois.

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.

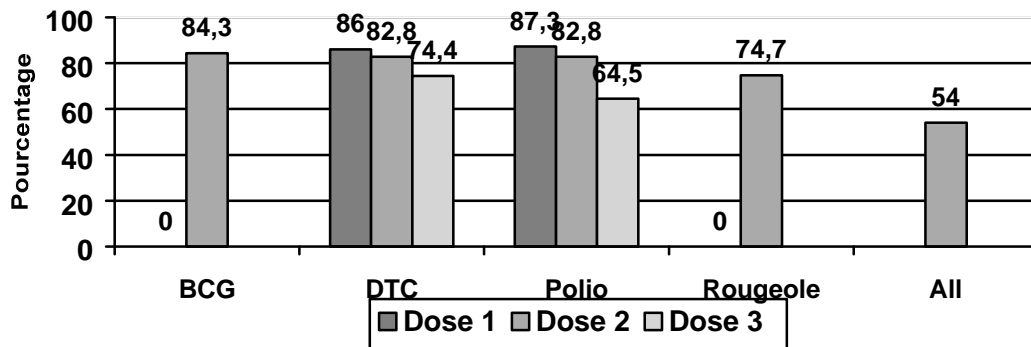
Dans le tableau d'en haut, le numérateur inclut tous les enfants qui avaient été vaccinés à n'importe quel moment avant l'enquête, selon que la carte de vaccination l'attestait ou qu'il s'agit de la déclaration de la mère. Dans le tableau du milieu, seuls les enfants vaccinés avant leur 1^{er} anniversaire 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.*

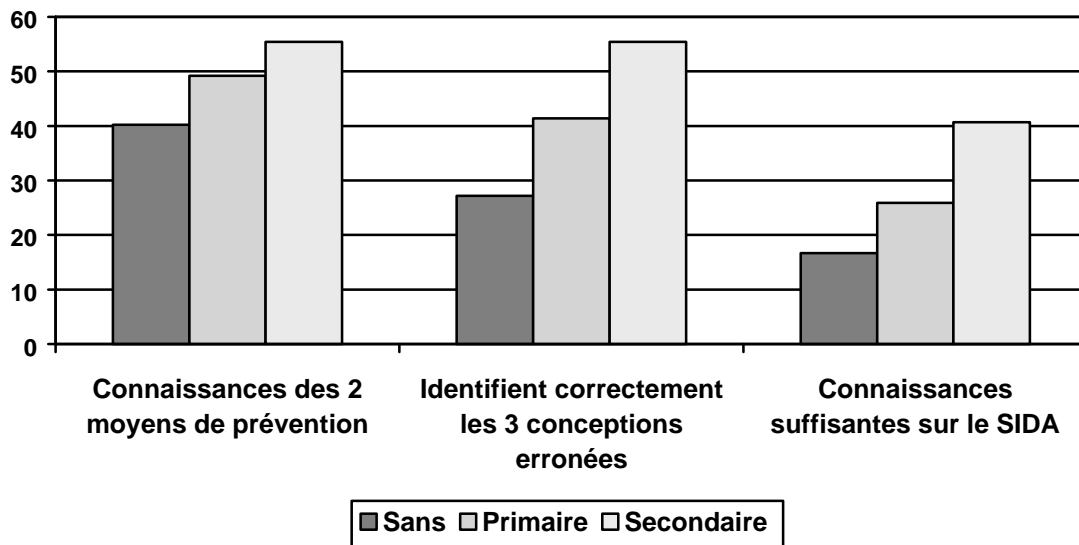
Ainsi, 35,6 % de femmes âgées de 15-49 ans savent identifier correctement les fausses conceptions.

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.

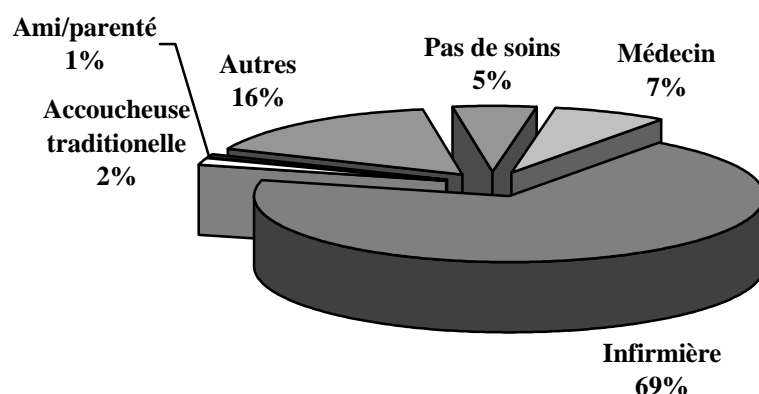
Dans le cas où plus d'une personne a été consultée, seule la personne la mieux habilitée avait été retenue.

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.