



RENTES DE ENFANTES AL RURALINO

Análisis de la situación

AVRIL 1992

Kibondo,

Kirezi co mu nda

Wangeze mu bavyeyi

Nzokugeza mu bibondo

Nzokurinda izuba

Nawe undinde irungu.

Enfant,

Perle que je porte en mon sein,

Tu m'as élevée au rang des mères

Je te mettrai au rang des enfants

Je te protégerai des rayons du soleil

Et tu m'abriteras de la solitude.

Berceuse du Burundi.

AVANT-PROPOS

L'ANALYSE DE LA SITUATION DE LA FEMME ET DE L'ENFANT AU BURUNDI - VERSION 1992, est publiée quatre ans après la première Analyse effectuée au Burundi. L'exercice est périodique, et constitue une étape importante dans le processus de programmation quinquennal qui lie le Gouvernement du BURUNDI et l'UNICEF.

L'objectif principal de l'ANALYSE DE LA SITUATION est de mettre en évidence les problèmes majeurs qui affectent le développement de l'enfant et de la femme, ainsi que les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles de ces problèmes.

Les analyses présentées dans le document ont fait l'objet d'un large consensus entre le Gouvernement et l'UNICEF, et ont permis au Gouvernement de définir une STRATEGIE pour la résolution des problèmes identifiés, stratégie dont la mise en oeuvre se concrétisera dans le prochain programme de Coopération BURUNDI-UNICEF, 1993-1997.

L'ANALYSE DE SITUATION vise également à établir une Banque de Données sur la femme et l'enfant au Burundi. Sans prétendre à l'exhaustivité, la préparation du document s'est appuyée sur une vaste compilation bibliographique, où la pertinence des analyses a prévalu par rapport à la recherche d'informations chiffrées détaillées.

L'ANALYSE DE SITUATION se veut enfin un document de référence pour le suivi des indicateurs du Programme National d'Action issu du Sommet Mondial pour les Enfants, dont les objectifs à l'An 2000 ont été adoptés par le Gouvernement qui les a adaptés au contexte spécifique du Burundi.

L'ANALYSE DE SITUATION a été rédigée sous la direction d'un Comité Ad Hoc, co-présidé par le Ministère des Relations Extérieures et le Ministère du Plan, appuyé par l'UNICEF et avec d'importantes contributions de l'ensemble des services publics et des partenaires de développement concernés par les problèmes de la Femme et de l'Enfant Burundais.

Ont participé à la préparation de l'Analyse de Situation:

Mr Rolando Morales
Mme Caritas Kabirigi
Mme Agnès Muvira
Dr Marc Minyota
Mr Justin Murara
Mr Pascal Ntirampeba
Mr Jérémie Rwamarucitse

et l'ensemble des Administrateurs et consultants du bureau de
l'UNICEF au BURUNDI.

Ont contribué à la rédaction de l'Analyse de Situation:

Mme Monique Le Moal
Mr Pierre Poupard

RESUME

1. LE CONTEXTE

1.1. Contexte géo-physique, politique et administratif.

Au coeur de l'Afrique, une terre montagneuse, bien arrosée, fertile.

Classé parmi les vingt pays les plus pauvres du monde, le Burundi est un petit pays montagneux et enclavé. Le climat, de type tropical tempéré par l'altitude, est favorable, grâce à un régime de pluies abondantes, à une agriculture vivrière d'autosubsistance, bénéficiant d'une bonne fertilité naturelle des sols.

Le caractère accidenté du terrain le rend sensible à l'érosion aggravée par le déboisement et la mise en culture de zones marginales dans les régions surpeuplées.

Un Etat en marche vers l'unité et la démocratie.

Le Burundi, en adoptant par Référendum à une large majorité, en mars 1992, une nouvelle Constitution, s'est ouvert au pluripartisme, avec une démocratisation à la base et une élection au suffrage universel, du Président et des membres de l'Assemblée Nationale. Cette nouvelle Constitution fait suite à la charte de l'Unité Nationale également adoptée par Référendum en février 1991.

1.2. Le contexte démographique.

Une population en explosion.

D'après les résultats provisoires du Recensement Général de la Population et de l'Habitat effectué en Août 1990, le Burundi comptait 5.356.266 habitants, dont plus de 46% avaient moins de 15 ans, et 51,2% étaient de sexe féminin.

Les comportements traditionnels relatifs à la fécondité restent prévalents et contribuent au taux de croissance démographique de 2,8% qui entraîne une pression considérable tant sur des services sociaux surchargés et mal financés que sur une agriculture de subsistance limitée par ^{le peu} d'espace disponible et d'une productivité trop faible.

L'espérance de vie à la naissance est parmi les plus faibles du continent avec 47 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes. Le pays est très peu urbanisé et se caractérise à la fois par la prédominance de l'habitat rural dispersé (94%) et la concentration de 72 % des habitants sur 50% du territoire, ce qui conduit à des densités qui peuvent atteindre jusqu'à ~~2000 habitants par km²~~ 2.

dominants au premier
la
faiblesse
de la
productivité
des sols

1.3. Le contexte économique

Une économie vulnérable

Avec un PNB estimé à 240 USDollars par habitant en 1990, le Burundi se classe au 15ème rang des pays les plus pauvres.

L'enclavement du pays et l'environnement économique international n'ont pas permis au Burundi de diversifier son économie, dominée par l'agriculture vivrière d'auto-subsistance. Le PIB (1.100 millions de dollars en 1990, dont 47% pour l'agriculture vivrière) a augmenté sur les 5 dernières années au rythme annuel de 3%, sensiblement identique à celui de la population.

L'emploi agricole ne peut plus absorber l'excédent de main d'oeuvre. Le secteur informel reste timide, limité par la sous-urbanisation, et des activités de formation professionnelle insuffisantes.

Le Burundi dépend largement du produit de ses exportations de café: en 1989 le café a procuré 80% des recettes d'exportations et 20% des recettes budgétaires. La balance commerciale était déficitaire de 110 millions US\$ en 1990, et la dette extérieure s'élevait à 800 millions US\$ (150\$ par habitant), soit environ 73% du PIB. Pour la même année, le service de la dette atteint 48% des recettes d'exportations.

Le volume global de l'aide au développement était évalué en 1989 à 217 millions US\$, dont 45% étaient constitués de prêts (Banque Mondiale surtout). Un tiers de cette aide est consacrée à l'assistance technique.

Des politiques sociales marquées par l'ajustement structurel

~~Engagé dans un Programme d'Ajustement Structurel depuis 1986~~, le Burundi n'a pas accordé aux secteurs sociaux les investissements soutenus qui auraient été nécessaires, et leur développement repose en grande partie sur l'aide internationale. Les secteurs sociaux ont bénéficié d'environ 38 millions US\$, principalement sous forme d'investissements et d'équipements. *(sur quelle période?)*

Entre 1986 et 1991, les inscriptions budgétaires (prévisions de dépenses publiques) ont plus que doublé (+117%), alors que pour l'ensemble des secteurs sociaux, les crédits n'ont augmenté que de 77% pendant la même période (89% pour l'Education nationale, et seulement 43% pour le Ministère de la Santé publique).

L'effort budgétaire consenti en faveur de la santé publique (moins de 2 US\$ par habitant) accuse une baisse importante depuis quelques années: sa part est passée de 6% en 1986 à moins de 4% en 1991. La part du budget de l'éducation (environ 10 US\$ par habitant) est également en baisse tendancielle (autour de 16% des dépenses publiques depuis 1986).

Par ailleurs, les différentes indications disponibles convergent pour attester qu'il y a eu, pendant la période d'ajustement, une baisse du pouvoir d'achat des revenus des ménages, d'autant plus inquiétante qu'elle serait plus accentuée chez les plus pauvres.

1.4. La pauvreté

Les familles sont pauvres.

La pression démographique a progressivement réduit la superficie des exploitations agricoles dont la taille moyenne est inférieure à 0,6 ha (surface sur laquelle produire de quoi nourrir une famille de 4 à 5 personnes). Dans les régions les plus peuplées on estime que 40 % des familles vivent sur moins de 0,4 ha.

Les familles sont donc pauvres (80 % estimées en dessous du seuil de pauvreté absolue en 1990) et ~~beaucoup n'arrivent pas à produire leur propre nourriture pendant 1/3 de l'année~~, les revenus monétaires tirés de la vente des cultures de rente ne permettant pas d'assurer les dépenses qui seraient nécessaires pour faire vivre correctement la famille.

Les conséquences de la faiblesse des revenus des ménages sur la santé et l'éducation des enfants sont importantes: plus la famille est pauvre, plus l'enfant risque d'être mal soigné, mal nourri et mal vêtu. Les frais de scolarité, même relativement modiques, ne sont pas à la portée de tous les ménages.

La sécurité alimentaire nationale est théorique et fragile.

Même si la production alimentaire a augmenté, globalement sur les dix dernières années, au rythme de la croissance démographique, la couverture des besoins nutritifs de la population reste insuffisante tout particulièrement en ce qui concerne les lipides.

Par ailleurs, ~~les disparités régionales et saisonnières sont importantes~~ et la part trop faible de la production commercialisée, liée au faible pouvoir d'achat de la population, ne permet pas d'atténuer sensiblement ces disparités. La pression démographique amène à augmenter la production alimentaire en utilisant des terres marginales sensibles à l'érosion.

Hors l'agriculture déjà saturée, très peu d'emplois.

L'emploi agricole occupe une place exceptionnellement importante, et ~~l'agriculture ne peut plus absorber l'excédent de main d'œuvre~~. Le développement d'activités économiques non agricoles en milieu rural, se heurte à des ~~problèmes de débouchés~~ et au coût dissuasif de la création d'un emploi. Le ~~secteur informel reste timide et limité par la sous-urbanisation~~, les activités de formation professionnelle insuffisantes, et ~~beaucoup de jeunes quittent l'école, sans opportunité d'emploi~~, et non préparés à devenir les agriculteurs modernes dont le pays a besoin.

2. LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

En s'engageant à mettre en oeuvre un Plan National d'Action pour l'application de la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'enfant dans les années 90, le Burundi a relevé un défi de grande ampleur.

En effet, les principaux indicateurs de la situation des enfants et des femmes du Burundi, tels qu'ils apparaissent dans le dernier Rapport Mondial de l'UNICEF, placent ce pays parmi les vingt pays les plus défavorisés au monde, que ce soit au niveau des indicateurs de mortalité et de morbidité que de ceux concernant le niveau d'éducation et des services sociaux à la disposition des populations.

Dans ce petit pays de 5.3 millions d'habitants, dont la population s'est accrue au cours de la dernière décennie au rythme de 2,8 % par an, et où l'agriculture de subsistance nourrit 94 % des familles, on a toujours aimé les enfants, on se réjouit de leur arrivée, on les protège, on les entoure, ils restent nourris au sein de leur mère aussi longtemps que possible - 90% jusqu'à 12 mois, 49% jusqu'à 24 mois.

2.1. La santé des enfants et des femmes.

Trop d'enfants meurent trop jeunes, ceux qui survivent sont trop souvent malades.

La mortalité infantile est estimée, en 1991, à 116 pour 1000, celle des enfants de moins de 5 ans à 196 pour mille. Cela signifie que, sur 250.000 enfants qui naissent chaque année, 49.000 meurent avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans, dont 29.000 dans leur première année de vie.

Selon l'indicateur disponible (Poids/âge), ~~la malnutrition touche 38% des enfants de moins de 5 ans.~~

Trop de femmes risquent de mourir en couches, trop de femmes sont en mauvaise santé.

La mortalité maternelle est estimée à 600 pour 100.000 naissances vivantes, ce qui représente environ 1500 décès par an.

La régression observée des taux de mortalité (celle des enfants de moins de 5 ans est passée de 260 en 1960 à 196 en 1989) est relativement plus lente par rapport à d'autres pays de la région. On observe également des disparités entre les régions, entre la ville et la campagne.

Les trois principales causes de la mortalité des enfants dans les hôpitaux sont les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée.

Les causes immédiates de la mortalité et de la morbidité des femmes et des enfants, renvoient:

- au contexte géographique:
 - + le paludisme dans les zones lacustres, se développant également depuis peu dans certaines régions de hauts plateaux,
 - + les infections respiratoires aiguës dues aux brusques changements de température en montagne;
- aux conditions des ~~accouchements dont 80 % se passent à domicile~~, pouvant provoquer des infections de la mère et de l'enfant;
- à l'~~alimentation maternelle~~ du jeune enfant, notamment par une complémentation de l'allaitement maternel trop précoce, et trop souvent inadéquate (~~bière de banane~~).
- aux comportements traditionnels:
 - + en matière d'hygiène domestique, trop souvent défectueuse et facilitant le développement des diarrhées et la transmission des maladies infectieuses;
 - + en matière d'habillement: les enfants ne sont pas suffisamment couverts;
- au développement du SIDA, particulièrement à Bujumbura et dans les petits centres urbains, où le fléau a pris une ampleur alarmante: la ~~prévalence du VIH~~ à Bujumbura atteint ~~24,7 % chez les femmes âgées de 25 à 34 ans et déjà plus de 3% chez les enfants de moins de 5 ans.~~

L'accessibilité et la qualité des services de santé et d'eau et d'assainissement sont insuffisantes.

Bien que les services de santé soient distribués dans tout le pays (~~80 % de la population est à moins de 5 km d'un centre de santé~~), il subsiste des disparités régionales, et les difficultés de circulation limitent l'accessibilité.

Les services curatifs sont, globalement, sous-utilisés, la mauvaise organisation des soins surcharge le personnel de santé et la qualité des soins s'en ressent. Malgré une couverture satisfaisante, la qualité de l'offre des services préventifs laisse à désirer.

C'est depuis une dizaine d'années que s'est manifesté le souci de définir une politique de Santé donnant priorité aux Soins de Santé Primaires, politique concrétisée en 1987 par la décentralisation et depuis décembre 1990 par la mise en oeuvre au Burundi de l'Initiative de Bamako.

Et pourtant, la part du secteur Santé dans le PIB n'a jamais dépassé 1%. La plus grande partie des investissements ont été alloués au sous-secteur hospitalier, défavorisant la population rurale.

Il faut reconnaître cependant que les résultats d'une sage réorientation des politiques de santé publique se font sentir à travers une décentralisation aux différents niveaux de responsabilité, une meilleure intégration des programmes en vue d'améliorer la qualité des services. Des plans d'action annuels sont mis en oeuvre pour attaquer les maladies les plus meurtrières et le PEV couvre maintenant plus de 80 % des nourrissons.

Seule la moitié de la population a accès (plus ou moins facilement selon les régions) à l'eau potable et est équipée d'un moyen d'évacuation des excréta acceptable.

Mais la consommation d'eau est faible et trop souvent, du fait des imperfections de l'hygiène domestique, l'eau puisée pure est contaminée avant qu'elle n'atteigne le consommateur.

Le financement du secteur de l'eau a continué à dépendre depuis plus de 10 ans de l'aide internationale. La mobilisation de cette aide a été satisfaisante, mais pas toujours bien coordonnée, et là aussi les investissements ont surtout profité à la population urbaine (75% des investissements pour 5% de la population).

2.2. L'éducation.

Trop d'enfants et de femmes sont insuffisamment instruits.

Le taux net de scolarisation, qui mesure la part des enfants de 7 à 12 ans inscrits à l'école primaire est de 52%; parmi les enfants scolarisés, les filles représentent 45% des effectifs. Le taux d'alphabétisation des adultes est de 50%, il monte à 74% pour les femmes.

Le système éducatif est mal adapté aux attentes de la population et souffre du manque de moyens.

L'accès à l'éducation de base est limité par l'insuffisance quantitative des écoles et le fait que les écoles existantes sont encombrées par les redoublants, notamment dans les dernières classes du primaire, bloqué par le concours d'entrée à l'école secondaire, accessible à moins de 10% des enfants de 6ème.

L'insuffisante qualification des maîtres, surchargés par le système de la double vacation, renforce ce processus de redoublement, ce qui a pour effet d'élever encore le coût de l'éducation pour les familles. En 6ème année de l'école primaire, 33 % des élèves ont entre 16 et 20 ans alors que l'âge normal est de 13 ans.

Certains des enfants qui n'accèdent pas à l'école primaire ont la possibilité d'être alphabétisés essentiellement dans les écoles religieuses. Les autres viennent grossir les rangs des analphabètes adultes, dont la plupart sont contraints, faute d'infrastructures de formation professionnelle, de renoncer à tout apprentissage ultérieur.

Le financement du système d'éducation a été largement, tout au moins dans le secteur primaire, à la charge de l'Etat. La part de l'éducation dans le budget ordinaire se situe autour de 20%, dont la moitié est consacré à l'enseignement primaire. Les coûts de l'enseignement secondaire et supérieur sont parmi les plus élevés d'Afrique, avec de faibles rendements.

2.3. La vie et le statut de la femme burundaise

Les conditions de vie des femmes limitent leur efficacité dans leur rôle d'agents de santé et d'agents socio-économiques.

Les femmes n'ont guère l'opportunité d'adopter de nouveaux comportements car elles sont peu instruites et sous-informées: cela tout particulièrement dans toutes les étapes de la procréation, avant la grossesse (ignorance de la fécondité), pendant la grossesse (nécessité des visites pré-natales, pratiques fréquentes de régime alimentaire délibérément appauvri), à l'accouchement (incapacité de détecter à temps les signes de complication), et quand l'enfant est né (ignorance de l'alimentation de l'enfant).

Trop souvent surchargées de travail ménager et agricole, épuisées par les grossesses trop rapprochées, n'ayant pas accès à des technologies appropriées pour alléger leurs tâches domestiques, à de nouveaux moyens de production ni au crédit pour générer des revenus supplémentaires, les femmes n'ont d'autre choix que répéter d'année en année les mêmes gestes, bons ou mauvais.

Les conditions de vie des femmes, aggravées par une fécondité élevée dans une situation d'appauvrissement généralisée, se conjuguent à l'insuffisante qualité des services de santé et d'éducation pour freiner l'évolution vers un mieux être des enfants. L'utilisation d'une eau polluée, des pratiques hygiéniques inadéquates, facilitent la diffusion des maladies diarrhéiques, qui ne sont pas soignées de façon appropriée.

La mère, par manque de temps ou d'argent, retarde sa visite au centre de santé, l'enfant perd l'appétit, le mal s'aggrave, l'enfant dépérit et s'il ne meurt pas, récupère mal et devient plus vulnérable aux maladies.

Les comportements traditionnels en matière de fécondité restent prévalents.

Les mentalités sont et restent profondément pro-natalistes. L'indice de fécondité s'élève à **6,9 enfants par femme en 1990**, ce qui confirme la pression sociale pour une procréation continue qui ne laisse pas aux femmes la liberté de choisir le nombre et le moment de leurs maternités.

Le statut traditionnel de la femme est un obstacle à son progrès.

Le statut de la femme a rapidement évolué dans les textes mais beaucoup plus lentement dans les mentalités, ce qui limite sa capacité à entreprendre librement et à sortir de son rôle traditionnel de procréatrice et de nourricière.

Le nouveau code des personnes et de la famille, bien qu'il reconnaisse la capacité juridique de la femme, ne lui confère pas encore des droits parfaitement équitables, notamment sur les questions de divorce. L'héritage n'est pas codifié et reste régi par le Droit Coutumier.

Les moyens de communication sociale n'atteignent que rarement les femmes et sont inadaptés.

La survie, la protection et le développement des enfants ne dépendent pas seulement de la performance des services de santé et d'éducation. Ils dépendent surtout de l'interaction entre la disponibilité et la qualité de ces services d'une part, et les besoins ressentis par les mères, les familles et la communauté d'autre part.

La communication orale reste pour les femmes le moyen de communication sociale le plus important, que ce soit entre elles, avec leurs maris, sur les lieux de culte ou dans les réunions du parti.

La radio nationale couvre l'ensemble du pays mais à des horaires mal adaptés aux rares moments de la journée où les femmes sont disponibles. Bien plus, les messages sont transmis d'une façon verticale et unilatérale, qui ne contribue pas aux modifications de comportements attendues.

Plus généralement, la communication sociale est directive; elle n'associe pas suffisamment la communauté et les individus aux processus de changement, et finalement elle est perçue par la population comme une action de lutte contre ses traditions, ses tabous et son organisation sociale.

3. PERSPECTIVES

La Situation des Enfants et des Femmes du Burundi résulte donc de l'interaction de toutes les causes identifiées, qu'elles soient immédiates, sous-jacentes ou profondes.

Beaucoup de ces causes relèvent du passé du pays, retard accumulé du développement, décalage entre des pratiques adaptées à une société agraire traditionnelle et besoins d'une société moderne, orientations maladroites de politiques passées.

La Situation des Enfants et des Femmes se traduit par des indicateurs alarmants dont la projection à l'horizon 2000 aboutirait à une situation jugée inacceptable tant par le Gouvernement que par l'UNICEF, et l'ensemble des acteurs du Développement de ce pays.

Le Gouvernement a d'ores et déjà relevé le défi. En ratifiant officiellement la Convention des Droits de l'Enfant, et la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, la Protection et le Développement des Enfants, il a exprimé clairement sa volonté d'atteindre les objectifs de santé, d'eau potable et d'éducation de base pour tous.

3.1. Ces efforts ne pourront être couronnés de succès que s'ils sont développés dans un contexte national favorable.

La paix extérieure, l'Unité Nationale et le processus de démocratisation en cours sont les premiers atouts dont disposera le pays pour gagner son pari. La maîtrise de la croissance démographique sera un autre facteur déterminant, et passe par une politique vigoureuse de limitation des naissances, largement comprise, acceptée et finalement voulue par la population, surtout en milieu rural.

Dans la situation actuelle d'ajustement structurel, la volonté de garantir l'accès aux services essentiels des groupes les plus pauvres ou vulnérables devrait ouvrir des perspectives nouvelles pour le financement des secteurs sociaux, notamment à travers la définition de programmes d'investissements sociaux prioritaires.

3.2. Le défi ne sera relevé que si les politiques sectorielles sont bien orientées.

Dans le secteur de la santé, l'option prise en 1982 d'accorder une priorité aux Soins de Santé Primaires commence à porter ses fruits.

La décentralisation opérée depuis 1987 se trouve désormais renforcée par l'adoption récente par le Gouvernement de la stratégie de l'Initiative de Bamako.

Le succès de ce programme dépendra en grande partie de la réussite en matière de formation des membres des Comités de Gestion, et de l'augmentation de la représentation des femmes dans ces comités, ce qui permettrait de créer un lien plus direct avec les principaux bénéficiaires du programme.

La réduction de la mortalité infantile reste et restera pour encore longtemps un objectif prioritaire de la politique sanitaire. Des actions spécifiques devront être engagées pour lutter contre les infections respiratoires aiguës, par une prise en charge correcte de la pneumonie, et une disponibilité suffisante de médicaments adéquats.

Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques doit être renforcé: prise en charge, fourniture de S.R.O, hygiène, prévention. Les niveaux atteints par le PEV devront être maintenus, avec des systèmes renforcés de surveillance des maladies cibles et la mise en place de systèmes d'alerte opérationnels.

La lutte contre la malnutrition se renforce progressivement. Le défi à relever est sérieux, tant au niveau des contraintes dans l'agriculture que du faible niveau d'information. Un accent devra être mis sur les activités de prévention, par la surveillance de la croissance des nourrissons, bien comprise par les mères. Des actions simples devront être prises pour réduire les carences en iode, et promouvoir l'allaitement maternel.

La mortalité maternelle, et plus généralement le mauvais niveau de santé des femmes devront être ciblées spécifiquement par un programme de maternité sans risque, mettant l'accent sur une meilleure surveillance de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur l'Education pour la Santé.

Le fléau du SIDA est en passe d'amoindrir sérieusement et pourrait réduire à néant les bons résultats obtenus jusqu'à présent. Les conséquences du développement de la pandémie seraient graves, non seulement en terme de consommation de soins de santé mais aussi en termes de dégradation de la situation sociale et économique des familles atteintes: parents inaptes au travail, enfants orphelins démunis. Beaucoup restera à faire, en matière de connaissance par la population de la maladie et de ses mécanismes de transmission, et en matière de dépistage et de surveillance épidémiologique.

Dans le domaine de l'éducation de base, les problèmes qui vont se poser dans les années à venir sont complexes, liés à l'augmentation rapide du nombre d'enfants à scolariser.

L'objectif du Gouvernement en matière d'éducation primaire, la pleine scolarisation en l'an 2000, supposera, pour être atteint, un effort particulier demandé aux communautés rurales pour la construction de nouvelles écoles et salles de classe.

D'importants efforts seront également à fournir pour améliorer la qualité de l'enseignement, laquelle pourra s'opérer à travers le recyclage des maîtres en exercice et la multiplication des lycées pédagogiques.

Encore faudra-t-il revaloriser une profession pour laquelle les candidats sont peu nombreux.

Dans le domaine de l'alphabétisation il sera nécessaire de mobiliser des moyens d'autant plus importants pour tenter d'atteindre l'objectif de réduction de l'analphabétisme que le temps avance sans qu'une stratégie nationale n'aie pu encore être définie. Les actions pilotes n'ayant pas encore donné les résultats escomptés, auront au moins eu le mérite de mettre en évidence la nature des obstacles qu'il faudrait surmonter pour réduire sensiblement le nombre des analphabètes.

Dans le domaine de l'eau et l'assainissement, les perspectives de couverture sont encourageantes: en supposant que le rythme d'aménagement de sources constaté au cours des cinq dernières années se maintienne, **80% de la population rurale aura accès à de l'eau potable, à moins de 500 m de son habitation, d'ici à l'an 2000.**

Plus que les problèmes d'accès, ceux liés à l'entretien des points d'eau et à l'éducation des usagers seront cruciaux dans les années à venir. Il s'agira de garantir que l'eau ne soit pas polluée entre la collecte et son utilisation, et que les pratiques d'hygiène s'améliorent, ce qui déterminera l'impact de ces aménagements sur la santé des enfants.

Par ailleurs, si on veut garantir la pérennité des installations, la communauté bénéficiaire doit et devra contribuer à leur entretien. Les coûts récurrents sont faibles mais encore faut-il qu'ils puissent être considérés comme prioritaires par les communautés responsables.

En matière d'assainissement, si les résultats d'une récente enquête se confirment, à savoir que la moitié des ménages ruraux disposent d'installations hygiéniquement acceptables, l'accent devra être mis sur l'amélioration de la qualité des installations et sur leur utilisation adéquate par tous.

3.3. Seule la mobilisation de tous les intervenants, l'Etat, les collectivités locales, la communauté, les bailleurs de fonds permettra de relever le défi.

Les objectifs à l'an 2000 que s'est fixés le Gouvernement en mettant en oeuvre un Programme National d'Action pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant supposent, pour être atteints, une mobilisation de tous les partenaires du développement du Burundi.

Le rôle de l'Etat en la matière sera bien de garantir un accès égalitaire de tous à la santé et à l'éducation, à un niveau de vie décent, et de protéger les groupes les plus vulnérables, les "plus pauvres parmi les pauvres".

Les communes auront un rôle tout particulier à jouer, dans le cadre de la politique de décentralisation des institutions. Le très faible niveau de compétence des cadres communaux, les ressources très limitées des communes constituent des handicaps sérieux qu'il faudra prendre en compte pour une réelle décentralisation du développement.

Les efforts qui seront demandés à la population, que ce soit à travers les travaux communautaires, pour la construction ou la réhabilitation des infrastructures sociales, que ce soit à travers des contributions financières (eau potable, minéraux, carte d'assurance maladie) devront être à la mesure de ses moyens.

Les Bailleurs de Fonds, multi-latéraux ou bilatéraux, mais également les Organisations Non Gouvernementales, joueront un rôle fondamental, très certainement à la mesure de la volonté du Gouvernement de relever tous ces défis. Le plaidoyer pour la cause des enfants n'est plus du seul ressort de l'UNICEF.

SOMMAIRE

Page

PARTIE I LE CONTEXTE NATIONAL

Chapitre 1 CONTEXTE GEO-PHYSIQUE, POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

1. Au coeur de l'Afrique, une terre montagneuse
bien arrosée, fertile 3
2. Un Etat en marche vers l'Unité
et la Démocratie 7

Chapitre 2 CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

- Une population en explosion 11

Chapitre 3 CONTEXTE ECONOMIQUE

1. Une économie vulnérable 19
2. Des politiques sociales marquées
par l'Ajustement 25

Chapitre 4 LA PAUVRETE 33

1. Les familles sont pauvres 33
2. La sécurité alimentaire nationale est
théorique et fragile 41
3. Hors l'agriculture déjà saturée,
peu d'emplois 47

PARTIE II LA SITUATION DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

Chapitre 1 LA SANTE DES ENFANTS ET DES FEMMES

1.	Trop d'enfants meurent trop jeunes, ceux qui survivent sont trop souvent malades	53
2.	Trop de femmes risquent de mourir en couches trop de femmes sont en mauvaise santé	65
3.	L'accessibilité et la qualité des services sont insuffisantes	73
	- services de santé	73
	- services d'eau et assainissement	81

Chapitre 2 L'EDUCATION

1.	Trop d'enfants et de femmes sont insuffisamment instruits	87
2.	Le système éducatif est mal adapté aux besoins de la population et souffre de manque de moyens	95

Chapitre 3 LA VIE ET LE STATUT DE LA FEMME BURUNDAISE

1.	Les conditions de vie des femmes limitent leur efficacité	103
2.	Les comportements traditionnels en matière fécondité restent prévalents	109
3.	Le statut traditionnel de la femme est un obstacle au progrès	113
4.	Les moyens de communication sociale n'atteignent que rarement la femme et sont inadaptés	117

PARTIE III PERSPECTIVES

Page

L'inacceptable	121
Les objectifs du Burundi à l'horizon 2000	122
Le Gouvernement relève le défi	123

CARTES, TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRES

CARTES

1	Régions naturelles	4
2	Densité de la population	14
3	Paludisme	68
4	Goître endémique	68
5	Distribution géographique des établissements de santé	74

TABLEAUX

1	La population du Burundi et des différentes structures administratives	8
2	Evolution de la population	11
3	Population du Burundi en 1990	12
4	Répartition spatiale selon les provinces	15
5	Contribution des principaux Bailleurs de Fonds en 1989	23
6	Principaux objectifs des PAS au Burundi depuis 1986	26
7	Indicateurs de mortalité de quelques pays africains	53
8	Enquête sur les maladies diarrhéiques	58
9	Prévalence de la malnutrition	62
10	Prévalence des facteurs de risque au cours de la première consultation prénatale dans trois secteurs de santé	66
11	Taux de couverture vaccinale en milieu rural et urbain	76
12	Taux de desserte en eau potable par province en 1990	82
13	Raisons pour avoir quitté l'école	98
14	Objectifs du Burundi à l'horizon 2000	122

FIGURES

1	Evolution de la population 1900-1990	13
2	Pyramide des âges	13
3	Origine sectorielle du PIB	19
4	Dettes extérieures et recettes d'exportation	21
5	Programme d'investissement public	21
6	Production agricole par exploitation et par saison	34
7	Production des principales cultures 1979 - 1990	42
8	Productions agricoles - analyse des disparités régionales	44
9	Mortalité infantile : répartition dans le temps	54
10	Mortalité infantile	
	10.1 Disparités Urbain-Rural	55
	10.2 Disparités régionales	55
11	Incidence des maladies couvertes par le PEV	
	11.1. Polio	57
	11.2. Rougeole	57
	11.3. Coqueluche	57
12	Incidence des maladies diarrhéiques	
	12.1 Incidence 1980-1989	59
	12.2 Nombre de cas de diarrhée par mois	59
	12.3 Distribution des enfants diarrhéiques par âge	59
13	Malnutrition des enfants	61
14	Mortalité maternelle en milieu hospitalier	66
15	Séro-prévalence du VIH 1, 1989	71
16	Evolution du taux d'inscription des enfants âgés de 7 ans	89
17	Taux brut de scolarisation :	
	17.1 Evolution par province	90
	17.2 Par province et par sexe	90
18	Evolution du nombre d'écoles, de classes, de personnel et d'élèves	96
19	Age de la grossesse à la première consultation dans la province de Karuzi	104
20	Nombre idéal d'enfants des maris et des femmes	110
21	Connaissance et utilisation de la contraception	110

ENCADRES

1	L'Etat Burundais: repères historiques	7
2	Dans le Buyenzi : Terre, Agriculture, Alimentation, malnutrition	35
3	Alimentation de la famille	36
4	Combien coûte	38
5	Structure de l'emploi	47
6	La situation des femmes et des enfants à RUHORORO	72
7	Santé : Taux de desserte	73
8	La formation des personnels de santé	77
9	Le système de santé : repères historiques	78
10	Taux de scolarisation	90
11	L'éducation formelle : repères historiques	94
12	Coût de l'école	99
13	La santé scolaire	100
14	L'alimentation du jeune enfant	105
15	Le travail des femmes et des filles	107
16	Statut traditionnel de la femme	113
17	L'inacceptable	121
18	Au Burundi : l'Initiative de Bamako	126

ABREVIATIONS

A.I.D.R.	Association Internationale pour le Développement Rural
C.A.M.	Carte d'assurance maladie
C.A.P.	Connaissances, Attitudes Pratiques
C.E.E.	Communauté Economique Européenne
C.H.U.	Centre Hospitalo-Universitaire
C.H.U.K.	Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
D.C.P.E.F.	Documents-Cadre de Politique Economique et Financière
D.H.S.	Demographic and Health Surveys
D.G.H.E.R.	Direction générale de l'Hydraulique et de l'Energie Rurale
F.A.C.	Fonds d'Aide et de Coopération
F.A.O.	Food and Agriculture Organisation
F.O.B.	Free on board
H.P.R.C.	Hôpital Prince Régent Charles
I.G.A.A.	Association pour le développement de la Femme et de l'Enfant
I.S.F.	Indice Synthétique de Fécondité
M.S.T.	Maladies sexuellement transmissibles
O.N.G.	Organisation non gouvernementale
O.I.T.	Organisation Internationale du Travail
P.A.S.	Programme d'Ajustement Structurel
P.N.B.	Produit National Brut
P.I.B.	Production Intérieure Brute
P.N.U.D.	Programme des Nations Unies pour le Développement
P.E.V.	Programme Elargi de Vaccination

P.F.	Planification familiale
P.I.P.	Programme d'Investissement Prioritaire
R.G.P.	Recensement Général de la Population
S.R.O.	Sel de réhydratation orale
S.M.I.	Santé Maternelle et Infantile
S.S.P.	Soins de Santé Primaires
STABEX	Fonds de Stabilisation de la Balance des Exportations
T.M.M.5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPRONA	Union pour le Progrès National
U.S.A.I.D.	United States Agency for International Development

INTRODUCTION METHODOLOGIQUE

L'Analyse de la Situation de la Femme et de l'Enfant au Burundi a été lancée officiellement le 15 Mars 1991, avec la tenue d'une réunion présidée par le Secrétaire d'Etat au Plan, et à laquelle ont participé:

- * le Représentant de l'UNICEF au Burundi et l'ensemble des Administrateurs,
- * l'équipe des consultants nationaux constituée pour la première phase de travaux, autour d'un consultant international de l'UNICEF
- * des représentants des Ministères concernés, des principaux bailleurs de Fonds et de quelques ONGs, désignés par le Ministère du Plan pour constituer un comité technique de suivi de l'Analyse de la Situation.

C'est au cours de cette réunion que la méthodologie de l'étude a été présentée, ainsi que le rôle et la contribution du comité technique et le calendrier de l'étude. La première étape du travail devait durer jusqu'à la fin du mois d'Avril.

La méthode de travail suivie consistait à organiser, chaque jour, une réunion thématique, à laquelle participaient tous les consultants, les administrateurs UNICEF intéressés/concernés et des membres du comité technique spécialement invités.

Un travail de compilation de l'importante documentation collectée était mené en parallèle, le tout aboutissant à un premier document de 265 pages, dont les principaux résultats ont été présentés au comité technique le 25 Avril 1991.

La deuxième étape du travail a consisté dans une lecture approfondie du premier document, la réorganisation du texte, et l'écriture d'un premier draft de 82 pages, comprenant quatre parties, le contexte national, la situation de la femme et de l'enfant, les causes sous-jacentes et les causes profondes.

Dans une troisième étape, sur la base des commentaires reçus, le document subissait une révision complète, pour aboutir à la présente version, présentée en trois parties: le contexte national, la situation de la femme et de l'enfant et les perspectives d'avenir.

Ce va et vient entre les "acteurs" de l'étude (consultants nationaux et internationaux, administrateurs de l'UNICEF) et les principaux utilisateurs potentiels (comité technique, siège et bureau régional de l'UNICEF) a permis d'affiner les analyses, d'aller rapidement à l'essentiel, dans un document qui reflète bien le consensus actuel entre le Gouvernement et l'UNICEF sur la Situation de la Femme et de l'Enfant Burundais, en 1992.

L'Analyse de Situation recouvre plusieurs domaines qui ne se limitent pas aux seuls secteurs classiques des interventions de l'UNICEF: la santé et l'éducation occupent la plus grande part de l'Analyse mais sont aussi étudiées la démographie, l'économie et la sociologie, et également les sciences de l'habitat et l'aménagement du territoire.

L'Analyse de Situation est un exercice d'identification des principaux problèmes affectant les femmes et les enfants, cibles de l'analyse, et de recherche des relations de causalité qui leur sont sous-jacentes. Dans le cas du Burundi, les problèmes identifiés et leurs causes sont schématisés dans le cadre conceptuel ci-contre.

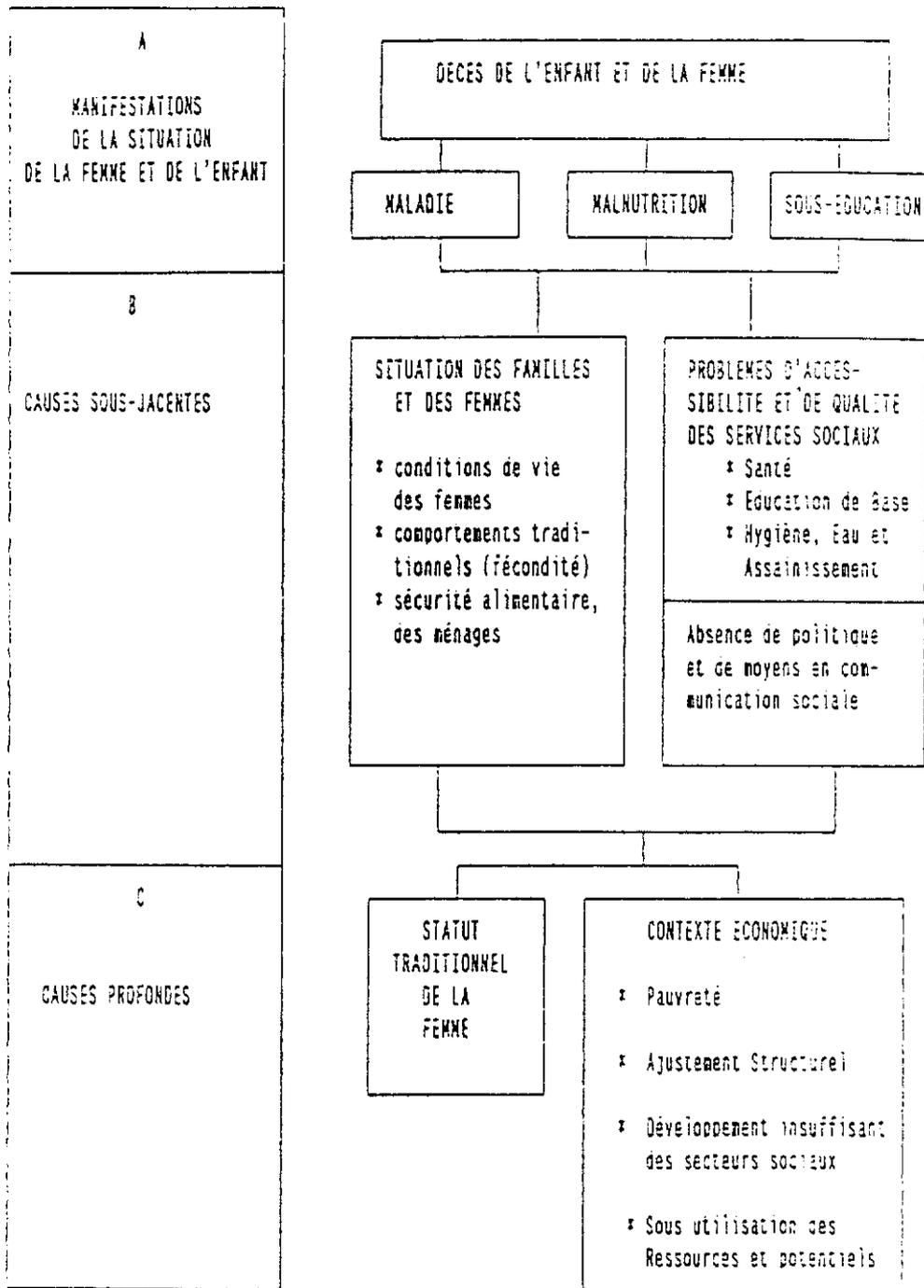
A. Les manifestations de la situation de la femme et de l'enfant constituent le point de départ:

A1. Comme signalé précédemment, on prend comme variables cibles de l'analyse les taux de mortalité des enfant âgés de 0 à 1 an et de 0 à 5 ans ainsi que le taux de mortalité maternelle.

A2. On se demande alors pourquoi et de quoi les enfants et les femmes meurent. Les causes directes sont associées, pour les enfants, aux maladies (y compris, les naissances dans des mauvaises conditions) et à la malnutrition. On s'interroge sur le poids de chacune de ces variables dans la structure de mortalité et de morbidité des enfants. La démarche est similaire en ce qui concerne la mortalité maternelle, les causes étant semblables: mauvaises conditions d'accouchements, maladies, malnutrition, et, en plus, l'analphabétisme et la sous-éducation des femmes.

B. Viennent ensuite les causes sous-jacentes de cette situation. Deux types de variables sont identifiées, celles ayant trait à la situation des familles, plus particulièrement des femmes, aux habitudes, et celles liées aux problèmes d'accès ou/et d'accessibilité aux services sociaux.

CADRE CONCEPTUEL



Dans la première catégorie, apparaît -et cela reviendra comme un leit motiv- tout ce qui contraint la femme dans sa vie quotidienne. Ses conditions de vie l'empêchent de jouer le rôle qu'elle devrait et voudrait jouer auprès de ses enfants. Les comportements traditionnels sont aussi décrits ici, particulièrement ceux concernant la fécondité. De plus, la pauvreté, liée à la fragilité de la sécurité alimentaire des ménages, apparaît comme le reflet du faible niveau des dépenses des ménages, et de leurs difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels.

Les difficultés d'accès à certains services, comme ceux de la Santé, de l'Eau et de l'Assainissement, de l'Education, renvoient à la qualité de ces services, dont la population finit par se détourner. La sous-utilisation des réseaux traditionnels et modernes de communication sociale, est une autre cause sous-jacente importante.

C. Arrivé à ce niveau de l'analyse, on se demande pourquoi les femmes et les enfants, ou un certain nombre d'entre eux, ont les difficultés décrites dans ce qui précède: ce sont **les causes profondes**.

On peut rassembler les explications en deux grands catégories: celles liées au statut traditionnel de la femme et celles du contexte général du pays (géographique, climatique, démographique, culturel, historique...) et plus particulièrement le contexte économique. A cette catégorie se relie l'insuffisant développement des secteurs sociaux, dont on cherchera notamment des explications dans l'histoire du développement du pays.

Le lecteur trouvera à la fin du document une liste des principaux documents-sources utilisés pour l'élaboration de l'Analyse de la Situation.

PARTIE I

LE CONTEXTE NATIONAL

CHAPITRE I

CONTEXTE GEO-PHYSIQUE, POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

1. AU COEUR DE L'AFRIQUE, UNE TERRE MONTAGNEUSE, BIEN ARROSEE, FERTILE

A 3.800 km de la mer Méditerranée, 3.500 Km du Cap, 2.200 Km de l'océan Atlantique et 1.200 km de l'Océan Indien, le Burundi est un petit pays montagneux de 27.834 km², niché entre le Rwanda au Nord, la Tanzanie à l'Est et au Sud et le Zaïre à l'Ouest. La crête Zaïre-Nil qui culmine à 2.500 m traverse le pays du Nord-Ouest au Sud-Est. A l'Ouest elle est bordée par la plaine de l'Imbo qui longe le lac Tanganyika et s'élargit vers le Nord. A l'Est, entre 2.000 et 1.500 m d'altitude se déploie un vaste système de collines qui constitue le plateau central; puis le terrain s'aplanit vers l'Est et le Nord-Est en des dépressions marécageuses jusqu'à 800 m d'altitude.

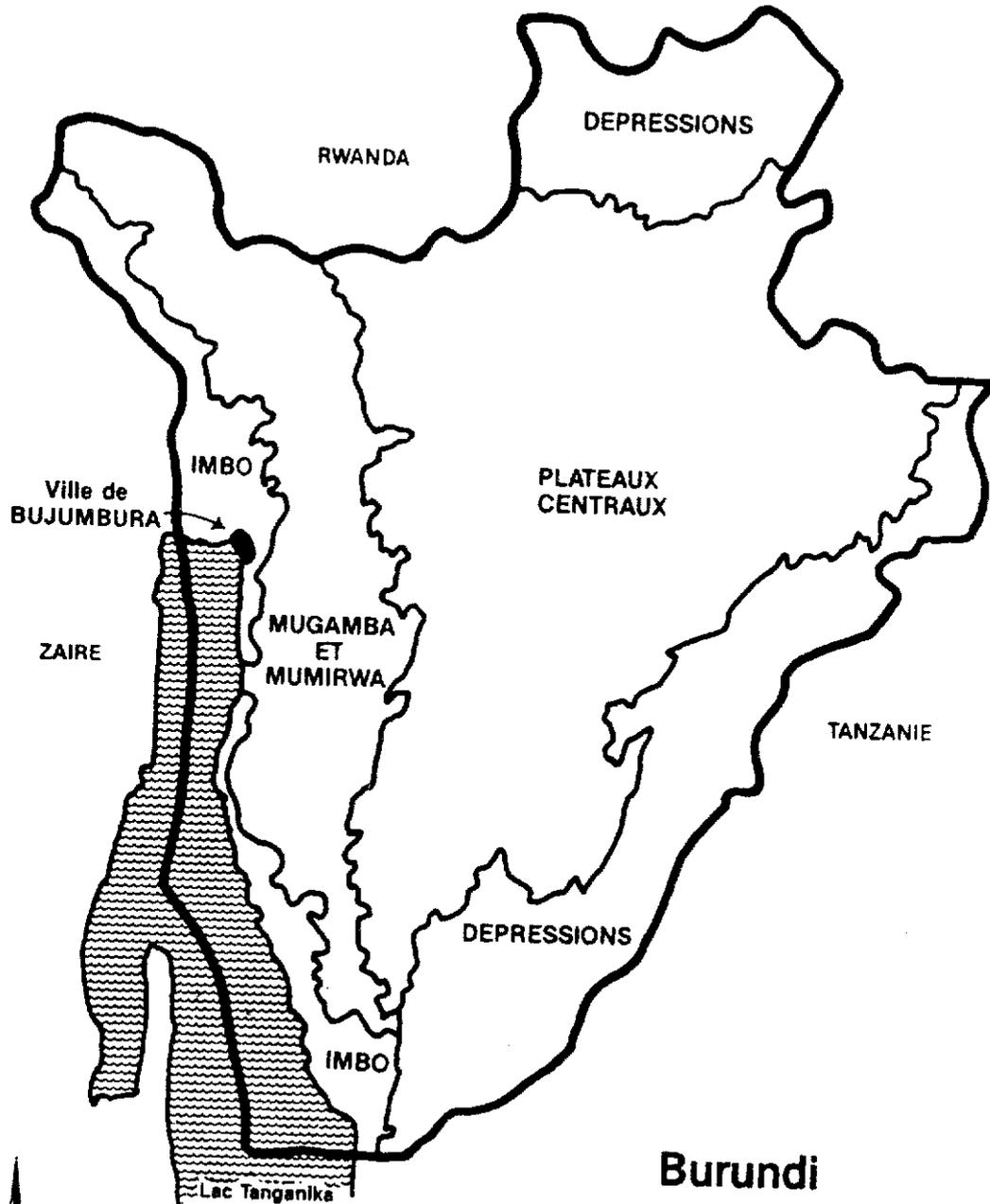
Le climat de type tropical est modulé par l'altitude : la température moyenne est de 15° dans les montagnes, elle se réchauffe progressivement pour atteindre 20° sur le plateau central et 33° dans la plaine. La saison sèche est réduite à 3 mois en altitude mais se prolonge parfois jusqu'à 5 mois dans la plaine.

Les nombreux cours d'eau issus des crêtes, dont le Zaïre et le Nil, irriguent généreusement le pays. Les plus importants sont la Rusizi et ses affluents, la Ruvubu, la Ruvyironza.

L'abondante végétation d'origine a presque complètement disparu sous l'impact des activités humaines. Il n'en reste aujourd'hui que des lambeaux de forêt (120.000 ha) et de savanes dans l'enceinte des périmètres protégés de la Rusizi et de la Kibira et dans le parc de la Ruvubu.

Outre les ressources végétales, des gisements du nickel et de phosphate ont été identifiés mais ne sont pas encore exploités.

La fertilité naturelle du sol, l'abondance de l'eau, et l'absence de mouche tsé-tsé ont depuis toujours attiré une population dense d'agriculteurs et d'éleveurs qui ont pu bénéficier de niches écologiques variées. On dénombre 11 régions naturelles, permettant chacune des productions agricoles spécifiques.



N Echelle 1/1250000

Burundi

LES 4 GRANDS GROUPES DE REGIONS NATURELLES

En revanche, le caractère accidenté du terrain le rend sensible à l'érosion qui devient problématique avec la mise en culture de zones marginales dans les régions surpeuplées.

La déforestation est préoccupante car le bois est encore pratiquement la seule source d'énergie domestique du pays et il devient difficile de concilier besoins et gestion des ressources.

Les brusques variations climatiques en altitude sont fréquemment cause d'infections respiratoires, l'excessive densité de la population des plateaux a induit des migrations récentes vers les zones des plaines jusque là réputées insalubres parce qu'infestées de paludisme et de bilharziose.

Les principaux problèmes d'environnement au Burundi, encore limités, concernent la pollution du lac Tanganyika et les problèmes de l'érosion. L'érosion affecte le rendement de l'agriculture dans certaines régions du pays et il y a des signes évidents de pollution qui risquent d'affecter la pêche, l'écologie du lac et la qualité de l'eau de boisson dans la ville de Bujumbura.

D'autres facteurs, moins critiques pour le moment, affectent également l'environnement:

- l'écoulement des eaux pluviales non contrôlées détériorant les chaussées et polluant les milieux récepteurs : rivières, lacs, etc..
- l'élimination des déchets domestiques demeurant en majorité la responsabilité individuelle des ménages, excepté à Bujumbura où la municipalité assure la collecte et la disposition (dans un site à ciel ouvert) d'environ un tiers des ordures ménagères.

Enfin, l'enclavement du pays et sa configuration montagneuse sont des facteurs défavorables dans la perspective du développement moderne car ils influent directement sur les délais et les coûts des transports et créent une réelle dépendance par rapport aux pays frontaliers.

Les infrastructures de communication interne ont fait l'objet de la plus grande attention au cours de la dernière décennie. Un réseau de 1.100 Km de routes asphaltées, 4.000 km de routes en terre et 7 à 8.000 km de pistes parcourt actuellement le pays. Toutefois, seulement la moitié de ce réseau est considéré comme praticable en toutes saisons.

En ce qui concerne les relations avec l'extérieur le Burundi est relié par route à Mombasa, par voie lacustre puis de chemin de fer à Dar-es-Salam via Kigoma.

Les délais de transport sont d'un mois et demi depuis Dar-es-Salam et le prix d'origine des marchandises est multiplié par 3 au terme du parcours. Le trajet Mombasa-Bujumbura est plus rapide mais encore plus onéreux. Des compagnies aériennes desservent l'aéroport de Bujumbura, dont Air France, Ethiopian Airlines et Sabena. Le frêt aérien est réservé aux marchandises précieuses, son coût est 4 fois plus élevé que par les autres moyens de transport.

Le courrier est acheminé quotidiennement par avion jusqu'à Bujumbura et redistribué 2 fois par semaine à l'intérieur du pays. Les télécommunications internationales sont assurées par satellite. Le réseau national interurbain a encore des déficiences, le plan national de maintenance en cours d'exécution devrait permettre une amélioration prochaine.

L'enclavement a favorisé l'établissement de relations de coopération avec les pays voisins. Avec la Tanzanie, l'Ouganda et le Rwanda, le Burundi participe à l'Organisation du Bassin de la Kagera. Avec le Rwanda et le Zaïre, il constitue la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs.

2. UN ETAT EN MARCHÉ VERS L'UNITÉ ET LA DÉMOCRATIE

Le Burundi, en adoptant par Référendum, en mars 1992, une nouvelle Constitution, s'est ouvert au pluripartisme, avec une démocratisation à la base et une élection au suffrage universel du Président et des membres de l'Assemblée Nationale.

Cette Constitution est le résultat d'un long processus de transformation politique, amorcée, au lendemain de la crise de 1988, par la mise en place d'un Gouvernement d'Unité Nationale.

En Septembre 1988, était installée une Commission chargée d'étudier la question de l'Unité Nationale, et d'élaborer une Charte de l'Unité Nationale. Présenté officiellement en Mai 1990, le projet de Charte faisait l'objet d'un large débat national, avant d'être adopté, par référendum, en février 1991.

Encadré n° 1 : L'Etat Burundais : Repères historiques

L'ancien royaume du Burundi, fondé au 16ème siècle, a connu son apogée au 19ème siècle, époque à laquelle il avait sensiblement les mêmes frontières que le Burundi actuel. Le Mwami régnait alors sur une société de type semi-féodal très hiérarchisée, doublée d'une structure clanique. Les Burundais, composés de trois groupes ethniques -Hutus, Tutsis, et Twas- parlaient une seule langue, le kirundi, et vénéraient un seul Dieu, Imana.

Soumis, en 1903, par l'Allemagne dont il resta la colonie jusqu'en 1916, le pays fut placé sous mandat de la Société des Nations en 1919 et confié à l'administration de la Belgique jusqu'en 1962. Sous cette tutelle, l'organisation politique et administrative fut remaniée. Parallèlement, l'influence des missionnaires chrétiens, présents depuis la fin du 19ème siècle, suscitait de profondes mutations socio-culturelles.

En 1962, le pays acquit son indépendance et, en 1966, un coup d'état militaire abolit la monarchie, donnant le jour à la première République; la deuxième République fut proclamée en 1976.

De graves conflits ethniques ont émaillé l'histoire récente du pays, en 1966, 1969, 1972 et en 1988. Les conflits de 1972 furent les plus meurtriers car ils se sont étendus sur l'ensemble du territoire. La Troisième République, proclamée en 1987 et dirigée par le Major Pierre BUYOYA, a marqué le début d'une ère nouvelle en donnant priorité à l'unité nationale, à la justice sociale et au respect des droits de l'homme. Un Gouvernement d'Unité Nationale, nommé après les conflits de 1988, a concrétisé la volonté de changement des autorités burundaises.

La nouvelle Constitution prévoit un renforcement de la décentralisation des institutions politiques et administratives.

Le territoire du Burundi est découpé en 15 provinces, 113 communes elles-mêmes subdivisées en zones et finalement 2594 collines de recensement, plus la ville de BUJUMBURA elle-même découpée en 9 zones et 90 quartiers ou avenues. Le pays compte également 21 centres urbains.

Tableau n° 1 : La population du Burundi et des différentes structures administratives

Population 1990 :		5.356.266 habitants
Superficie (hors lacs) :		25.949,5 km ²
Densité :		207 habitants au km ²
<hr/>		
BUJUMBURA	Population	226.628 habitants
	Superficie	86,52 km ²
	Densité	2.620 hab/km ²
<hr/>		
15 PROVINCES	Population	5.129.638 habitants
	Superficie	25.863 km ²
	Densité	198 hab/km ²
<hr/>		
MOYENNES PROVINCE	Population	342.000 habitants
	Superficie	1.724 km ²
<hr/>		
MOYENNES COMMUNE	Population	45.400 habitants
	Superficie	229 km ²
<hr/>		
MOYENNES COLLINE	Population	2.000 habitants
	Superficie	10 km ²

De grandes disparités se cachent derrière ces moyennes, puisque la taille d'une commune varie de 80 à 590 km², et sa population de 5.400 à 100.000 habitants. Quant aux densités, elles s'étalent, suivant les communes, de 40 à 590 habitants au km².

Les provinces constituent des entités politico-administratives, rattachées au Ministère de l'Intérieur, sans personnalité juridique. Le Gouverneur de province, nommé directement par le Président, exerce son autorité sur le plan politique, de la sécurité publique et pour la supervision générale des activités de développement de la province.

Les communes jouissent de l'autonomie financière, et, à ce titre, sont en mesure d'initier et de mettre en oeuvre des actions de développement.

En pratique, leur marge de manoeuvre est faible, les budgets sont limités, et il apparaît que près de la moitié des dépenses communales sont consacrées aux salaires et traitements, et 20% aux frais de fonctionnement, une grande partie des investissements étant consacrés à la construction des bâtiments administratifs.

Le rapport de la commission constitutionnelle consacre un chapitre à la "démocratisation à la base", et préconise la mise en place de deux institutions principales, l'Assemblée communale et le Conseil communal, composés de membres élus directement par la population, sur "base de la qualité d'Ubushingantaha" (sagesse et intégrité). L'Administrateur devra également être élu, par l'Assemblée communale.

En dessous de la commune, on trouve la zone, et enfin le secteur, "cellule de base de l'organisation administrative et économique du pays".

Il existe très peu d'organisations à la base, sinon les cellules du parti UPRONA et de ses mouvements intégrés (Femmes, Travailleurs, surtout en milieu urbain, et organisations de jeunesse).

Jusqu'à présent, le réseau d'encadrement politique et administratif de la population a montré son efficacité dans de nombreuses actions de sensibilisation et de mobilisation sociale pour le développement. Cependant, son caractère très directif et hiérarchisé a quelque peu inhibé la capacité d'expression et de mobilisation spontanée pour des initiatives communautaires, faisant ainsi du développement un processus qui se déroule du haut vers le bas plutôt que du bas vers le haut.

Outre les Ministères de la Santé Publique et de l'Enseignement Primaire et Secondaire dont les activités ont un impact direct sur la situation des enfants et des femmes, des institutions gouvernementales et non-gouvernementales nationales oeuvrent spécifiquement en faveur des femmes et des enfants :

- Le Ministère de la Promotion Féminine et de la Protection Sociale
- Le Ministère de l'Artisanat, de l'Enseignement des Métiers et de la Jeunesse
- L'Union des Femmes Burundaises
- Le Conseil National de l'Enfance et de la Jeunesse
- La Fondation pour l'Enfance au Burundi.
- L'I.G.A.A.

et quelques autres Associations et Organisations Non-gouvernementales.

CHAPITRE II

LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

UNE POPULATION EN EXPLOSION

Durant la première moitié du siècle, la croissance de la population est restée freinée par la fréquence des disettes et famines dues aux irrégularités climatiques (1932, 1934, 1941). Après 1950 et particulièrement depuis l'indépendance en 1962, avec l'amélioration des soins médicaux, le retour de nombreux émigrés et une politique agricole visant à assurer une production plus régulière, la croissance démographique s'est brusquement accélérée.

Tableau n° 2 : Evolution de la population

Année	Population	Densité Hab/km ²
1935	1.524.000	58.7
1940	1.716.000	66.1
1945	1.523.000	58.7
1950	1.836.000	70.7
1955	2.035.000	78.4
1960	2.234.000	86.1
1965	3.210.000	123.7
1970	3.621.000	139.5
1975	3.934.000	151.6
1980	4.065/908	156.7
1985	4.649.457	179.2
1990	5.356.266	207.0

Les premiers résultats partiels du Recensement Général de la Population (RGP) de 1990 donnent une population de **5.356.266** habitants dans laquelle les femmes sont numériquement dominantes (51,5 %). Cette population très jeune (45,1% ont moins de 15 ans) s'est accrue au rythme moyen de 2,8 % par an depuis 1979.

Taux de natalité est estimé à 47 pour mille, soit environ 250.000 naissances pour l'année 1990. La population burundaise est composée à 18,8 % par des enfants de moins de 5 ans (environ 1.010.000 enfants), à 15,8 % par des enfants d'âge scolaire (750.000 enfants), à 23,5 % par des femmes en âge de procréer (environ 1.260.000 femmes en 1990).

Tableau n°3 : Population du BURUNDI en 1990

Classe d'ages	Hommes	%	% Cumulé	Femmes	%	% Cumulé	Total	%	% Cumulé
0 - 4	505098	9,4	9,4	501880	9,4	9,4	1006978	18,8	18,8
5 - 9	390203	7,3	16,7	391811	7,3	16,7	782015	14,6	33,4
10-14	306914	5,7	22,4	319789	6,0	22,7	626683	11,7	45,1
15-19	258723	4,8	27,3	266191	5,0	27,6	524914	9,8	54,9
20-49	915860	17,1	44,4	990971	18,5	46,1	1906831	35,6	90,5
50+	222358	4,2	48,5	286687	5,3	51,5	508845	9,5	100,0
Total	2599156	48,5		2757110	51,5		5356266	100	
Inf 1 an	125809			125935			251745		
1 - 4	379288			374945			755234		
15-49	1174583			1257162			2431745		

Source RGP 90

L'espérance de vie est parmi les plus basses du monde avec 50 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes.

L'âge de mariage est fixé à 18 ans pour les femmes et 21 ans pour les hommes. L'âge moyen observé est de 21,9 ans chez les femmes. C'est tardif comparé aux autres pays africains, mais le célibat définitif ne touche que 1 % des femmes. Se marier reste la seule façon pour les femmes d'avoir une place dans la société et la finalité première du mariage reste la procréation. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est très élevé: 6,9 enfants par femme en 1990.

La polygamie a persisté malgré son abolition par décret dès 1950. Depuis 1980, avec la promulgation du Code des personnes et de la famille seul le mariage civil et monogame est reconnu.

Il subsiste cependant 12 % des femmes mariées qui vivent en union polygame particulièrement dans l'Imbo et dans les dépressions.

En 1979, 85 % des ménages étaient composés d'un homme, de sa femme et de ses enfants. Des enquêtes ponctuelles plus récentes révèlent que 10 % des femmes sont chefs de famille.

Les religions chrétiennes rassemblent 75% de la population (60% catholique et 15% protestante) et l'Islam (2,5%) commence à s'implanter. Le reste de la population pratique des religions traditionnelles.

FIGURE 1 :

EVOLUTION DE LA POPULATION AU BURUNDI
(de 1900 à 1990)

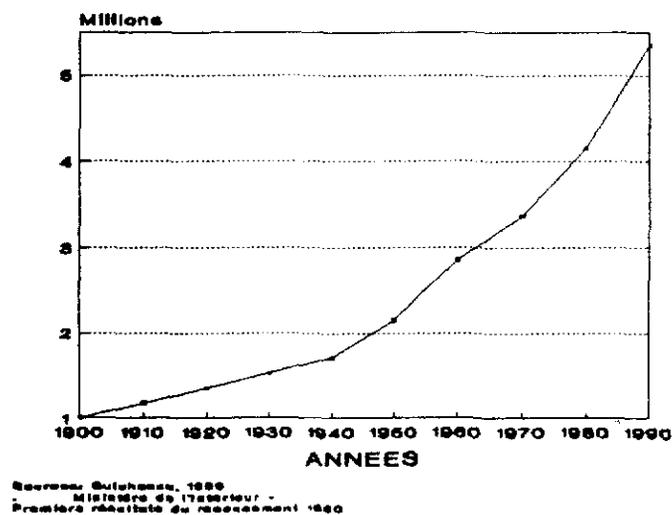
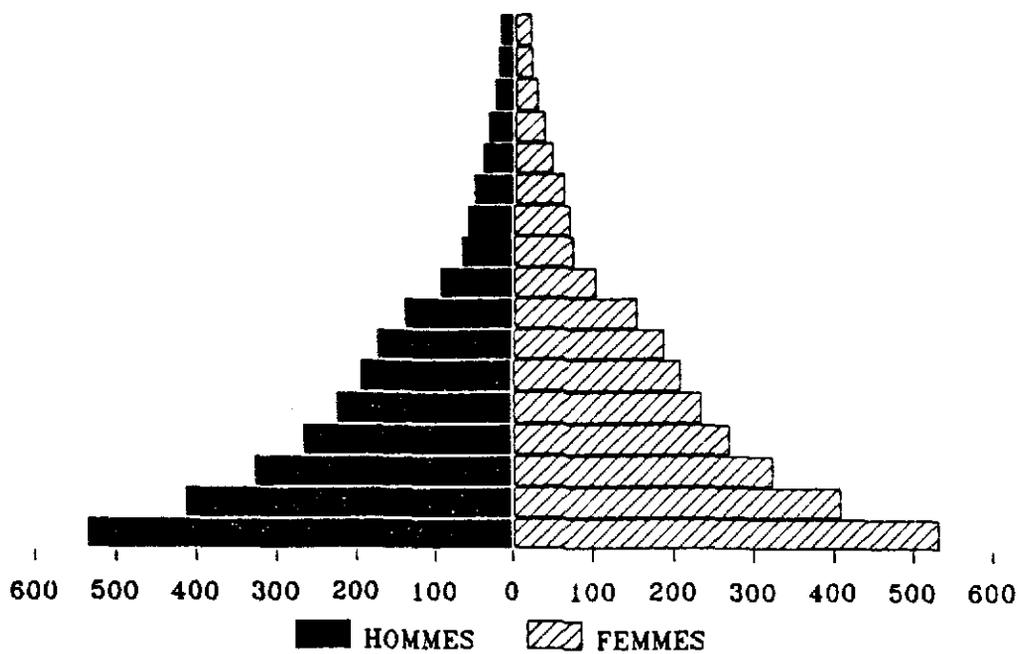


FIGURE 2 : Pyramides des âges



RECENSEMENT D'AOUT 1990

Le niveau général d'instruction de la population est **très bas**.

On ne dispose pas encore de données fiables récentes, mais si l'on considère d'une part que le progrès de la scolarisation est relativement limité, et d'autre part qu'une grande partie de la population scolarisée retombe dans l'analphabétisme, faute d'occasions d'utiliser les acquis scolaires, il est probable que les résultats définitifs du RGP 1990, ne montreront pas de modification très importante par rapport à la situation de 1979. On observait alors que **66 % des adultes** étaient **analphabètes**.

Ce taux s'élevait à 74 % chez les femmes.

La population est très inégalement répartie. Plus de 72 % des habitants sont concentrés sur les hauts plateaux qui ne représentent que 50 % du territoire. Sur certaines collines les densités peuvent atteindre jusqu'à 800 habitants au km² alors que dans les zones périphériques de moindre altitude, elles dépassent rarement 100.

Tableau n°4 : Répartition spatiale selon les provinces

Code	Province	Total résident	Super-ficie	Densité Hab/km ²
01	Bubanza	225.849	108.904	208
02	Bujumbura	369.557	123.262	300
03	Bururi	392.910	246.512	160
04	Cankuzo	142.194	196.454	73
05	Cibitoke	282.625	163.552	173
06	Gitega	564.127	197.896	286
07	Karuzi	301.651	145.740	207
08	Kayanza	443.677	123.324	360
09	Kirundo	404.564	170.334	238
10	Makamba	240.741	195.960	123
11	Muramvya	440.283	153.512	287
12	Muyinga	385.518	183.626	210
13	Ngozi	483.814	147.386	329
14	Rutana	198.011	195.948	102
15	Ruyigi	254.117	233.888	109
16	Bujumburav ille	226.628	8.652	2.620
	Total	5.356.266	2.594.950	207

Source : Ministère de l'Intérieur, Département de la Population (1990) :
Résultats provisoires du RGPH 1990 - Gitega,
 Novembre 1990 p.20

La région du Buyenzi et le Nord du Mugamba constituent les principales zones de forte densité. Ces régions couvrent les provinces de Ngozi (329 hab/km²) et Kayanza (360 hab/km²) au Nord du pays. Dans ces régions, certaines communes atteignent près de 450 hab/km². Il s'agit d'un important peuplement rural dont l'empreinte est très forte sur les paysages. A elles seules, 4 provinces (Ngozi, Kayanza, Gitega et Muramvya) regroupent environ 1/3 de la population burundaise alors qu'elles occupent seulement 1/4 du territoire national avec une densité moyenne de 300 hab/km².

Les provinces de Cankuzo, Makamba et Ruyigi occupent la même superficie mais regroupent seulement 1/10ème de l'effectif total avec une densité moyenne de 120 hab/km².

La prédominance de l'habitat rural et dispersé est l'une des principales caractéristiques du pays. Seulement 6 % de la population vit en milieu urbain dont la majorité à Bujumbura - la capitale - qui compte aujourd'hui 226.628 habitants dont 45% de femmes, alors que la 2ème ville du pays Gitega n'en compte guère que 15.000.

Il n'existe pas de villages au Burundi. Les rugo, enclos qui protègent l'habitation au coeur de la concession familiale sont éparpillés sur les collines. Ils constituent le lieu de résidence patrilocale de la famille.

On peut distinguer trois niveaux dans la famille:

- la famille-ménage constituée par le père, la mère et les enfants célibataires, vivant encore de l'exploitation familiale.
- la maisonnée (Inzu), qui comprend toutes personnes habitant l'enceinte du rugo: le père, son ou ses épouses, ses enfants, ses fils mariés et leurs enfants. cette structure correspond à la famille restreinte, et s'identifie dans certains cas à la famille-ménage.
- la famille élargie ou lignage, qui groupe toutes les maisonnées ayant un ancêtre commun. Ils vivent souvent sur une même colline.

Beaucoup de relations se tissent à partir des deux premiers noyaux familiaux, le ménage et la maisonnée, et conditionnent la vie sociale, économique et culturelle des Burundais. C'est le cadre familial parental qui impose aux jeunes l'apprentissage des règles morales, des techniques et des connaissances dont l'assimilation lui permettra d'être un homme adapté.

L'éclosion d'une ville comme Bujumbura au coeur de ce monde paysan constitue un paradoxe. Bujumbura n'a pas le passé d'une capitale historique, son développement économique n'est pas le produit du développement du pays.

Bujumbura est sans conteste le lieu des principales activités industrielles, administratives, commerçantes et culturelles du pays. La ville et sa proche région ont accaparé près de 33% des investissements du Vème Plan Quinquennal de développement.

Sa croissance bien maîtrisée n'a pas été plus rapide que la moyenne nationale au cours des 10 dernières années; mais, déjà les effets pervers de l'urbanisation et de la densification des quartiers périphériques commencent à se manifester. Un nombre croissant de femmes et d'enfants y sont en situation périlleuse à cause du chômage, de la prostitution et du Sida.

La pauvreté urbaine fait émerger un problème relativement récent: les enfants de la rue. On estime leur nombre en 1991 à environ 1800 parmi lesquels il faut distinguer les enfants de la rue (22%) qui y ont reconstruit leur structure sociale et les enfants dans la rue (78%) pour qui l'habitation familiale reste leur demeure. Si 2% seulement de ces enfants sont des filles, il semble que ce taux devienne au fil des jours plus important.

Le mouvement de migrations n'est pas quantifié avec précision et l'on n'a pour l'instant, sur les dernières années, que des informations ponctuelles; ainsi en 1986, le Ministère du Plan évaluait à 11.000 le nombre des familles qui se déplaçaient du plateau central vers les zones périphériques à la recherche de terre.

Il faut souligner qu'en 1979, seulement 3,6 % des personnes n'habitaient pas dans leur commune de naissance.

Aussi faibles soient ces mouvements migratoires de la partie centrale vers les régions périphériques de l'Ouest, du Nord-Est, ils tendent à inverser la situation démographique précédemment décrite. Ces parties du pays, qui jadis étaient désertes, commencent à connaître des densités élevées comparables à certaines provinces du Centre.

Il en est ainsi pour Muyinga et Kirundo au Nord-Est (plus de 200 habitants/km²), Bubanza et Cibitoke à l'Ouest (autour de 200 habitants/km²).

La conséquence en est que l'occupation intensive des terres conduit à son tour à l'épuisement du sol et par conséquent à la baisse de la production. Aux migrations définitives s'ajoutent les migrations périodiques pour les travaux agricoles.

L'exode rural proprement dit, pendant longtemps contenu par une réglementation contraignante, commence à apparaître. Le faible développement des petits centres urbains fait qu'ils offrent peu d'opportunités d'emplois, c'est donc Bujumbura qui est le principal pôle d'attraction des migrants masculins. La prédominance des migrations masculines s'y traduit par l'inversion du rapport de masculinité qui varie de 88 à 121 hommes pour 100 femmes selon les régions.

Le Burundi a accueilli nombre de réfugiés des pays voisins, dont 250.000 rwandais; réciproquement on estime que de nombreux burundais se sont expatriés à l'occasion des troubles politico-ethniques des dernières décennies.

Conscient des difficultés que risquent de provoquer dans un proche avenir l'ensemble des problèmes démographiques et des déséquilibres régionaux, le gouvernement a entrepris de formuler et mettre en oeuvre une politique de population vigoureuse dont plusieurs volets sont déjà présents dans les programmes officiels. En 1990, le Conseil Economique et Social a défini que l'objectif du programme de planification familiale, lancé en 1984, devait être la limitation des naissances et non plus leur espacement.

A la fin de la même année, le congrès extraordinaire du Parti UPRONA a appelé tous les réfugiés burundais à regagner leur pays afin de joindre leurs efforts à ceux de leurs frères pour construire ensemble le pays. Dans le cadre du processus de démocratisation et de reconstruction de l'Unité Nationale, le Chef de l'Etat a créé une commission nationale chargée d'accueillir et de réinstaller les rapatriés. Des programmes d'équipement des centres urbains secondaires et de colonisation des régions sous-peuplées sont en train de se mettre en place.

CHAPITRE III

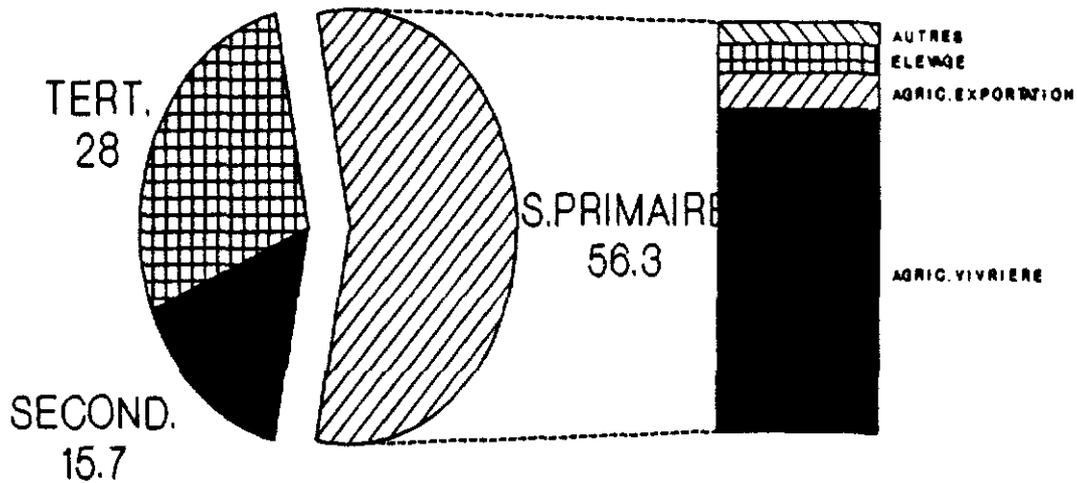
LE CONTEXTE ECONOMIQUE

3.1 UNE ECONOMIE VULNERABLE

Avec un PNB estimé à 240 USDollars par habitant en 1990, le Burundi se classe au 15^{ème} rang des pays les plus pauvres. Son économie auto-centrée est encore largement dominée par l'agriculture vivrière d'auto-subsistance.

Le PIB arrive à peine à 1.100 millions de dollars. Il est généré à 56 % par le secteur primaire (un des taux les plus élevés du monde) - dont 80 % provient de l'agriculture vivrière sous la responsabilité des femmes -, à 16 % par le secteur secondaire et à 28 % par le secteur tertiaire (dont 56 % par l'administration publique). Les cultures vivrières comptent pour 47 % du PIB contre seulement 5 % pour les cultures d'exportation.

FIGURE 3 : Origine sectorielle du P.I.B.



Le problème majeur de l'économie du Burundi est sa vulnérabilité aux fluctuations du prix du café, lequel procure 80 % des recettes d'exportation et 20 % des recettes budgétaires. C'est le boom du café qui a réellement lancé la croissance économique du pays vers la fin des années 70. Entre 1978 et 1981, l'investissement est monté à 14 % du PIB, l'industrie manufacturière a connu une croissance de 14,6 % par an, la capacité d'énergie électrique a presque doublé. Entre 1981 et 1984, avec la convergence de facteurs défavorables (chute des cours du café, hausse du prix du pétrole et mauvaises conditions climatiques pour l'agriculture), le taux de croissance du PIB est devenu négatif.

Les mesures d'ajustement qui ont suivi, dont une dévaluation de 30 % du FBU par rapport au dollar US dès 1983, ont permis une reprise modérée de la croissance entre 1985 et 1987. Cette dernière n'a cependant pas réussi à endiguer l'augmentation de la dette, qui au cours de cette période est passée de 23 à 38% des exportations, ni à maîtriser le déficit du compte courant de la balance des paiements qui atteignait 12% du PIB, à la suite d'une progression de 20% des importations et d'un fléchissement de 14% des exportations.

Dès 1984, le gouvernement a sollicité l'assistance du FMI et de la Banque Mondiale et, depuis 1986, un Programme d'Ajustement Structurel (PAS) a été mis en oeuvre à travers plusieurs Documents-Cadre de Politique Economique et Financière (DCPEF), dont le dernier (Septembre 1991) couvre la période 1991-94.

Les résultats du PAS ont été jusqu'à présent modestes, le PIB a enregistré une croissance moyenne de 3,6% (mais seulement 1,5% en 1989), l'inflation a été réduite de 9 à 6%, les exportations ont enregistré une croissance annuelle de 2,1%. Suite aux chutes réitérées des cours du café de 1987 à 1991 (pour le Burundi, la chute du cours mondial du café en 1990 s'est traduite par un manque à gagner de 8 millions de dollars, équivalent aux budgets nationaux de la Santé et de l'Education réunis), on observe un déficit de la balance commerciale de 90 millions de dollars aggravé par un endettement croissant.

Actuellement, l'équilibre apparent du budget est artificiel parce qu'il repose essentiellement sur un prêt de la Banque Mondiale, la monnaie pour sa part a été successivement dévaluée de 30% en 1989 et de 18% en 1991.

La dette extérieure atteignait 145 milliards de FBU en 1990 (87% de la dette totale), soit 77% du Produit Intérieur Brut.

Les importations (FOB) se sont élevées à 182 Millions de dollars. Près de 40% concernent les biens dits de production (dont la moitié en hydrocarbures et matériaux de construction), 1/3 concernent les biens d'équipement (intrants pour l'agriculture et équipement des ménages favorisés).

Parmi les points positifs on doit noter que les importations alimentaires représentent moins de 6% du total des importations, les produits alimentaires importés étant essentiellement des consommations "de luxe" destinés aux urbains des classes les plus favorisées et notamment aux expatriés. Le Burundi se place ainsi au premier rang des pays africains en ce qui concerne l'autosuffisance alimentaire.

FIGURE 4 :

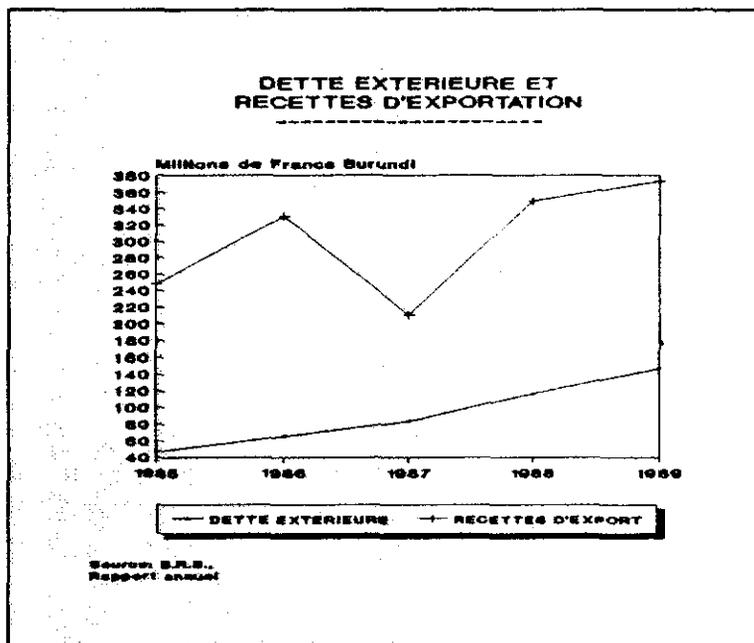
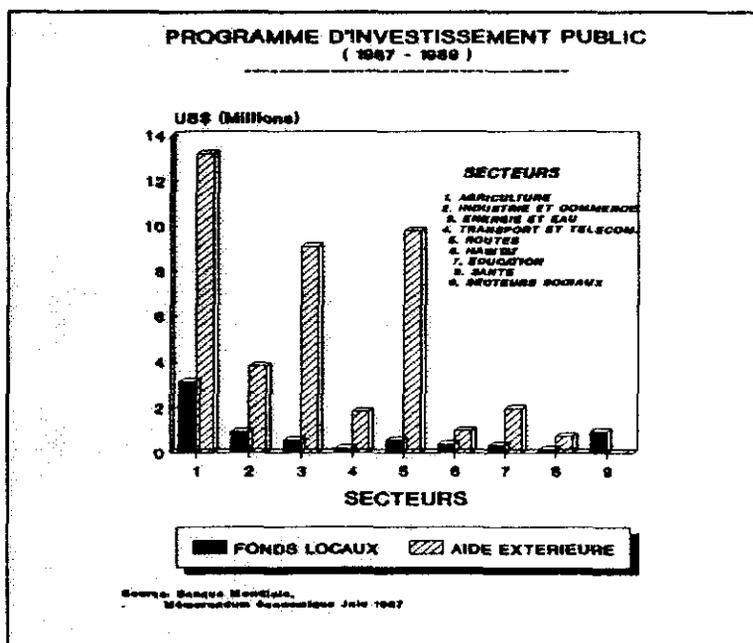


Figure 5 :



Le développement économique du Burundi est freiné par le faible niveau de l'épargne face aux besoins des investissements et à l'insuffisant développement du secteur privé. En 1989, la brèche à combler entre épargne et investissement s'élevait à 100 millions de dollars. Le secteur agricole est pauvre, sa capacité d'épargne atteint tout juste 4% des revenus selon les estimations officielles. Quant au secteur privé non agricole, son expansion a été jusqu'à présent freinée par des obstacles légaux et institutionnels.

En définitive, tant que les cours du café restent bas, l'économie du pays repose largement sur l'aide extérieure.

L'aide extérieure a financé 85 % du programme d'investissement public de 1987 à 1989. Trois secteurs - agriculture, routes, énergies et eau - ont absorbé les 3/4 de l'aide, alors que l'éducation et la santé n'ont reçu que 6,5 % du total.

La coopération internationale joue un rôle très important dans le développement du pays. Sur la base du respect et de l'intérêt mutuel, le Burundi a établi des relations de partenariat avec 26 Etats et 15 Organismes internationaux.

Le volume global de l'aide a progressé de 133 à 217 millions de dollars entre 1983 et 1989, et a atteint en 1990 277 millions de dollars. Environ un tiers de l'aide accordée en 1989 concerne l'assistance technique, et la part des prêts, toujours pour l'année 1989, s'élève à 45,2 %.

Les principaux bailleurs de fonds sont la Banque Mondiale - avec les prêts accordés dans le cadre du PAS - et la CEE, dont la contribution a augmenté rapidement suite à la mise en place du programme STABEX destiné à compenser la baisse des recettes d'exportation du café. La France, la Belgique et l'Allemagne viennent ensuite, occupant les premières places parmi les 25 donateurs bilatéraux (avec un niveau voisin de 29 millions de dollars en 1990). A signaler une forte augmentation de l'aide des USA en 1990, avec environ 22 millions de dollars.

En ce qui concerne le financement des secteurs sociaux, l'UNICEF et le PNUD intervenaient, en 1989, respectivement au 4ème et 5ème rang derrière la Belgique, l'Allemagne et la France.

En outre, la plupart des 50 ONG nationales et internationales recensées au Burundi s'occupent de formation des ressources humaines, de santé, de développement social et d'agriculture.

Tableau 5 Contribution des principaux bailleurs de fonds en 1989
(en milliers de US \$)

BAILLEURS	MONTANT TOTAL	PRETS	POUR SECT. SOCIAUX
1. Multilatéral			
1.1 <u>Système des N.U.</u>			
BANQUE MONDIALE	50 080	50 080	3 351
PNUD	5 636	-	4 045
UNICEF	4 368	-	4 368
PAM	3 209	-	-
AUTRES AGENCES N.U	5 104	960	1 384
Sous total	68 433	51 040	13 148
1.2 <u>Autres multilatéraux</u>			
CEE	35 841	4 966	403
FAD	15 705	15 705	1 132
AUTRES	3 204	3 204	-
Sous total	54 786	23 875	1 535
2. Bilatéral			
France	25 630	16 221	5 111
Allemagne	20 483	-	6 293
Belgique	14 340	-	7 197
Japon	5 991	2 653	-
USA	2 995	-	191
URSS	2 673	-	983
Pays exportateurs Pétrole	6 273	4 095	78
Autres bilatéraux	6 633	276	1 311
Sous-total	85 018	23 245	21 164
3. ONG	9 013	-	1 722
TOTAL	217 250	98 160	37 569

Source : Coopération au Développement - Burundi - PNUD - 1990

3.2. DES POLITIQUES SOCIALES MARQUEES PAR L'AJUSTEMENT STRUCTUREL

L'économie Burundaise est officiellement sous ajustement depuis 1986, avec la signature du 1er Document Cadre de Politique Economique et Financière (DCPEF); toutefois, on peut situer le début des politiques d'ajustement structurel en 1983, année de la première dévaluation du Franc Burundais (Fbu).

Parmi les conditions initiales de l'économie burundaise, justifiant l'ajustement, on retrouve, comme dans l'ensemble de l'Afrique Sub-saharienne les déséquilibres financiers, intérieur et extérieur, dont la résorption constitue la cible principale et la raison des PAS; la cause profonde de cette situation est la vulnérabilité de l'économie Burundaise (en raison, entre autres, de la dépendance vis à vis, d'un seul produit d'exportation).

Parmi les spécificités de l'économie burundaise, il convient cependant de souligner, à côté de l'importance décisive de la population rurale, que malgré le poids de la pression démographique et de ses conséquences sur les structures de la production agricole, le Burundi connaît une autosuffisance alimentaire, qui a résisté remarquablement au développement des cultures d'exportation.

Il ne faudrait pas pour autant en conclure, un peu hâtivement, que les mesures prises en application des conditions des PAS sont neutres quant aux conditions de vie et de bien être des personnes (y compris des pauvres, des femmes et des enfants) qui ne sont pas directement concernées par ces réformes.

1. Rappel des principaux objectifs et des instruments des politiques d'Ajustement mise en oeuvre au Burundi

Le tableau ci-après, récapitule de façon, synthétique les objectifs assignés aux PAS tels qu'ils apparaissent dans les trois DCPEF du Burundi sur la période 1986-1993.

Tableau 6

Principaux objectifs des PAS au Burundi depuis 1986

Période année Indicateurs	Niveau en 1985	Objectif 1986-89	Niveau en 1987	Objectif 1988-90	Niveau en 1988	Objectif 1980-91	Niveau en 1990	Objectif 1991-93
Croissance du PIB				+ 5%/an		+ 4,6%		3,5 (1991) 4,1 (1992) 5,2 (1993)
Taux d'inflation			7,1%	3,5% (1991)	5%	3,5 (1993)		9,6 (1991) 5,1 (1992) 4,6 (1993)
Ratio service de la dette Recette d'exportation		18,5% (en 1989)	44%	30% (1991)	38%	31,5 (1993)	54,6	34%
Avoirs extérieurs nets	23%	3 mois d'importations		4 mois d'importation (1988-1990)	3,4 mois	3,9 mois d'importation 1989-93 (Res. off. brutes)		4 mois d'importation
Déficit du Compte courant de la Balance des Paiements en % du PIB		-10,1% (1986) -12,6% (1986-87)						
Déficit global des dépenses publiques courantes (base engagement) en % du PIB		-4,1% (1986) -6,4% (1987)		-5%	-12%	4% (1993)	12,1% et 13,2 (1991)	8% (1993)

Parmi les instruments et mesures des PAS mis en oeuvre au Burundi, ceux qui sont susceptibles d'influencer négativement les conditions d'existence des groupes vulnérables sont les suivants:

- la réforme de la taxe de transaction
- l'augmentation des prix des produits à grand rendement fiscal
- la réduction des subventions directes et indirectes aux entreprises publiques et la privatisation de certaines d'entre elles.
- la limitation des recrutements dans la fonction publique
- la libéralisation des prix et de la filière riz
- la libération du marché du travail
- l'encouragement au développement du secteur informel

2. Evolution des variables d'input de la protection des groupes vulnérables

Le bien-être des groupes vulnérables dépend d'un certain nombre de variables qui décrivent la disponibilité des ressources dans les ménages, la fourniture de services publics dans les secteurs sociaux et les facteurs structurels affectant l'accès de ces groupes aux ressources et aux services publics.

Certaines de ces variables (dépenses publiques) sont directement tributaire des politiques d'ajustement, d'autres (le PIB ou l'inflation) sont plutôt révélatrices de l'ampleur de la crise que les politiques d'ajustement visent à juguler. On ne peut par conséquent imputer aux politiques d'ajustement, et à elles seules, toutes les dégradations des conditions d'existence qui se produisent pendant l'ajustement.

2.1. Les ressources des ménages

Au niveau des ressources des ménages, que l'on prenne comme point de départ des PAS l'année 1983 ou que l'on parte du 1er DCPEF de 1986, l'évolution du PIB Burundais fait apparaître deux indications très claires :

(i) Sur l'ensemble de la période l'économie a connu une croissance cumulée importante. Le PIB au prix du marché est passé, en francs courants, de 100.657, 6 Millions de Fbu en 1983 à 137.195 Mio de Fbu en 1986 pour atteindre 189.141,6 Mio de Fbu en 1990 soit une augmentation de + 37.9% en 4 ans (1986-1990) et de + 87.9% en 7 ans (1983-1990). Le PIB par tête d'habitant est passé lui de 22.892 Fbu en 1983 à 28.690 Fbu en 1986 et s'élève à 35.176 Fbu en 1990, soit une variation de + 22.6 sur les 4 années (1986-1990) et de 53.6 % en 7 ans (1983-1990).

(ii) La production agricole vivrière s'est accrue de 94% en 7 ans (1983-1990) passant de 39.680 Mio de Fbu à 77.035 Mio de Fbu.

Il apparaît ainsi que ni la crise économique, ni les PAS n'ont altéré l'équilibre alimentaire global du Burundi, et si les objectifs de croissance fixés dans les DCPEF n'ont pas été atteints l'économie Burundaise n'a pas pour autant connu une évolution récessive sur l'ensemble de la période.

Les revenus des ménages peuvent être appréhendés par l'évolution et le volume de l'emploi, de la masse et de la répartition des salaires, notamment en milieu urbain, et l'évolution des revenus paysans en milieu rural.

Ces variables sont toutes sensibles aux mesures de réformes initiées dans le cadre des PAS (qu'elles fassent l'objet d'une conditionnalité ou qu'elles ne soient affectées qu'indirectement).

(i) l'emploi : Seule l'évolution dans le secteur moderne de l'économie est rigoureusement saisissable et correctement interprétable. Celle-ci fait apparaître une baisse de la part des emplois permanents qui passe de 52% en 1980 à 35% en 1988, et une faible croissance de l'emploi dans le secteur public qui stagne à partir de 1985.

Par ailleurs, les statistiques du marché du travail font apparaître que le rapport entre les demandes et les offres d'emploi est passé de 1,16 en 1983 à 4.1 en 1990.

L'évolution de la situation de l'emploi formel, est donc clairement défavorable aux revenus des ménages, essentiellement en milieu urbain.

(ii) l'observation des revenus salariaux dans le secteur moderne fait apparaître une augmentation du salaire net moyen de 37,7% (de 13.897 Fbu à 19.141 Fbu) entre 1985 et 1989, avec une très forte dispersion des salaires (le rapport entre le salaire du manoeuvre et celui du cadre était de 1 à 9,2 en 1985).

Par ailleurs, même si le fossé absolu entre le fonctionnaire et le paysan s'est légèrement retréci, le premier gagne en moyenne 6 fois plus que le second.

Au total et malgré les limites des données, il apparaît que la mise en oeuvre des PAS ne s'est pas accompagnée d'une redistribution des fruits de la croissance au bénéfice des plus pauvres.

Concernant l'inflation, le rapprochement des différentes données disponibles fait apparaître que :

(i) Même en se limitant à la période 1986-1990, on peut conclure que les PAS ont échoué dans leurs objectifs de lutte contre l'inflation puisque l'Indice des Prix à la consommation à Bujumbura est passé de 156.8 à 209.7 (base 100:1980) et qu'on a enregistré en 1989 un taux d'inflation à deux chiffres (11,9) le premier depuis 1981.

(ii) L'évolution des salaires les plus faibles notamment, (le SMIC a augmenté de 14,3 % en valeur nominale entre 1982 et 1988 alors que l'indice des prix à la consommation marquait, dans le même temps une croissance de 46,5%) et celle des revenus paysans (-7,4% par an entre 1983 et 1987) traduisent une forte érosion du pouvoir d'achat des revenus, notamment parmi les plus bas.

(iii) Si l'on examine l'évolution des prix par catégorie de produit, on constate que les prix des produits alimentaires, dont le niveau peut être décisif pour l'équilibre nutritionnel des enfants en particulier dans les ménages à faibles revenus ont connu, à Bujumbura, une hausse de 35,8% en 4 ans (1986-1990) alors que l'indice général des prix, lui augmentait de 37%.

Les différentes indications disponibles convergent donc pour attester qu'il y a eu, pendant la période d'ajustement, une baisse du pouvoir d'achat des revenus des ménages, d'autant plus inquiétante qu'elle serait plus accentuée chez les plus pauvres.

L'évolution de cette variable est ainsi très clairement défavorable au bien-être des groupes vulnérables.

2.2. Les dépenses publiques

L'examen des inscriptions budgétaires fait apparaître l'allocation des ressources budgétaires considérée comme optimale par les pouvoirs publics, dont on verra qu'elle n'est pas sans contraintes.

L'analyse de l'évolution des dépenses effectives de santé et d'éducation, par tête d'habitant, donne une mesure de l'évolution de l'offre de services dans les deux secteurs.

Entre 1986 et 1991, les inscriptions budgétaires (prévisions de dépenses publiques) ont plus que doublé (+ 116,6%) passant de 20.028 millions de FBu à 43.386 millions de FBu. Cette croissance n'a été intégralement répercutée ni à l'ensemble des secteurs sociaux dont les crédits n'ont augmenté que de 76,9% pendant la même période ni aux Ministères de la Santé Publique et à ceux de l'Education Nationale dont les crédits ont augmenté respectivement de 42,7% et de 88,9%.

L'effort budgétaire consenti en faveur de l'éducation connaît une tendance à la baisse qui s'accroît en fin de période.

Cette baisse est encore plus nette en ce qui concerne le Ministère de la Santé Publique, dont la dotation budgétaire passe de 6% en 1986 à moins de 4% en 1991.

Les dépenses militaires ont diminué de 20% des inscriptions budgétaires en 1986 à 16,3 % en 1991. Cette évolution ne s'est pas faite au bénéfice des services sociaux dont la part baisse également de 25,9% à 21,2% sur la même période.

On peut donc conclure que, malgré l'engagement pris dans les DCPEF d'assurer une allocation budgétaire conséquente aux secteurs sociaux, ceux-ci ont fait les frais des contraintes de réduction de dépenses publiques liées aux PAS. Il faut chercher l'explication de cette évolution, défavorable au bien être des groupes vulnérables, dans la volonté politique du gouvernement qui établit les priorités, mais il faut également tenir compte du poids de la dette extérieure y compris publique, dont le service représente en 1990 plus de 45% des recettes d'exportation.

Un regard plus détaillé sur les dépenses de santé met en évidence les éléments suivants:

- la part de la santé dans les dépenses effectives, quoi qu'en baisse, est restée en moyenne autour de 4%, l'exécution du Budget n'amplifie donc pas la tendance à la baisse inscrite dans l'évolution des crédits.

- la dépense publique de santé par tête d'habitant a augmenté de 26,3 % en 5 ans, soit plus que le PIB par tête qui enregistre une croissance de 22,3% ;

- toutefois, l'augmentation des dépenses publiques par rapport au PIB ne s'est pas répercutée intégralement au secteur de la santé.

- dans le budget du Ministère, on note un accroissement continu de la part des dépenses de personnel qui passent de moins de 52% à plus de 62% entre 1986 et 1991. Cette évolution se fait clairement au détriment des allocations aux dépenses de produits pharmaceutiques, de laboratoire et du matériel chirurgical.

- en conséquence, la capacité des centres de santé du secteur public de fournir des soins, en particulier des médicaments, baisse continuellement; ceci rend théorique la gratuité des soins même pour les détenteurs de la Carte d'Assurance Maladie (CAM) et peut expliquer la désaffection des malades vis à vis de ces centres de santé.

Dans le secteur de l'éducation, l'évolution des dépenses publiques fait ressortir que:

- la dépense publique d'éducation par habitant est passée de 772 Fbu à 1027 Fbu en 4 ans (1986-1989), soit une augmentation de 33%, ce qui est supérieur à l'accroissement du PIB par tête pendant la même période.

- l'éducation, dont la part dans les dépenses publiques baisse à partir de 1987, n'a pas non plus bénéficié de l'augmentation des dépenses publiques par rapport au PIB.

- la répartition de crédits entre niveaux d'enseignement alloue moins des crédits à l'éducation de base, alors que les niveaux secondaire et supérieur, auxquels n'accèdent que 10% des effectifs, absorbent presque autant de ressources avec une moyenne de 43% des crédits du secteur.

- la quasi-totalité des dépenses d'enseignement primaire sont consacrées à la rémunération du personnel (99% en moyenne); il est clair qu'une telle structure des dépenses d'éducation primaire compromet irrémédiablement la qualité de l'enseignement, à moins que les autres dépenses nécessaires au fonctionnement normal soient laissées à la charge des parents.

Au total, si l'analyse des dépenses publiques de santé et d'éducation permet de nuancer celle des inscriptions budgétaires, il faut garder à l'esprit que globalement, les performances en matière de dépenses publiques dans les secteurs sociaux sont faibles puisque celle-ci ne compensent pas, par un accroissement significatif, les baisses de dépenses privées, notamment celles des groupes vulnérables inévitablement induites par les baisses de revenus et de pouvoir d'achat.

CHAPITRE IV

LA PAUVRETE

1. LES FAMILLES SONT PAUVRES

Bien qu'on ne dispose pas d'une enquête récente au niveau national, on peut considérer que, d'une façon générale, les familles burundaises souffrent d'une pauvreté de base qui n'est que l'expression du faible niveau de développement du pays et qui se traduit au niveau familial par une auto-suffisance alimentaire très relative et la faiblesse des revenus monétaires. Selon le rapport du PNUD (1991) sur le Développement Humain, il y a au Burundi 4,5 millions de personnes (85 % des habitants) vivant en dessous du seuil de pauvreté.

Pendant longtemps, l'absence d'urbanisation n'a pas permis de développer des échanges commerciaux importants à l'intérieur du pays. On estime d'ailleurs que seulement 10% de la production vivrière est commercialisée, les échanges se faisant en grande partie sur les multiples petits marchés dispersés sur les collines. Par ailleurs, l'occupation du sol, déjà dense lorsque sont apparues les premières cultures de rente, n'a pas favorisé leur rapide extension.

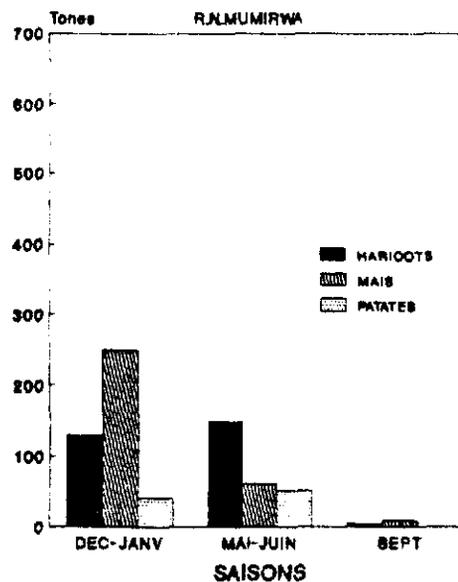
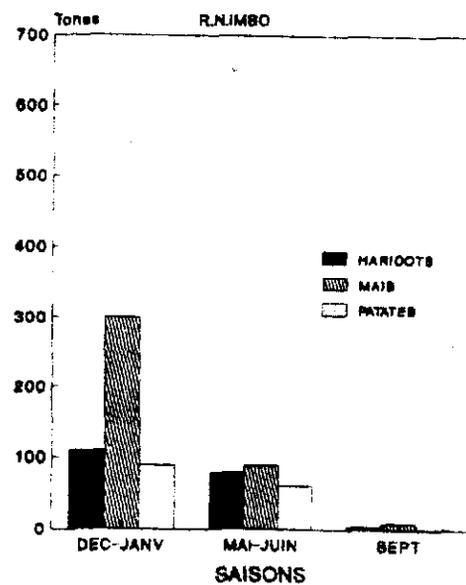
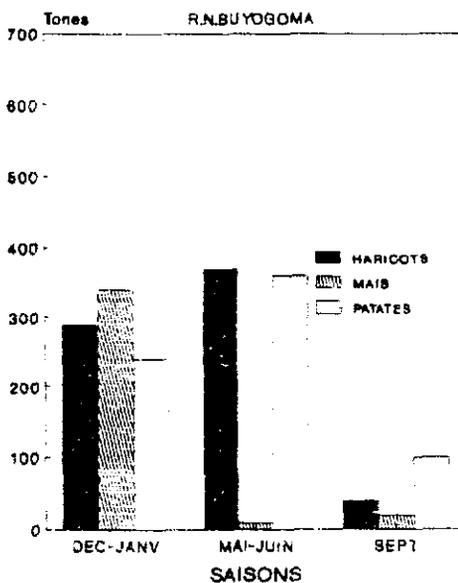
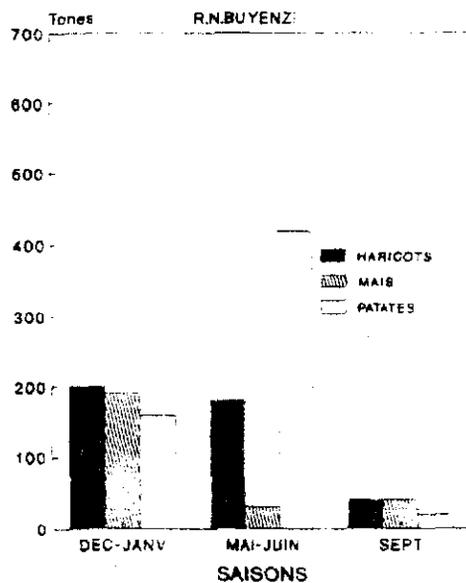
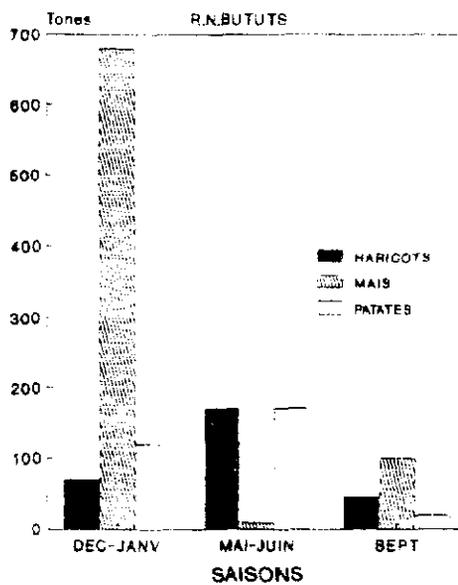
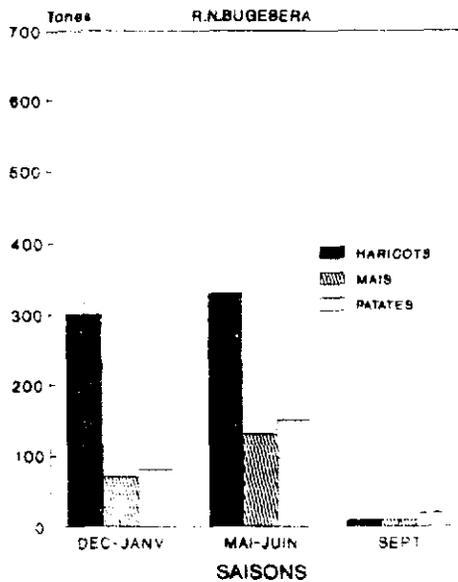
Dans un pays autrefois considéré par le colonisateur comme un réservoir de main-d'oeuvre pour le Congo voisin, l'économie est restée très peu monétarisée, et beaucoup de familles vivent encore en régime d'autosuffisance.

Les produits de l'exploitation agricole, et particulièrement la bière de banane, servent de support aux échanges sociaux. La satisfaction des besoins de base de l'enfant et de la femme dépend aujourd'hui non seulement de la capacité des familles à produire leur propre nourriture, mais aussi de leurs disponibilités monétaires pour financer les services payants.

Conscientes de ces besoins, les familles cherchent par tous les moyens à augmenter leur revenu monétaire, ce qui s'accompagne souvent d'une détérioration de la ration alimentaire.

Figure 6

PRODUCTION AGRICOLE / EXPLOITATION / SAISONS



**DANS LE BUYENZI
TERRE, AGRICULTURE, ALIMENTATION, MALNUTRITION**

Dans la région du Buyenzi, 200 ménages agricoles ont été enquêtés successivement en 1981 et 1985. Entre-temps, la superficie moyenne des exploitations n'avait pas changé, mais la taille moyenne des familles vivant sur chaque exploitation avait augmenté.

Les systèmes de culture avaient été sensiblement modifiés, dans le sens d'une spécification des cultures sur chaque parcelle, d'un accroissement des superficies plantées en café et d'une diminution des parcelles en jachère.

L'effet de cette évolution sur l'alimentation des familles se traduisait pas une diminution globale de la ration, passée en 4 ans de 1219 à 1120 grammes/personne/ jour, par une diminution des apports caloriques de 1891 à 1763 K cal/personne/jour et par une diminution des apports protéiques de 63,9 à 59,3 grammes/personnes/jour. 51,7 % des enfants observés en 1985 de 0 à 5 ans montraient des signes de malnutrition dont 15 % de malnutrition grave dans le groupe d'âge 12 - 23 mois.

La disponibilité alimentaire est limitée et irrégulière

La production alimentaire des familles pour leur propre consommation tend à devenir insuffisante, du fait soit de la réduction de la superficie disponible par personne, soit de la concurrence des cultures de rente. De plus, la production est très variable selon les saisons: dans toutes les régions du pays, la production de 3ème saison ne représente que 10% de la production annuelle, et à l'exception du Bugesera, la production de 1ère saison est plus abondante et plus diversifiée. Les mois d'Avril, Novembre et Décembre sont particulièrement difficiles.

Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer quelle est la part respective de l'insuffisance de production et celle de l'insuffisance des **techniques de stockage et conservation** dans les pénuries alimentaires saisonnières. Il reste qu'elles se perpétuent et que durant les mois de soudure de nombreuses familles ne consomment qu'un seul repas par jour, lequel ne comporte qu'un seul aliment.

Entre deux enquêtes agricoles exécutées dans la région de NGOZI en 1967 et 1981, la taille moyenne des exploitations est passée de 86 à 62 ares, sous l'effet des divisions successorales.

Certains experts estiment qu'actuellement, dans les régions les plus peuplées, plus de 40% des familles disposent de moins de 40 ares pour produire leur nourriture alors que 50 ares sont considérés comme un minimum.

La technologie probablement bien adaptée aux systèmes de production reste trop rudimentaire et complètement basée sur le travail humain; les intrants sont très peu utilisés.

En réponse à l'insuffisance de terre, les familles ont supprimé les jachères pour adopter le système de la double, voire triple, récolte, ce qui, sans apport de fertilisant, nuit à la fertilité du sol et fait baisser les rendements.

L'engagement saisonnier des hommes comme travailleurs salariés sur des exploitations plus grandes ou dans des projets agricoles contribue à déséquilibrer la main d'oeuvre de l'exploitation familiale en alourdissant encore les tâches des femmes; enfin, quand la terre manque, les cultures de rente et de prestige (café, bananes à bière) viennent en compétition avec les cultures vivrières.

Encadré no 3

L'ALIMENTATION DE LA FAMILLE

L'association des légumineuses (haricot et, dans certaines régions, petit pois) avec les tubercules et racines (patates, manioc et colocase) qui font office de réserve sur pied, constitue la nourriture de base de la population. En période de soudure, c'est-à-dire en Novembre-Décembre et Mars-Avril, les légumineuses ne sont plus disponibles, et les tubercules sont consommés seuls, accompagnés de feuilles. En période d'abondance, et dans certaines régions les céréales, maïs sorgho ou éleusine (de plus en plus rare) viennent compléter le menu.

Les fruits et légumes ne sont pas consommés couramment, pas plus que les oeufs et la viande, rarissimes sur la table des ruraux. Les éleveurs vendent leurs vaches mais n'achètent pas de viande. Ce sont des denrées commercialisables, souvent seules ressources monétaires de la famille. Les tables urbaines ont vu apparaître le pain, les pâtes, le riz. Selon les familles, il y a un plat pour les grands et un plat pour les enfants. Le plus souvent le père mange en premier, la mère en dernier et ce qui reste. Une fable traditionnelle illustre les ennuis que s'attire une femme qui détourne de la nourriture à son profit.

L'importance de la production des bananes, dont 80% est destinée à la bière, consommée essentiellement par les hommes, est un facteur important du déséquilibre de la distribution des calories au sein de la famille.

Les disponibilités monétaires ne permettent pas de couvrir tous les besoins.

On estime généralement que le revenu monétaire des familles agricoles avoisine 26.000 FBU par an (FAO-FAC 1987, BIT/PSTP 1987) auquel viennent s'ajouter le cas échéant les revenus du travail salarié ou artisanal temporaire.

Ce maigre revenu tiré principalement de la vente des cultures de rente (café, coton, riz selon les régions), de fruits et légumes (essentiellement bananes et manioc) et surtout de la bière de banane, ne permet pas de faire face à toutes les dépenses qui seraient nécessaires pour gérer l'exploitation agricole, acheter les biens de consommation courante indispensables (huile, savon, sel...), améliorer le confort de l'habitat, vêtir les enfants, payer les frais de scolarité et les dépenses de santé. Les familles doivent donc faire des choix et ces choix sont souvent faits en fonction de la provenance de l'argent.

Les résultats préliminaires de l'enquête faite par l'USAID en 1989 auprès de 339 ménages ruraux montrent que les femmes commercialisent surtout les légumes et les fruits, ce qui leur donne un revenu distribué sur toute l'année au mieux égal à 12% du revenu total de la famille alors que les cultures de valeur et le bétail sont surtout commercialisés par les hommes.

Le gros des revenus arrive aux périodes de récolte de café, il permet de faire face aux dépenses les plus importantes (habitat, dépenses sociales). Les dépenses de santé par nature imprévisibles sont, dans 90% des familles, à imputer au budget aléatoire des femmes (les 10% restant achètent la Carte d'Assurance Maladie, CAM, qui, pour 500 FBU, couvre les dépenses sanitaires pour toute l'année). Souvent l'opportunité des dépenses est discutée en famille mais le plus souvent les dépenses masculines -et notamment pour la bière de banane, support des relations sociales- restent prioritaires et non discutables. Dans les régions observées par diverses enquêtes sur la consommation, apparaît une constante: les ménages consacrent environ 30% de leur revenu aux achats alimentaires indispensables. A Ruyigi, seulement 3,4% du budget sont affectés aux soins de santé, 5,4% aux frais de scolarité. Sur l'ensemble du pays, les dépenses moyennes annuelles de la famille pour la santé varient de 1.500 FBU dans les dépressions de l'Est à 4.200 FBU dans la zone du lac, les dépenses d'éducation s'échelonnent entre 3.000 FBU dans la zone des dépressions et 11.000 FBU sur le plateau central.

COMBIEN COÛTE :
(en Fbu)

Année 1991 - Taux de change 1 US \$ = 200 Fbu

1 kg de viande	800 - 1400
1 kg haricot	100
1 kg de farine (Musalac)	140
1 l huile de palme	110 - 150
1 savon	30 - 35
1 cahier	60
1 crayon	20
Frais de scolarité	200 - 500
1 uniforme scolaire	600 - 1000
1 paire de sandales	350
1 visite médicale	500
1m ² de tôle ondulée	1200
1 couverture	1300
1 pagne	1500

Salaire agricole journalier : 120 Fbu

L'amélioration de l'habitat, dont l'insalubrité contribue à dégrader la santé des habitants, est l'une des préoccupations majeures des chefs de famille mais sa réalisation, d'un coût élevé, se fait souvent en rognant sur les autres dépenses à caractère social parmi lesquelles les chaussures qui permettraient d'éviter l'ankylostomiase et les vêtements d'enfants dont la négligence favorise le développement des maladies respiratoires.

La répartition de la pauvreté n'est pas seulement spatiale, elle est aussi sociale. On ne dispose pas d'indicateur sur l'ensemble du pays mais la situation étudiée dans le Buyenzi laisse penser que la disparité des revenus entre les ménages n'est pas négligeable : dans cette région **70 % des familles** avaient, en 1985, un **revenu annuel inférieur à 25.000 FBU** et ne représentaient ensemble que **33,6 %** de l'ensemble des revenus des ménages observés.

Il est rarement possible d'établir une corrélation simple entre pauvreté et malnutrition. Ainsi l'enquête de l'UNICEF auprès des groupes vulnérables des communes de Ntega et Marangara, en 1990, remarque que l'on trouve des enfants en bonne santé dans certaines familles pauvres et des enfants mal nourris dans d'autres familles, aisées.

Cependant, la même enquête note une occurrence plus élevée d'enfants souffrant de malnutrition dans les ménages dirigés par des veuves qui ont été spoliées de leurs terres par les belles-familles, ou des femmes divorcées que leur famille laisse sans ressources. Réciproquement, les problèmes jugés prioritaires par les familles pauvres concernent très nettement la nourriture, les soins de santé et l'habillement.

Un des effets pervers de la pauvreté est de favoriser la dislocation des familles. La polygamie est en recrudescence sous une forme inavouée; à la place de la polygamie traditionnelle réservée aux riches qui installaient une femme et un ménage dans chacune de leurs propriétés, apparaît une polygamie liée aux phénomènes croissants de migrations d'hommes à la recherche de terre, et qui s'installent chez une femme avec laquelle ils créent un second foyer.

2. LA SECURITE ALIMENTAIRE NATIONALE EST THEORIQUE ET FRAGILE

La précarité de la sécurité alimentaire du pays n'est pas une donnée nouvelle. La fréquence des disettes passées est encore dans les mémoires. L'introduction et la diffusion autoritaire des tubercules à l'époque coloniale a permis d'éloigner momentanément le spectre de la famine, mais les mois de soudure sont toujours des moments difficiles pour la plupart des familles. Depuis quelques années, le passage à la double, voire triple, récolte et le rétrécissement des pâturages a permis d'augmenter la production alimentaire nationale.

Cette augmentation n'a pas toujours réussi à suivre le rythme d'accroissement de la population, mais, au niveau national, on peut encore parler d'autosuffisance. Le faible niveau des importations alimentaires, essentiellement destinées à la population urbaine favorisée, en est la preuve.

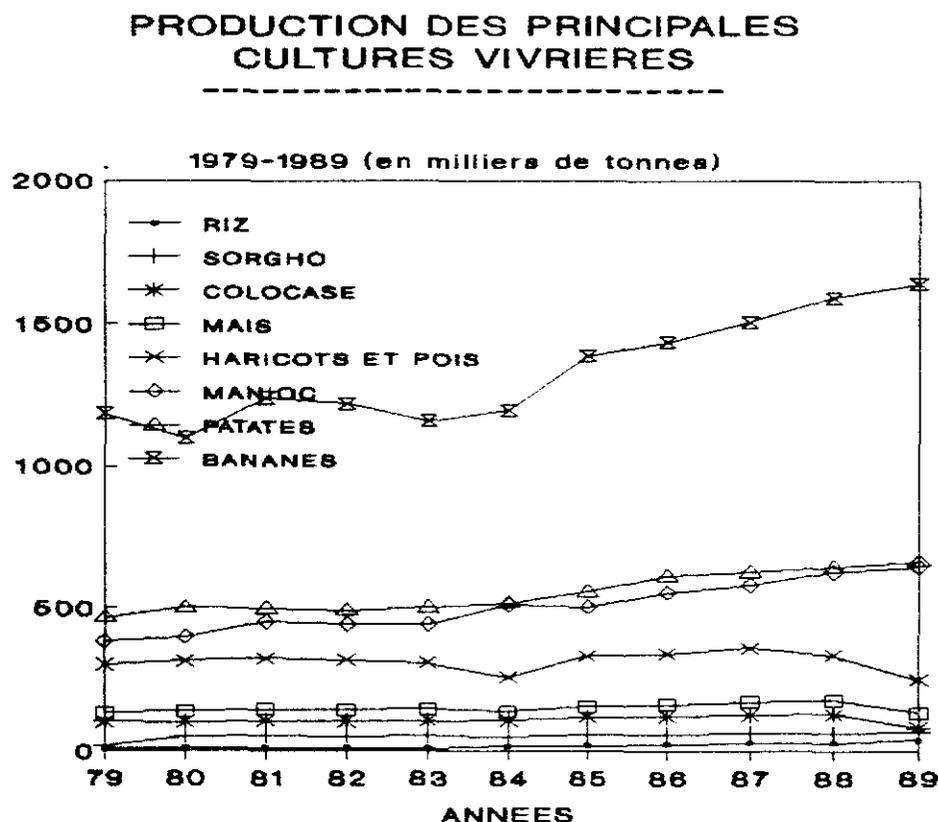
Cependant, on remarquait déjà en 1977 que l'avenir de l'agriculture vivrière était sombre du fait des effets négatifs :

- de la déforestation incontrôlée sur les sols, le climat et le régime des eaux;
- de la diminution de l'élevage sur l'apport de fumure naturelle;
- de la suppression des jachères et de la mise en exploitation de terres marginales sensibles à l'érosion pour compenser la diminution de la surface des exploitations familiales, consécutive aux partages entre les fils après la mort des pères.

Avec une taille moyenne d'exploitation de 0,62 ha et encore des terres en réserve, le Burundi a la possibilité d'accroître sa production vivrière, la seule question est de savoir quelles sont les implications d'une "bonne gestion" pour le paysan moyen.

Entre 1979 et 1989, la production alimentaire nationale a globalement évolué à la hausse. On remarque que les hausses ont été surtout sensibles pour le manioc et les patates douces alors que pour les légumineuses, bases de l'apport en protéines, l'évolution est irrégulière. Les céréales sont en progression plus lente, le maïs a été sensible aux aléas climatiques.

Figure 7



Source: B.R.B., Rapport annuel 1989
Banque Mondiale, 1988

En principe, les produits d'origine végétale sont suffisants pour couvrir les besoins en calories et en protéines (taux de couverture respectifs de 105 et 129 % en 1986). Cependant, malgré la plantation de palmiers dans la plaine de l'Imbo et l'utilisation récente de l'huile de coton (sous-produit des industries textiles), la couverture des besoins en lipides reste très insuffisante.

Quant aux protéines d'origine animale, elles ont toujours été théoriquement disponibles mais elles participent pour moins de 3 % à la satisfaction des besoins en calories et protéines.

Traditionnellement, les têtes de bétail représentaient une accumulation de richesses plus qu'une source de nourriture.

Leur nombre s'est réduit avec l'intensification de l'agriculture et aujourd'hui le poisson de pêche ou d'élevage en étang tend à devenir la première source de protéines animales.

Le problème de la sécurité alimentaire devient beaucoup plus sérieux lorsqu'on aborde les disparités régionales des productions. La production annuelle par habitant des produits principaux (haricot, maïs, manioc, patates douces), suffisante au niveau national ne l'est plus régionalement: certaines régions produisent plus qu'elles ne consomment (par exemple le Bugesera ou le Buyogoma pour le haricot, le Bututsi pour le maïs, ou encore l'Imbo pour le manioc), d'autres accusent de nets déficits théoriquement comblés par les échanges commerciaux. En fait, on sait que ces échanges restent insuffisants, sauf en ce qui concerne le haricot du Nord du pays, et, d'une manière générale, l'approvisionnement de la capitale, et les disparités mises en évidence se traduisent souvent par des régimes alimentaires appauvris dans certaines régions.

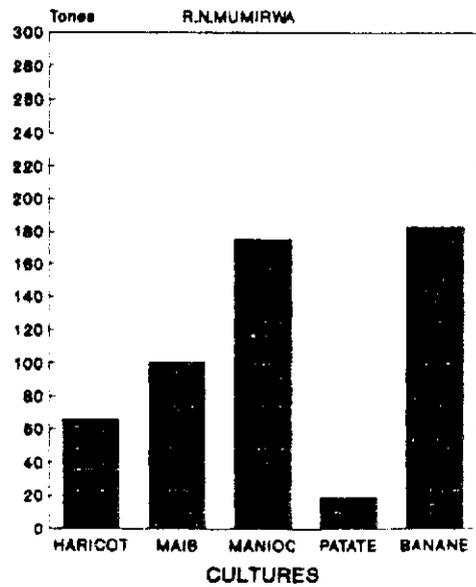
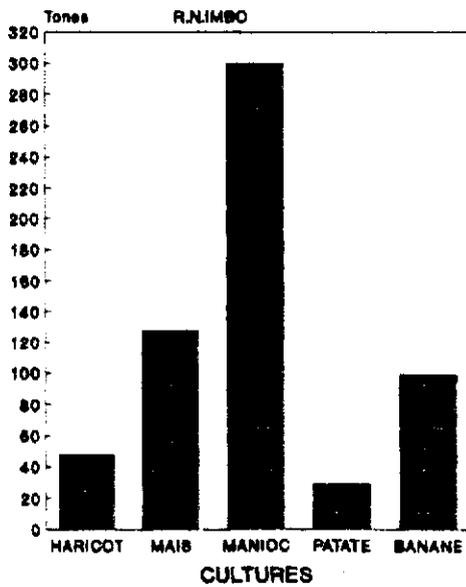
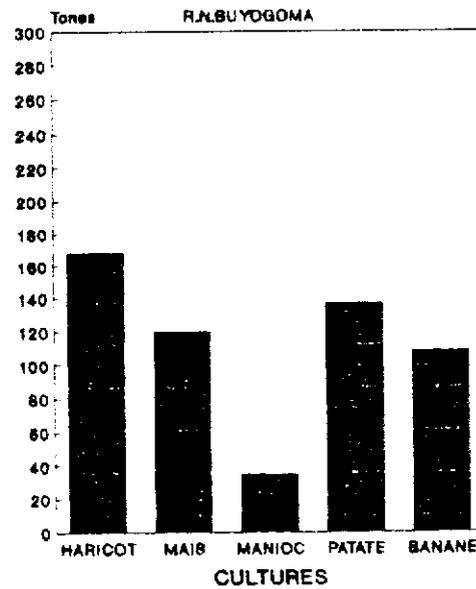
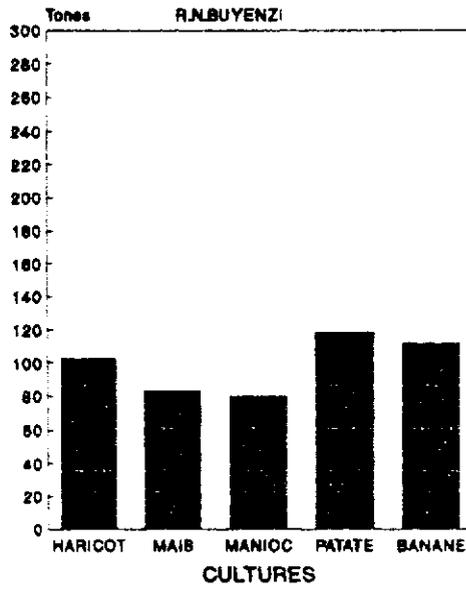
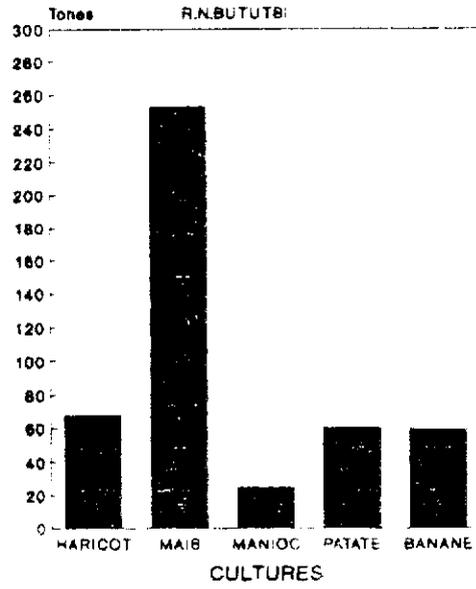
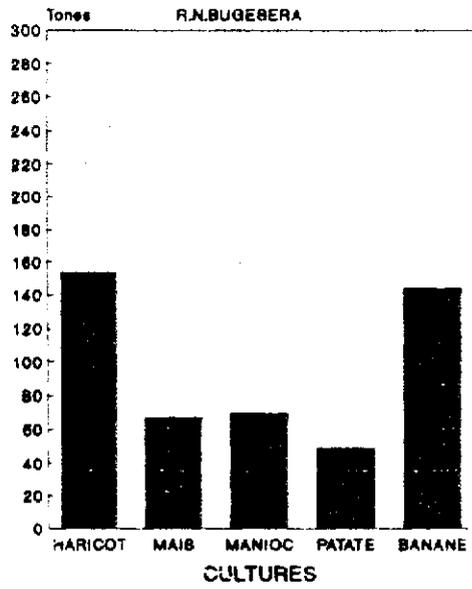
Pour le moment on estime que seulement 10% de la production vivrière est commercialisée, les réseaux de commercialisation sont limités aux petits marchés de proximité et l'approvisionnement des centres urbains et surtout de Bujumbura est entre les mains de quelques gros commerçants spécialisés. Les facteurs limitants à l'augmentation de la production sont la main-d'oeuvre, les disponibilités monétaires et l'absence de marché et de transports organisés pour garantir un écoulement rapide et régulier des surplus.

La main-d'oeuvre familiale est limitée, la contribution des hommes aux travaux agricoles est faible, les femmes sont surchargées, les enfants scolarisés sont moins disponibles, la main-d'oeuvre salariée est chère; or, toute intensification demande un surcroît de main d'oeuvre, entre autres pour effectuer les travaux de protection contre l'érosion.

En l'absence de disponibilités monétaires, l'agriculteur, à fortiori l'agricultrice ne peut pas acheter d'intrants ni payer de main-d'oeuvre salariée, et en l'absence de marché, l'incitation à produire plus est faible. Ces facteurs agissent entre eux pour bloquer le développement du système. L'installation de paysans sur des terres nouvelles ne constitue pas un facteur d'évolution, on observe que les nouveaux peuplements tendent à reproduire les modèles d'exploitation traditionnels. Le facteur marché est déterminant : on a observé que pour les cultures de rente, où l'état est le principal opérateur économique, les paysans ont réagi favorablement, en intensifiant et multipliant les plantations.

Figure 8

PRODUCTION AGRICOLE ANALYSE DES DISPARITES REGIONALES



Le facteur terre n'est pas immédiatement crucial au niveau national puisque l'on considère que seulement 75% des terres utilisables sont exploitées, dont 47% sont consacrées aux pâturages et jachères. Cependant, les terres disponibles ne sont pas également réparties sur le territoire; dans les provinces surpeuplées du Nord du pays, la pénurie de terre commence à devenir dramatique.

Le Gouvernement considère que l'agriculture est une priorité nationale ce qui est justifié tant par les avantages comparatifs du pays et son potentiel considérable que par la quasi-absence de ressources non agricoles. Mais jusqu'à ces dernières années, les actions engagées se sont concentrées sur les cultures d'exportation, notamment le café et sur les cultures de substitution aux importations (riz, sucre, huile, coton) dont l'impact est déterminant sur l'équilibre de la balance des paiements.

Les interventions des vulgarisateurs se sont organisées autour de ces actions pour intensifier la vente d'intrants.

Le Vème Plan insiste sur la nécessité d'augmenter le revenu des agriculteurs, d'améliorer les services agricoles y compris la recherche, la vulgarisation et la diffusion de technologies à haut rendement, de renforcer les techniques de protection des sols. En même temps, la perspective de libéralisation de l'économie dans le cadre du PAS prévoit l'abandon de l'approche interventionniste de l'Etat au profit de la promotion du secteur privé et coopératif afin de dynamiser les marchés.

Si quelques entrepreneurs urbains ont déjà profité des nouvelles dispositions légales favorisant la diversification des cultures d'exportation, la capacité de réponse de la majorité des petits paysans est moins évidente car le désengagement de l'Etat signifie pour eux une plus grande vulnérabilité et une prise de risque accrue.

Les conditions d'obtention de crédit et de redistribution de la terre, l'évolution de la capacité des femmes à accéder à la maîtrise légale et économique de leurs activités détermineront l'avenir de la sécurité alimentaire.

Les familles qui sont éloignées des axes routiers et des marchés, celles qui n'ont déjà plus qu'un lopin de terre insuffisant, celles, enfin, pour qui la prise de risque se soldera par un retour négatif constituent des groupes particulièrement vulnérables à la malnutrition dans le futur.

A Bujumbura, la situation économique des ménages est loin d'être satisfaisante. Là tout se monnaie, il n'est plus question de vivre en auto-concommodation, la vie est chère, le travail devient rare, les moyens de subsistance difficiles à trouver.

4.3. HORS L'AGRICULTURE DEJA SATURÉE, TRÈS PEU D'EMPLOIS

Les limites du système encore prévalent de l'autosuffisance des familles d'agriculteurs, impliquent que le développement socio-économique en général -et plus particulièrement l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes- est soit conditionné aux potentialités de développement de l'emploi et tout particulièrement de l'emploi non-agricole.

Le caractère élémentaire de l'économie se révèle à travers la structure de l'emploi. Comme on peut s'y attendre du fait de l'importance de l'agriculture dans l'économie nationale, l'emploi agricole occupe une place exceptionnellement importante. Sur une population d'environ 2.840.000 personnes de plus de 15 ans, 85% soit 2.410.000 sont réputés actifs selon le recensement de 1990. Parmi ceux-ci, l'immense majorité exerce l'agriculture, avec, parfois, une autre activité, dite secondaire.

Encadré n° 5

STRUCTURE DE L'EMPLOI

En milieu rural, on estimait en 1988 que **86%** des familles vivaient exclusivement de l'agriculture, 8% recevaient un complément de l'artisanat traditionnel, 5% de l'artisanat moderne, 1% du commerce.

En milieu urbain, dans les villes secondaires, 23% des actifs étaient salariés, 11% vivaient du commerce et 3% de l'artisanat, les autres dépendaient de l'agriculture. A Bujumbura on dénombre en 1990, 19.300 emplois agricoles, pour la plupart féminins.

L'emploi structuré reste très largement dominé par la part des secteurs public et parapublic, l'Etat assurant **62%** des emplois. Jusqu'en 1986, les diplômés étaient systématiquement recrutés dans ce secteur. Parmi les emplois permanents privés déclarés, près de la moitié sont des emplois domestiques.

Environ 80% des emplois modernes sont recensés dans l'agglomération de Bujumbura, dont la brasserie et les textiles constituent les deux principales entreprises industrielles.

L'emploi non agricole non structuré n'occupe que **13%** des actifs ce qui traduit simultanément l'effet du bas degré de monétarisation en milieu rural et l'effet de la sous-urbanisation. La moitié des emplois recensés en 1989 étaient des emplois d'apprentis.

Le chômage absolu est estimé en 1990 à 4% en milieu rural et 20% en milieu urbain. Il touche plus spécialement les non-qualifiés et les peu qualifiés mais aussi les diplômés de bon niveau depuis que l'Etat a cessé de les recruter automatiquement. Les effectifs de cadres au chômage ont augmenté de 36% depuis 1988.

Le chômage relatif est important. Il concerne de 30 à 40% des actifs agricoles surtout parmi les hommes. Alors que les femmes, doublement actives "par nature", sont presque en permanence surchargées de travail, les hommes ne trouvent guère à s'employer en dehors des périodes de pointe où leur présence sur l'exploitation familiale est particulièrement nécessaire. En milieu urbain on estime que la moitié des emplois sont partiels et temporaires.

L'évolution récente de l'emploi est caractéristique d'une situation de crise.

L'agriculture ne peut plus absorber l'excédent de main-d'oeuvre

Il est prévu que le flux additionnel des nouveaux demandeurs d'emploi passe à 63.000 personnes par an au cours du Vè Plan 1988-92 alors qu'il n'était que de 39.000 au cours de la période 1984-88. Plus que l'accroissement en nombre absolu c'est la répartition sectorielle du flux qui pose problème. Sur la période 1988-90, la croissance annuelle du PIP agricole n'a été que de 2% ce qui devrait correspondre à une création annuelle de 14.000 emplois. L'OIT estime que même si les ressources nécessaires à une croissance plus rapide du PIB agricole étaient disponibles, la capacité d'absorption de main-d'oeuvre par le secteur ne pourrait excéder 26.000 actifs par an soit seulement 40% de l'offre.

Seulement un millier d'emplois du secteur public et parapublic ont été supprimés dans le cadre du PAS, par contre les délais de placement des nouveaux diplômés deviennent de plus en plus longs.

L'Etat, pour sa part, a considérablement réduit le nombre de ses nouveaux engagements afin de limiter le déficit de son budget de fonctionnement.

Il faudrait donc un développement accéléré des secteurs privés non agricoles pour absorber l'excédent de main-d'oeuvre. Or, dans un cadre institutionnel encore très contraignant malgré les aménagements récents des codes des investissements et du travail, le coût de la création d'un emploi est un élément dissuasif très puissant pour les rares entrepreneurs privés.

Le développement du secteur informel est devenu une des priorités de l'Etat dont l'objectif est de créer 34.000 emplois nouveaux dans l'artisanat. Il devrait être facilité par la levée des restrictions sur les migrations intérieures.

Cependant, en contrepartie, se profile un nouveau danger avec l'afflux en ville des migrants non qualifiés.

La sous-urbanisation, souvent invoquée pour expliquer la crise actuelle de l'emploi, n'est pas le seul facteur en jeu. Le rapport de l'OIT fait remarquer que le secteur rural où résident 92% des actifs n'a bénéficié que de 16% des investissements fixes et que seulement 3% des dépenses courantes de l'Etat lui sont affectées.

L'insuffisance de la formation professionnelle est un autre facteur déterminant. Le problème de la formation professionnelle et de son adéquation aux besoins de l'emploi est crucial pour le développement des emplois dans tous les secteurs productifs. Dès le premier plan 1968-72, on notait un déficit important en techniciens et une faiblesse de l'enseignement technique et agricole où seulement 14% des jeunes scolarisés étaient inscrits; en 1988, alors que le développement de la formation professionnelle faisait partie des priorités, la part de l'enseignement technique dans le budget global de l'éducation était encore limitée à 7%.

Le problème se pose de façon aiguë en ce qui concerne les agriculteurs de base. Le programme de ruralisation de l'enseignement primaire prévoyait de préparer concrètement les élèves à la vie de futurs agriculteurs qui attendait la majorité d'entre eux. En fait le passage à la double vacation en vue d'étendre le recrutement a eu pour effet de réduire à zéro les heures disponibles pour la formation pratique, et pour conséquence de renvoyer à l'agriculture des jeunes sans autre opportunité d'emploi, mais pas mieux préparés techniquement que leurs parents à devenir les agriculteurs modernes et performants dont a besoin le pays pour son développement.

La politique de l'emploi s'oriente maintenant vers la mise en place d'un système cohérent de formation professionnelle initiale et permanente et il est envisagé de recruter des moniteurs pour dispenser les travaux pratiques dans les écoles.

PARTIE II

**LA SITUATION
DE LA FEMME ET DE L'ENFANT**

CHAPITRE I

LA SANTE DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. TROP D'ENFANTS MEURENT TRES JEUNES, CEUX QUI SURVIVENT SONT TROP SOUVENT MALADES

Au Burundi, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à **196 pour mille** naissances vivantes. Le pays se classe ainsi au 18ème rang des pays à mortalité (TMM5) très élevée. Parmi les pays limitrophes, seul le Rwanda a un taux plus élevé avec 201 pour mille, alors que la Zambie, le Zaïre, l'Ouganda et la Tanzanie ne dépassent pas respectivement 125, 132, 167 et 173 pour mille.

En ce qui concerne la mortalité infantile, son taux s'élève, en 1989, à 116 pour mille naissances vivantes, plaçant le Burundi au 21 ème rang mondial.

Exprimés en termes de décès, ces taux traduisent le fait que sur environ 250.000 enfants nés en 1990, 49.000 mourront avant d'avoir 5 ans, dont 29.000 dans leur première année de vie.

En trente ans, le progrès a été sensible puisqu'en 1960 on enregistrait un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 260 pour mille. Pourtant, le tableau ci-dessous prouve que, pendant la même période, parmi les pays africains qui affichaient un taux comparable en 1960, beaucoup ont atteint aujourd'hui un niveau plus satisfaisant.

Tableau n°7 : Indicateurs de mortalité de quelques pays africains

	Taux < à 5 ans		Taux < à 1 an	
	1960	1989	1960	1989
Burundi	260	196	153	116
Tanzanie	249	173	147	103
Namibie	262	171	155	103
Côte d'Ivoire	264	139	165	93
Zaïre	269	132	158	81

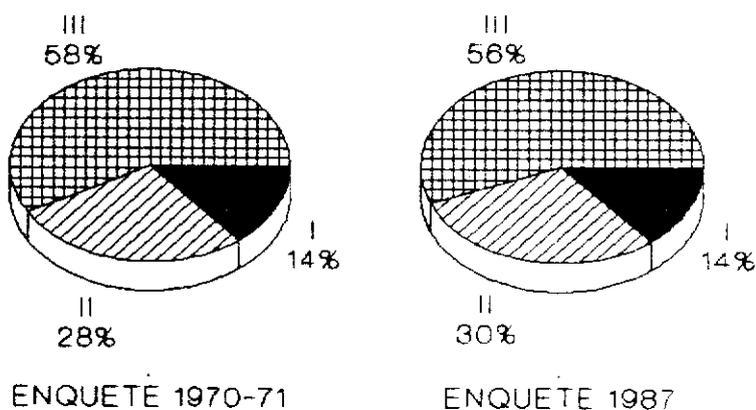
La trop lente régression de la mortalité infantile est un problème majeur. Les progrès enregistrés au cours de la dernière décennie, ont plus bénéficié aux enfants de 1 à 5 ans qu'aux nourrissons. Parmi les enfants qui meurent au cours de leur première année de vie, près de la moitié n'atteignent pas l'âge de 1 mois. La persistance d'une mortalité élevée au cours des 4 premières semaines de la vie renvoie à s'interroger plus particulièrement sur les conditions de la grossesse et de l'accouchement.

Figure 9

MORTALITE INFANTILE

Répartition dans le temps

I : 1 SEMAINE DE VIE
 II : 2-4 SEMAINES DE VIE
 III : 5-52 SEMAINES DE VIE



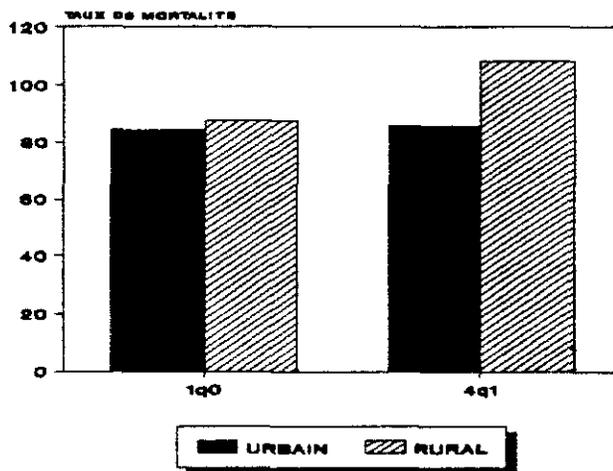
Entre 1 et 5 ans, la mortalité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain où à la fois les infrastructures médicales sont plus disponibles, le niveau socio-économique des familles meilleur et le niveau d'instruction des mères plus élevé.

Les disparités régionales sont importantes, la plaine de l'Imbo et les dépressions marécageuses de l'Est, où sévit le paludisme, sont plus sévèrement touchées que les hauts plateaux centraux et la crête Zaïre-Nil.

Une surmortalité des petites filles de 1 à 4 ans a été observée lors de l'enquête DHS de 1987, aucun élément d'explication ne peut être avancé avec certitude dans l'état actuel des connaissances pour rendre compte de ce phénomène.

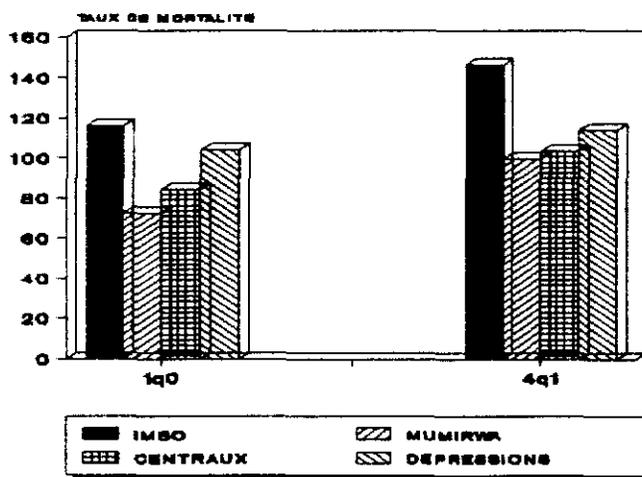
Figures 10.1 et 10.2 -

MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE
Disparité Urbain-Rural



Source: DHS, 1987

Disparités régionales



Source: DHS, 1987

PRINCIPALES CAUSES IMMEDIATES DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE INFANTILE ET JUVENILE

Les données disponibles provenant des hôpitaux ne concernent qu'une partie infiniment limitée des décès -au plus un pour cent- dont la quasi-totalité surviennent à domicile, sur les collines, le plus souvent sans aucune déclaration officielle à l'état-civil. Par ailleurs, la fiabilité du diagnostic dépendant de la disponibilité des équipements et de la compétence du personnel de santé, la précision des causes de décès ne peut être assurée que dans les hôpitaux.

Principales causes

Mortalité des enfants (dans les hôpitaux)	Morbidité des enfants (dans les centres de santé)
<ul style="list-style-type: none">- Infections respiratoires aiguës- Paludisme- Diarrhée	<ul style="list-style-type: none">- Paludisme- Diarrhée- Infections respiratoires aiguës

Les infections respiratoires aiguës sont la première cause de mortalité des enfants. Elles surviennent fréquemment chez les enfants qui vivent dans des conditions précaires, sont mal vêtus et soumis à des variations climatiques brutales. 40% des enfants observés en 1987 avaient souffert d'une toux sévère, ou d'une respiration rapide ou difficile, au cours des 4 semaines précédant l'enquête.

Lorsque ces infections surviennent en complication de la rougeole, leur issue est souvent mortelle (dans 29% des cas hospitalisés). A Bujumbura, en incluant les décès liés à une rougeole compliquée, le taux de mortalité spécifique, dû aux IRA, est de 46 pour 1000 naissances vivantes.

Heureusement, la rougeole ainsi que la coqueluche et la polyomélie aiguë, autres maladies couvertes par le PEV, ont fortement régressé au cours des 10 dernières années.

INCIDENCE DES MALADIES COUVERTES PAR LE PEV BURUNDI 1980 - 1990

Figure 11.1 - Polio

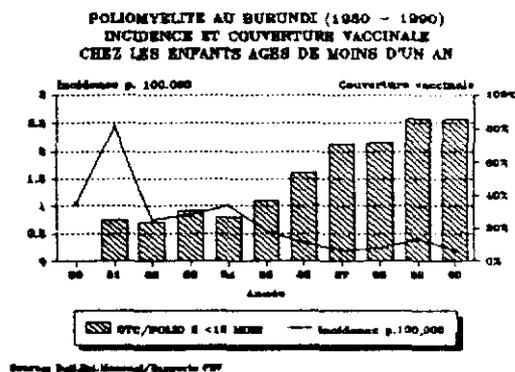


Figure 11.2 - Rougeole

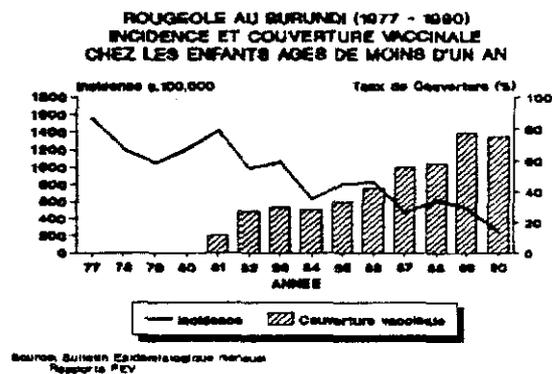
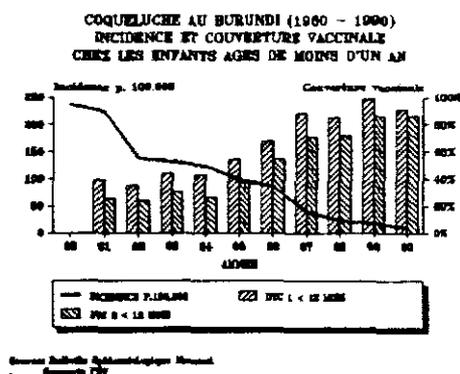


Figure 11.3 Coqueluche



Les maladies diarrhéiques constituent une préoccupation majeure parce qu'elles sont partout présentes. Le taux d'incidence des cas de diarrhée déclarés est passé de 72 à 283 pour 10.000 entre 1980 et 1989. Il est difficile de distinguer si cette augmentation est due à une réelle augmentation de l'incidence ou à l'augmentation de la fréquentation des centres de santé en cas de diarrhée. A partir des données de l'enquête D.H.S. de 1987, on peut estimer le taux d'incidence des maladies diarrhéiques chez les enfants, âgés de moins de 5 ans, à 4,5 épisodes par enfant et par an. A Bujumbura, le taux de mortalité spécifique, due aux maladies diarrhéiques, est de 42 pour 1000 naissances vivantes.

Une enquête plus récente, menée par le Ministère de la Santé Publique auprès de 9.992 enfants, en juillet 1991, tend à confirmer que le Sel de Réhydratation Orale est de plus en plus souvent utilisé, et que plus de mères savent qu'il faut utiliser des fluides pour réhydrater le jeune malade.

Tableau n°8 : Enquêtes sur les maladies diarrhéiques

Pour 100 enfants enquêtés	1987	1991	
		Rural	Urbain
- Enfants présentés au centre de santé	38%	41%	61%
- Enfants ayant reçu le SRO	30%	36%	46%
- Enfants ayant reçu un SRO correctement préparé	-	17%	23%

Sources : D.H.S. 1987
Ministère de la Santé Publique 1991

Néanmoins, il est inquiétant de constater que plus de la moitié des enfants reçoivent encore des traitements apparemment inadéquats, bien que, pour une partie, les traitements relevés puissent avoir été adressés à une pathologie associée à la diarrhée.

De plus, des pratiques néfastes telles que l'interruption de l'alimentation solide se perpétuent et au moins la moitié des mères n'ont pas une connaissance correcte des raisons pour référer. Les diarrhées précoces sont plus fréquentes en milieu rural; dans l'ensemble, 70% des enfants atteints ont moins de 2 ans.

Le graphique présentant la distribution des enfants diarrhéiques par âge illustre clairement la relation entre l'incidence de la diarrhée et l'introduction des aliments de compléments à l'allaitement maternel, entre 1 et 2 ans. Cette période critique du développement du jeune enfant ne reçoit pas une attention suffisante de la mère ou du personnel médical.

Figure 12.1 :

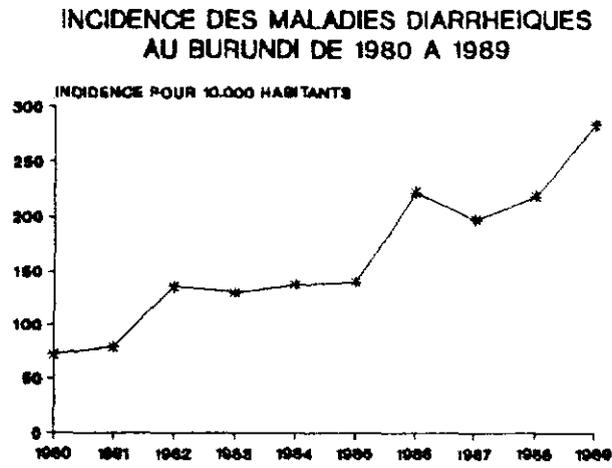
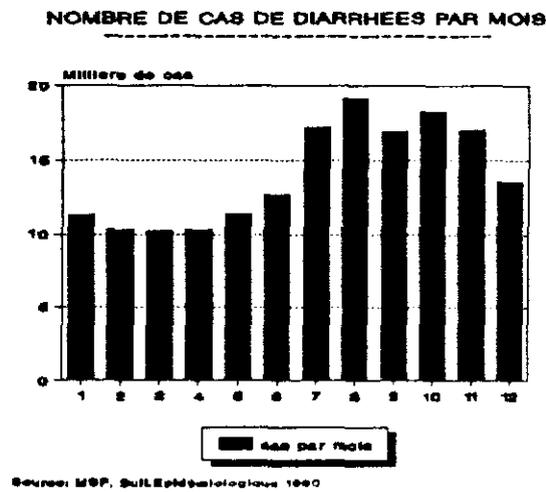
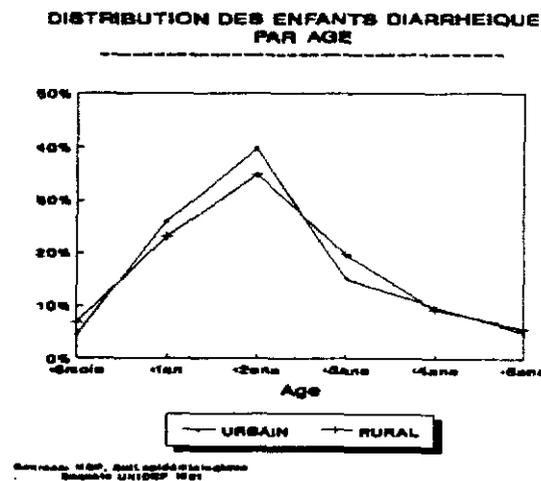


Figure 12.2 :



Source: MOP, Bulletin épidémiologique 1990

Figure 12.3 :



L'enquête DHS 1987 démontre que le niveau d'instruction de la mère et le lieu de résidence sont les facteurs qui influencent la façon de traiter l'enfant malade. Les mères plus instruites, les mères urbaines et les mères de la région de l'Imbo ont plus souvent amené leurs enfants en consultation médicale et traité la maladie que les mères sans instruction et rurales. Dans les zones géographiques de dépressions tout particulièrement, 73% des enfants atteints de diarrhée n'ont pas été présentés au service de santé et 37% n'ont reçu aucun traitement.

Le paludisme est la première cause de consultation curative dans les établissements sanitaires ainsi que la première cause d'hospitalisation des enfants. Le parasite sévit dans les zones proches des lacs et dans les dépressions marécageuses; l'enquête nationale réalisée en 1989 par le Ministère de la Santé Publique a montré que la prévalence du paludisme atteint les enfants d'âge scolaire jusqu'à 80% à Nyanza-Lac, au Sud de la province de Makamba, et à Rugombo, au Nord de la province de Cibitoke.

Les hauts plateaux étaient indemnes jusqu'à ces dernières années mais, depuis la fin de l'année 1990, une nouvelle épidémie s'est développée dans les provinces de Kayanza, Ngozi et Gitega à plus de 1400m d'altitude. Elle frappe aussi bien les adultes que les enfants, avec un taux d'incidence annuelle atteignant 400 cas pour 1.000 habitants.

L'extension de la maladie est probablement liée au déplacement de personnes impaludées provenant de la région de l'Imbo et au développement mal contrôlé de la riziculture et des étangs piscicoles, insuffisamment entretenus.

Par ailleurs, à Bujumbura, la mère d'un nourrisson décédé sur 4 déclare que son enfant a été victime du paludisme.

Le premier symptôme du paludisme chez l'enfant est la fièvre. L'enquête DHS de 1987 a révélé que seulement 50% des enfants fiévreux étaient amenés dans un service de santé et qu'un enfant sur quatre n'a reçu aucun traitement.

A ces trois principales causes de la morbi-mortalité des enfants s'associe bien souvent la malnutrition, chronique ou aiguë, qui vient renforcer le risque de décès de l'enfant.

La malnutrition protéino-calorique crée le terrain propice au développement et à l'aggravation des autres maladies. On estime que la malnutrition est responsable de plus de 60% des admissions des jeunes enfants au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, car sans elle, la maladie dont souffre l'enfant ne serait pas assez grave pour l'hospitaliser.

Selon le rapport annuel du Ministère de la Santé Publique en 1989, la malnutrition a été à l'origine de 10% des décès d'enfants de 0 à 4 ans en milieu hospitalier et de 17% de ceux déclarés par les centres de santé.

La malnutrition n'est pas un phénomène récent au Burundi. Plusieurs enquêtes ponctuelles, menées depuis une vingtaine d'années ont décelé des taux parfois importants de malnutrition des enfants enquêtés. Et si le nombre de cas déclarés dans les établissements de santé augmente chaque année -pour les enfants de moins de 5 ans, il était de 3.959 en 1982, 3.917 en 1985 et 8.272 en 1989-, cela s'explique surtout par un meilleur enregistrement des informations et une meilleure connaissance par les mères de ce problème.

L'enquête DHS de 1987 a apporté la confirmation de ce mauvais état général.

Sur 2.102 enfants enquêtés âgés de 3 à 36 mois,

- selon l'indice poids pour taille, bon indicateur d'une prévalence de la dénutrition "aiguë", 6% des enfants souffrent de sous-alimentation grave à modérée et 26% de sous-alimentation légère ;
- selon l'indice taille pour âge, indicateur de dénutrition chronique, 48% des enfants peuvent être considérés comme accusant un retard de croissance grave à modéré ;
- selon l'indice poids pour âge, plus difficile à interpréter, ce sont 38% des enfants qui sont classés dans la catégorie "grave à modéré"

Figure 13

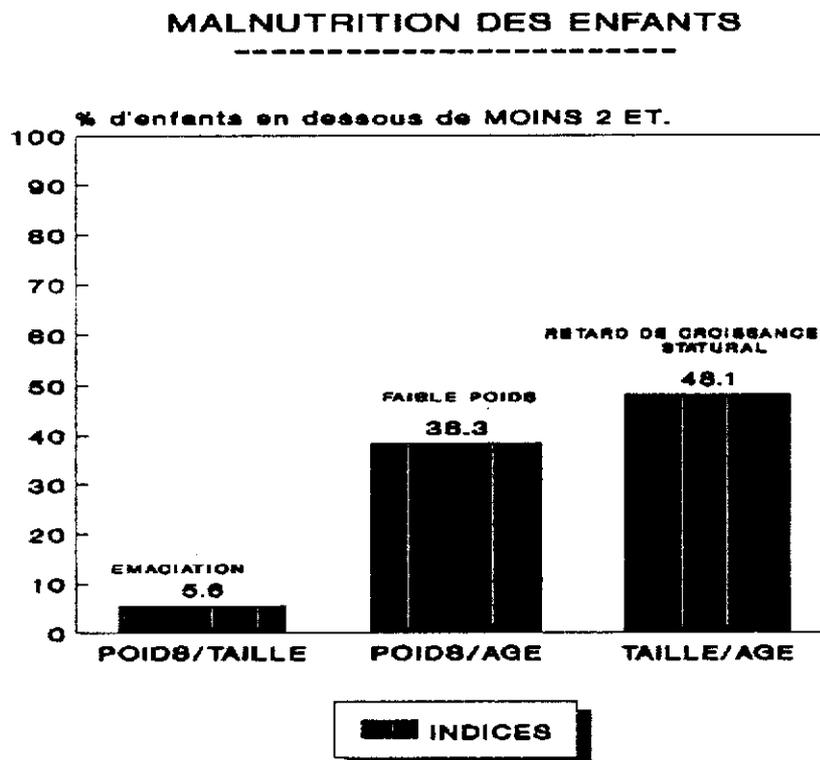


Tableau n°9 : PREVALENCE DE LA MALNUTRITION

Poids/Age	Inférieur à 3 E.T.	Entre 2 et 3 E.T.	Entre 1 et 2 E.T.
3-11 mois	6,6	17,4	31,7
12-23 mois	12,8	30,7	35,5
24-36 mois	11,2	26,2	34,8
Garçons	11,3	26,2	34,8
Filles	9,4	29,6	35,2
Moyenne	10,4	27,9	35,0

Taille/Age	Inférieur à 3 E.T.	Entre 2 et 3 E.T.	Entre 1 et 2 E.T.
3-11 mois	10,2	20,7	33,6
12-23 mois	19,2	30,3	30,2
24-36 mois	26,8	33,6	24,2
Garçons	20,7	27,6	29,1
Filles	18,0	29,8	28,8
Moyenne	19,4	28,7	29,0

Poids/Age	Inférieur à 3 E.T.	Entre 2 et 3 E.T.	Entre 1 et 2 E.T.
3-11 mois	0,8	2,6	19,2
12-23 mois	1,6	8,8	35,0
24-36 mois	0,5	3,0	22,6
Garçons	0,7	5,5	25,8
Filles	1,1	4,0	25,4
Moyenne	0,9	4,7	25,6

Source DHS 1987

Si on compare le Burundi à d'autres pays en développement, ces indicateurs dénoncent une prévalence modérée de la dénutrition aiguë mais une prévalence très élevée de la sous-alimentation chronique.

Le poids moyen des nourrissons reste très proche de la médiane jusqu'à l'âge de 4 mois. La croissance pondérale s'arrête vers 5-6 mois et de 7 à 12 mois, elle reste très insuffisante.

La prévalence de la dénutrition aiguë est plus accentuée chez les enfants de 12 à 23 mois, elle concerne autant les filles que les garçons et ne semble diminuer de façon significative que dans le groupe des enfants dont la mère a reçu une éducation secondaire ou supérieure; elle n'est pratiquement pas sensible aux autres facteurs.

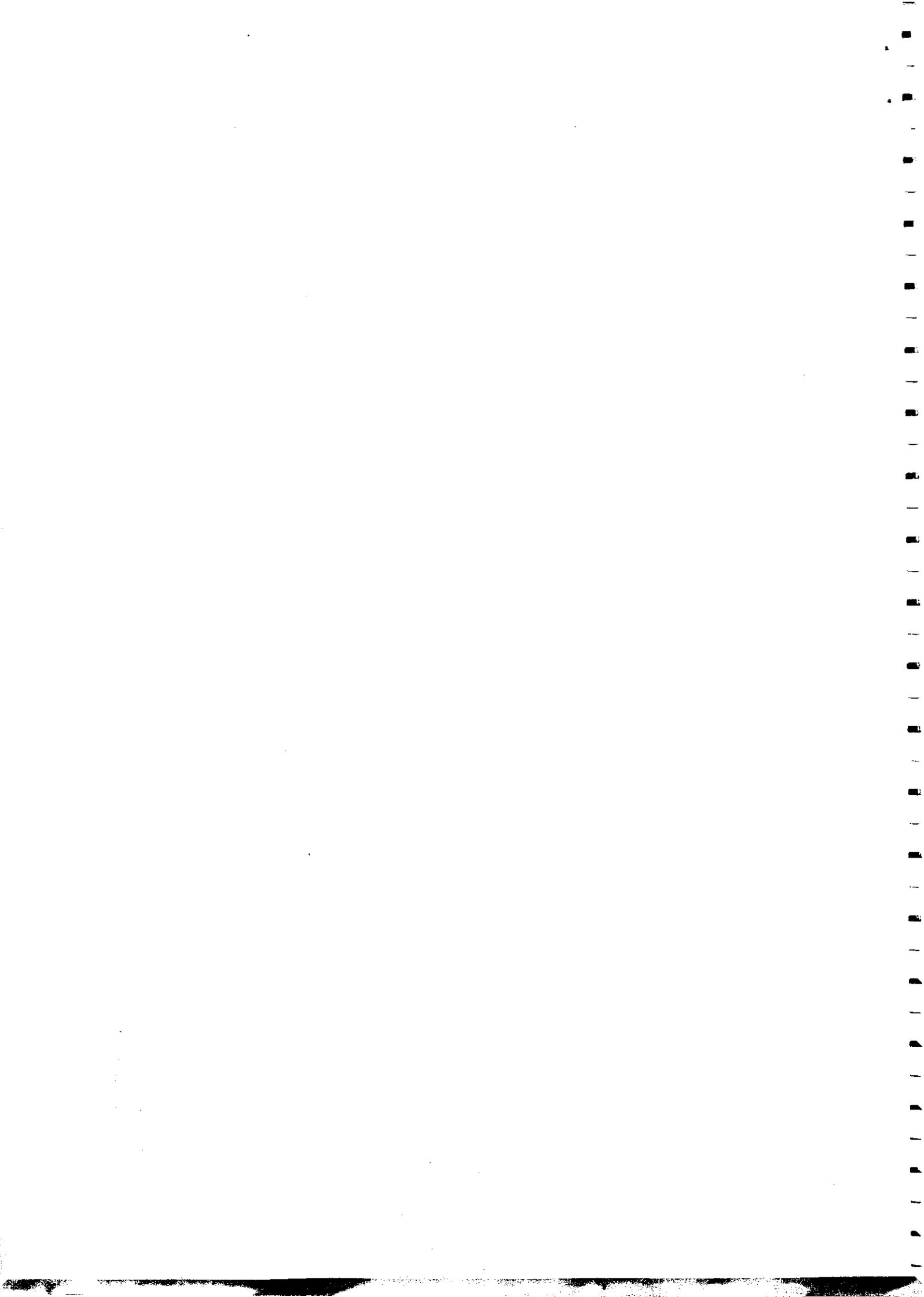
La sous-alimentation chronique apparaît brutalement dans le groupe d'âge 12-23 mois puis augmente avec l'âge de l'enfant. Elle est d'autant plus intense que la mère est moins instruite, vit en milieu rural et que l'intervalle entre les naissances successives est court.

Cette malnutrition affecte la croissance de l'enfant en général, mais chez les petites filles, elle produit des femmes de petite taille, de faible poids et au bassin étroit, morphologie à haut risque pour l'accouchement.

L'intégration des activités de surveillance de la croissance des enfants dans les services de santé a commencé en 1989. Le premier rapport concernant les enfants de 0 à 11 mois montre un taux de 4,4% de malnutrition protéino-calorique sévère parmi les nourrissons qui ont été présentés aux consultations .

La malnutrition pré-natale, qui se traduira par le faible poids à la naissance (25% des nouveaux-nés en milieu hospitalier et 16% dans les centres de santé) est sans aucun doute le premier facteur de risque pour les enfants. Ils naissent fragiles et sont moins capables de se défendre contre les infections. Les mauvaises circonstances du sevrage et les déficiences de l'alimentation familiale créent un terrain défavorable; de plus les maladies diminuent l'appétit de l'enfant qui s'engage dès lors dans le cercle vicieux du système malnutrition/maladies.

Le SIDA, du fait de sa rapide dissémination dans la population adulte, risque de devenir une cause majeure de mortalité infantile dans les années à venir. L'enquête nationale de 1989 révèle que près de 4% des enfants de 0 à 4 ans, en milieu urbain, sont infectés par le virus. Ces chiffres semblent indiquer un taux de transmission verticale (mère/enfant) non négligeable.



2. TROP DE FEMMES RISQUENT DE MOURIR EN COUCHES TROP DE FEMMES SONT EN MAUVAISE SANTE

La santé des femmes est doublement liée à celle des enfants: les maternités trop rapprochées, les grossesses et les accouchements difficiles minent progressivement la santé des femmes et mettent leur vie en danger; réciproquement, les femmes en mauvaise santé mettent au monde des enfants de faible poids, de moindre résistance et dont la probabilité de survie est diminuée.

La mortalité maternelle liée aux circonstances de la grossesse et de l'accouchement est généralement inférieure à 20 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés alors qu'elle dépasse souvent 500 pour 100.000 dans les autres pays. Le taux africain moyen est de 600 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Pour 100.000 naissances vivantes en milieu hospitalier, on dénombre 750 décès maternels à Dakar et 833 à N'Djamena.

Au Burundi, la mortalité maternelle constitue la 4ème cause de mortalité enregistrée dans les hôpitaux en 1989, après le paludisme, les infections des voies respiratoires et les affections digestives où prédominent les diarrhées.

Aucune information fiable n'est disponible en ce qui concerne les décès maternels hors de l'hôpital, qu'il s'agisse des accouchements à domicile -dans 80% des cas- ou des décès survenus en cours de transfert ou après le retour des accouchées.

L'estimation reconnue applicable au Burundi est un taux de 600 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, ce qui signifie environ 1500 décès maternels par an.

Les causes obstétricales directes, résultat des conditions dans lesquelles se déroulent les grossesses et les accouchements, sont responsables des décès observés en milieu hospitalier. Les hémorragies, à elles seules, constituent 66% des urgences maternelles de provenance rurale dans les hôpitaux de la capitale. Les infections, responsables d'un décès sur trois, sont très fréquentes à cause de l'absence d'hygiène qui entoure les accouchements à domicile.

Les facteurs de risque relatifs à la mortalité maternelle -et subséquentement à la mortalité infantile- sont largement présents; 40% des parturientes en sont au moins à leur 5^{ème} grossesse, et, selon les régions, jusqu'à 16% d'entre elles sont âgées de plus de 40 ans.

Tableau 10 : PREVALENCE DES FACTEURS DE RISQUES RELEVES AU COURS DE LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE DANS LES SECTEURS DE SANTE DE BUHIGA-KARUZI, MWARO-KIBUMBU ET MURAMVYA (JUILLET 1988 - JUIN 1989).

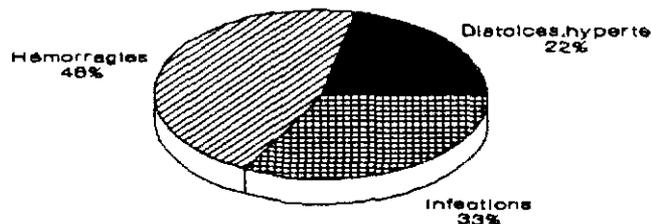
(en %)

Facteurs de risque et problèmes	Karuzi	Kibumbu	Muramvya
Parturiente âgée de - 15 ans	0,1	0,02	0,05
Parturiente âgée de - 20 ans	6,3	0,1	3,0
Parturiente âgée de + 40 ans	15,3	16,1	3,7
Femme mesurant - de 150 cm	7,0	9,9	3,0
Primigeste	26,0	19,6	19,0
Plus de 4 grossesses	37,6	39,4	38,7
Plus de 7 grossesses	10,0	9,5	9,0
LIEU DU DERNIER ACCOUCHEMENT			
Centre de santé	6,0	16,2	4,2
Hôpital	2,6	12,8	17,5
A domicile	91,4	71,0	78,3

Source: RISKCPN. REP, 1991

Figure 14

**MORTALITE MATERNELLE
EN MILIEU HOSPITALIER**



Source: Données recueillies dans les hôpitaux de Bujumbura entre 1986 et 1989

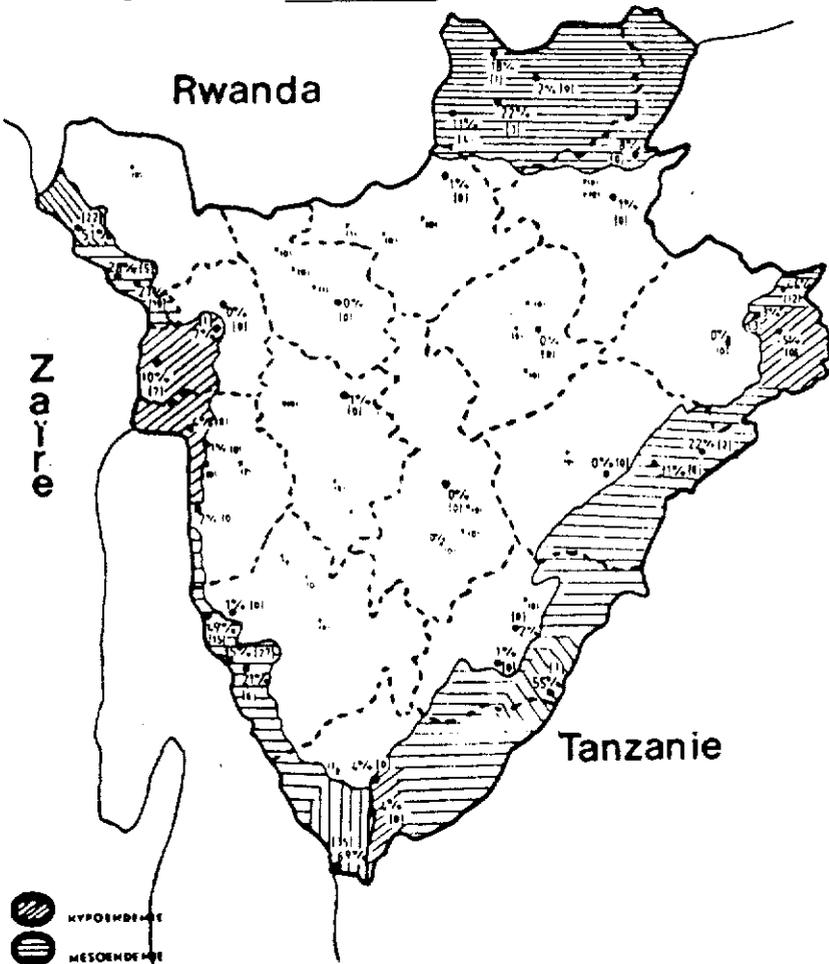
Les avortements provoqués bien qu'interdits par la loi en dehors des indications médicales, représentaient 8% de l'ensemble des femmes traitées à la maternité du CHU de Kamenge entre 1986 et 1989, et 33% de celles-ci étaient des patientes de moins de 20 ans. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'adolescentes qui avaient provoqué l'avortement d'une première grossesse à l'aide de substances ou d'instruments variés.

Il n'existe pas d'informations sur l'âge des premières relations sexuelles des jeunes filles ni sur l'importance du phénomène des grossesses en dehors du mariage, l'âge relativement tardif de mariage (22 ans en moyenne) ne constituant pas un indice suffisant.

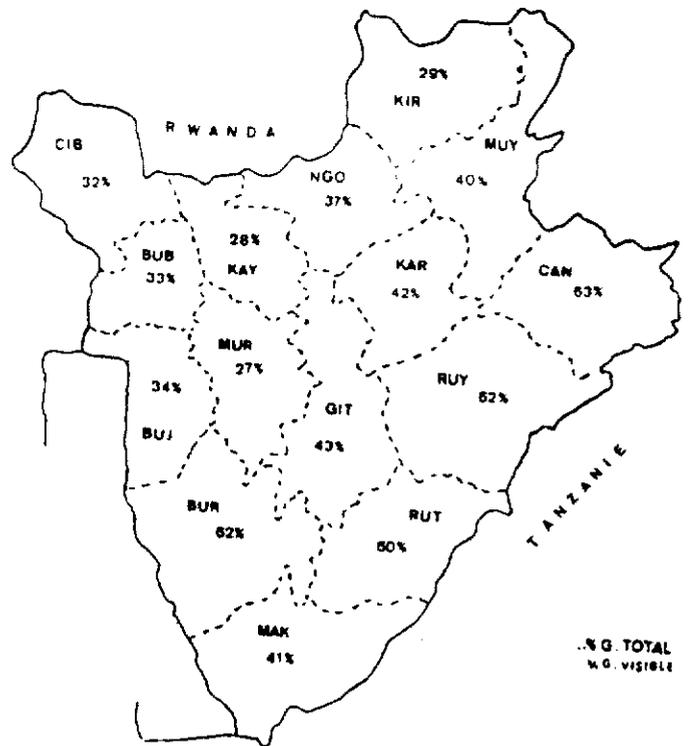
La morbidité des femmes pendant ou avant la grossesse contribue pour une bonne part à rendre les accouchements dangereux pour la mère et pour l'enfant. Outre les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques qui touchent l'ensemble de la population, les maladies nutritionnelles, le paludisme, l'ankylostomiase et le SIDA frappent plus douloureusement la population féminine.

Les données sur l'état nutritionnel des adultes dans le Bututsi, l'Imbo et le Buyenzi indiquent que 26 à 30 % des femmes montrent des signes de malnutrition.

CARTE 3 : Paludisme



CARTE 4 - Goître endémique



La malnutrition des mères n'a fait l'objet d'aucune enquête spécifique à l'échelon national. Elle est cependant reflétée par le faible poids des bébés à la naissance; selon une enquête menée dans les 2 maternités de Bubanza et Kayanza en 1990, **1 nouveau-né sur 4** pèse moins de 2,5 kg.

Parmi les carences nutritionnelles qui touchent plus particulièrement les femmes, **la carence en iode est responsable du goître endémique**. Chez la femme enceinte, elle provoque également de nombreux avortements. L'enquête nationale, menée en 1989 en milieu scolaire, montre que les filles sont plus touchées que les garçons (50% contre 36%), tout particulièrement dans le groupe âgé de plus de 13 ans (59%). Dans la province de Cankuzo, **77%** des filles de plus de 13 ans sont atteintes de goître.

La carence en fer provoque une anémie qui, chez la femme enceinte, augmente le risque de prématurité, de morbi-mortalité maternelle et de petits poids à la naissance. En 1985, une enquête limitée à la plaine de l'Imbo fait ressortir, chez la femme enceinte, une prévalence de l'anémie de **79%** (moins de 11 g% d'hémoglobine, selon les normes de l'OMS).

L'existence de certains facteurs responsables de la carence en fer comme les accouchements répétés, les tabous alimentaires concernant les protéines animales (une femme enceinte ne mange pas d'œufs ni de viande), ou la prévalence de l'ankylostomiase - atteignant **7% des femmes** - laisse supposer que l'anémie par carence en fer, même si elle est mal connue, est un problème majeur chez la femme burundaise.

Le paludisme sous ses formes pernicieuses est particulièrement dangereux pour les femmes enceintes dont les défenses immunitaires baissent pendant la grossesse. Il est responsable de 12% des hospitalisations obstétricales et entraîne un accouchement avant terme dans 40% des cas. Il induit également une anémie chez la femme et un petit poids de naissance chez l'enfant.

Le SIDA enfin a pris une ampleur alarmante au Burundi qui apparaît parmi les pays du monde les plus gravement concernés par l'épidémie.

Une enquête nationale menée en 1989 pour estimer la séroprévalence de l'infection dans la population révèle les résultats suivants concernant les femmes en âge de procréer :

- en zone urbaine, **16,52%** des femmes âgées de 15 à 24 ans sont infestées par le virus, dans cette tranche d'âge le risque encouru par les femmes est 4 fois plus élevé que celui encouru par les hommes. La prévalence atteint **24,34%** chez les femmes âgées de 25 à 34 ans et **21,24%** chez les femmes âgées de 35 à 40 ans.
- En zone semi-urbaine, la séroprévalence est sensiblement la même qu'en zone urbaine.

- En zone rurale, le risque est encore faible (0,86%).

Il est à noter que 17% de la population masculine à Bujumbura ainsi que 3% des enfants de moins de 5 ans sont déjà atteints.

Malgré une séro-prévalence du VIH relativement basse (inférieure à 1 %), le milieu rural, avec plus de 90 % de la population totale du Burundi, compte un nombre absolu particulièrement élevé de nouveaux cas et de décès, qui dépasse les effectifs estimés dans la ville de Bujumbura, où la séro-prévalence est au moins dix fois plus élevée.

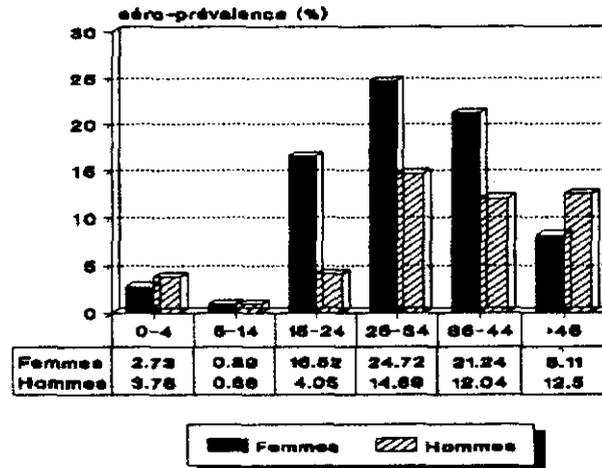
Les résultats de cette même enquête de 1989 constituent toujours la référence pour effectuer des projections à court terme: le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS) estime que l'incidence annuelle de la maladie augmentera suivant une courbe exponentielle pour atteindre, en 1993, un effectif cumulé de 6.200 nouveaux cas environ et 5.000 décès à Bujumbura depuis le début de la pandémie. En 1990, 2.800 personnes ont été officiellement notifiées comme décédées du SIDA, depuis l'apparition de la maladie.

L'importance de ces projections est illustrée dès à présent par la pression que le SIDA exerce sur la vie socio-économique du pays : dans les hôpitaux de Bujumbura, jusqu'à 80 % des lits de médecine interne sont occupés par des malades du SIDA ; un enfant sur 6 parmi ceux intégrés dans le projet "Enfants Soleil", qui encadre les enfants de la rue de Bujumbura, est un orphelin du SIDA.

Les données de départ d'une étude de cohorte, initiée en milieu ouvrier à Bujumbura, confirment que la différence est significative entre hommes et femmes (25,6% chez les femmes, contre 14,4 % chez les hommes).

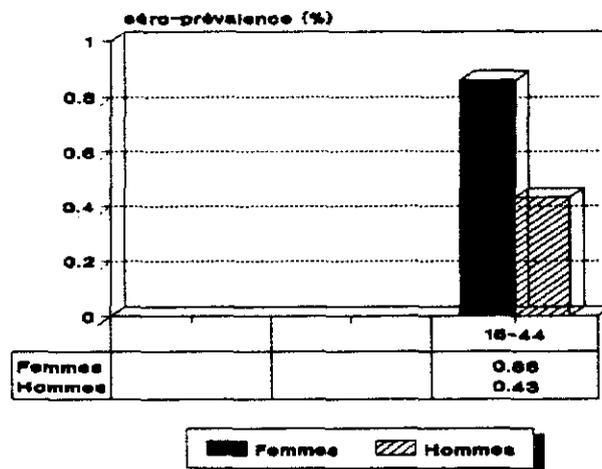
Figure 15 Enquête de séro-prévalence du VIH 1, 1989

ENQUETE DE SERO-PREVALENCE DU VIH-1 1989
Strate urbaine



Distribution par sexe et par âge

ENQUETE DE SERO-PREVALENCE DU VIH-1 1989
Strate rurale



Distribution par sexe et par âge

Encadré 6

LA SITUATION DES FEMMES ET DES ENFANTS A RUHORORO

Dans la commune de Ruhororo, parmi les femmes qui ont accouché en 1990, 400 ont été enquêtées, toutes étaient agricultrices et épouses d'agriculteurs.

54,0%	avaient moins de 30 ans
84,2%	n'étaient jamais allées à l'école
14,0%	avaient déjà eu au moins un avortement
47,2%	avaient déjà eu au moins un enfant décédé.
31,7%	ont effectué moins de 2 consultations prénatales pendant la grossesse
35,9%	ont reçu moins de 2 injections anti-tétaniques
10,3%	n'ont eu aucune surveillance prénatale
95,0%	ont accouché à domicile
49,1%	n'ont été assistées par personne au cours de l'accouchement à domicile
70,0%	ont appliqué du lait maternel ou n'ont rien mis sur la plaie ombilicale, ce qui est une bonne pratique; mais dans 13 cas des excréments de rat ont été appliqués sur le cordon.

Le premier allaitement des nouveaux-nés n'a eu lieu que

- le lendemain de la naissance dans 65,2% des cas
- le surlendemain de la naissance dans 7,7% des cas
- encore plus tard dans 2,4% des cas.

39,0% des enfants de 0 à 4 mois avaient déjà reçu un complément au lait maternel (bouillie de céréales, de légumes, parfois de la bière).

Sur l'ensemble des enfants observés (de moins d'un an), 49,9% consommaient de la bouillie de sorgho, 14,5% mangeaient de "tout", 13,6% buvaient de la bière.

29,5% des enfants étaient malades ou l'avaient été au cours des 2 semaines précédentes. Dans 14,2% des cas, il s'agissait de diarrhées, et 30% des jeunes malades toussaient. 62,8% des enfants malades n'avaient pas été présentés au centre de santé.

Dans la commune de Ruhororo, il y a 1 centre de santé, 1 école primaire, 15 sources aménagées.

3. L'ACCESSIBILITE ET LA QUALITE DES SERVICES SONT INSUFFISANTES

3.1. LES SERVICES DE SANTE

Sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique, les soins de santé sont dispensés à 3 niveaux :

- Les hôpitaux nationaux pour les services spécialisés de référence au nombre de 5, tous à Bujumbura
- Les hôpitaux provinciaux et de secteur au nombre de 28,
- Les centres de santé périphériques et ceux attachés aux hôpitaux.

Le pays est divisé en 15 provinces sanitaires, elles-mêmes subdivisées en 24 secteurs. Chaque secteur comprend en moyenne 10 centres de santé et dispose d'un hôpital. Le niveau périphérique est constitué de 115 zones sanitaires dans lesquelles opèrent 236 centres de santé, soit 48 en milieu urbain et semi-urbain, et 188 en milieu rural.

Encadré n° 7

SANTE : TAUX DE DESSERTE

- 1 hôpital pour 158.268 habitants
- 1 centre de santé pour 22.131 habitants
- 1 lit d'hôpital pour 1.458 habitants
- 1 médecin pour 16.270 habitants en moyenne mais,
1 pour 3.680 dans la province de Bujumbura et
1 pour 145.960 dans la province de Karuzi.

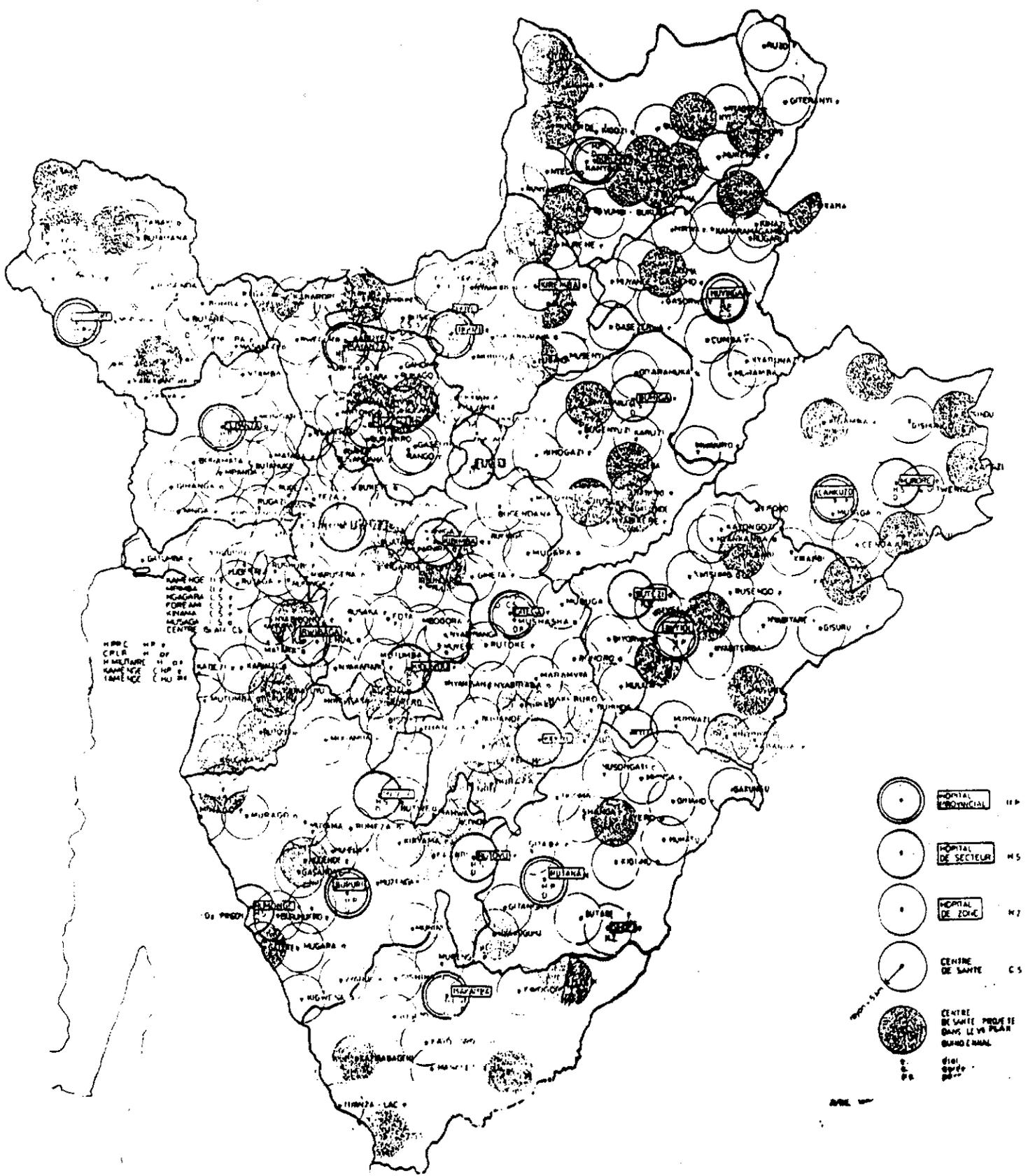
Si l'accessibilité géographique apparaît théoriquement suffisante, (plus de 80% de la population est à moins de 6 km à vol d'oiseau d'un centre de santé) elle reste, cependant, déséquilibrée et ne tient pas compte des difficultés du relief.

La répartition régionale des infrastructures et des personnels de santé est inégale et dénote une focalisation sur Bujumbura où exercent 58% des médecins au bénéfice de 4% de la population.

D'autre part l'accès aux Centres de Santé reste encore, pour une partie de la population, limité par la distance qu'il faut parcourir pour les atteindre: l'habitat étant dispersé, on ne se rend au centre de santé qu'après réflexion.

Marcher à pied pendant 1 à 3 heures en terrain accidenté n'est pas facile quand on est malade, quand on porte un enfant malade ou quand on est sur le point d'accoucher.

CARTE 5 : DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE



On observe que dans les zones urbaines ou dans la plaine de l'Imbo où les déplacements sont moins difficiles, 2/3 des femmes ont reçu l'assistance d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement alors que sur les plateaux, 82% des accouchements se passent à domicile dont 1/3 sans aucune assistance. A l'hôpital de Bubanza, les césariennes pratiquées sur les femmes transférées depuis les communes voisines aboutissent 4 fois plus souvent à une naissance mort-née que celles qui sont pratiquées sur des femmes habitant près de l'hôpital.

L'accessibilité financière aux services de santé est difficile pour la majorité de la population. Le soin curatif entraîne une dépense considérée comme élevée, et ce, quelque soit le prestataire: une femme qui ne dispose que d'un maigre revenu aléatoire doit parfois retarder la visite médicale parce qu'elle n'a pas d'argent; la carte d'assurance-maladie (CAM), à 500 FBU pour 1 an, est chère pour ceux des ménages qui ont déjà des difficultés à financer nourriture et scolarité; en 1990, moins de 15% des ménages ont acheté la CAM. D'une part, les services rendus aux détenteurs de la carte sont insuffisants, d'autre part, le personnel médical a tendance à défavoriser les titulaires de la CAM en donnant priorité, pour les soins et pour les médicaments, aux patients payant à l'acte.

En matière de disponibilité des services, des progrès sensibles ont été réalisés puisqu'en 1983 seulement 30% des centres offraient un service de SMI et que les services de PF n'étaient pas disponibles, alors que, selon le rapport SMI de 1990, la disponibilité des services est de 94% pour les consultations prénatales et 87% pour les accouchements et la planification familiale.

Cependant, ces services ne sont pas toujours disponibles quotidiennement

Les consultations prénatales ne sont données qu'à jours fixes, les attentes sont longues et les visites répétées représentent autant de journées de travail perdues pour les femmes.

Seules les vaccinations sont assurées tous les jours, tout au moins dans les centres de santé de l'Etat. La couverture vaccinale des enfants burundais a progressé de façon spectaculaire et atteint maintenant un niveau remarquable en Afrique; la dernière enquête de couverture nationale réalisée en 1991 confirme que plus de 80% des enfants ont reçu toutes les doses vaccinales nécessaires.

Tableau 11 : Taux de couverture vaccinale en milieu rural et urbain

Antigènes reçus	Milieu rural	Milieu urbain (BUJUMBURA)
BCG	92%	98%
DTC 3	87%	89%
Polio 3	86%	87%
Rougeole	82%	86%
BCG + DTC3 + POL3 + RO UG	81%	81%
avec carte	93%	93%

Si un effort conséquent a été réalisé pour améliorer la disponibilité des services, la **qualité de ces services reste médiocre**, limitant notablement leur attrait aux yeux de la population.

Le taux de couverture vaccinale est, certes, excellent, mais beaucoup d'enfants ne sont pas vaccinés correctement.

Il n'existe pas de politique d'information et d'éducation pour la santé clairement définie au centre de santé. Ainsi la carte de croissance dont disposent 90% des enfants, n'est pas utilisée pour promouvoir la croissance de l'enfant.

Selon le rapport S.M.I. de 1990, 85% des femmes enceintes se présentent à la consultation prénatale et, en moyenne, chaque femme est venue deux fois. Mais, ces consultations sont inefficaces : soit les facteurs de risques ne sont pas relevés, soit quand ils sont notés, ils n'ont entraîné aucune décision spécifique des infirmiers, ni référence, ni surveillance accrue, ni conseils. Or une seule consultation prénatale bien faite suffirait à dépister la plupart des facteurs de risques et à les prendre en charge.

Les médicaments, quand ils sont disponibles, sont délivrés au jour le jour, multipliant sans raison le nombre de déplacements nécessaires pour les malades et la charge de travail pour le personnel.

L'importance croissante de la demande, combinée à l'organisation inefficace du service, induisent une surcharge de travail pour le personnel. L'accueil au centre de santé s'en ressent et ne favorise pas l'établissement d'une relation de confiance: le patient est souvent traité de façon froide et anonyme, par un personnel débordé et une consultation ne dure que quelques minutes.

Le personnel de santé est donc insuffisant, en quantité et en qualité. Il n'y a le plus souvent qu'un technicien médical et un auxiliaire pour chaque centre de santé. Ce personnel n'a pas reçu une formation appropriée pour dispenser efficacement les SSP.

Encadré 8

LA FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE

En moyenne, une vingtaine de médecins nationaux sont formés chaque année.

L'Université a ouvert en 1990-91, le premier niveau de spécialisation en santé publique. Quatre écoles de formation paramédicales sont en service depuis 1986. En 1990, cette formation a été réorganisée en deux niveaux. Le premier niveau forme des auxiliaires en 2 ans, le niveau supérieur accessible après deux ans de pratique permet d'obtenir en deux années supplémentaires le diplôme de technicien de santé.

Evolution des effectifs diplômés des Ecoles Paramédicales

	1981	1985	1989
Technicien médical	24	36	126
Technicien d'assainissement	-	8	26
Technicien de laboratoire	-	10	14
Auxiliaires infirmiers	16	55	94

La qualité des soins dans les hôpitaux et dans les centres de santé pâtit également **des carences de matériel, d'équipement et de médicaments.**

En outre, la plupart des centres de santé ne sont pas des lieux de démonstration des bonnes pratiques d'hygiène, notamment en ce qui concerne l'utilisation de l'eau et l'assainissement.

En comparaison, la médecine traditionnelle offre un ensemble de prestations intégrées dans les pratiques sociales; le devin-guérisseur, les divers spécialistes de telle ou telle maladie ou les voisins et parents proposent une interprétation de la maladie en accord avec la conception du monde du malade. Ils lui offrent des pratiques thérapeutiques (rituels, phytothérapie, médicaments basés sur des ressources animales ou minérales) expérimentées par la société depuis des générations.

Les services de santé agréés jouissent, également, de la confiance de la population. Les établissements gérés par CARITAS, organisation affiliée à l'église catholique, représentent environ 20% des centres de santé mais couvriraient 33% de la population qui y trouve un accueil de qualité et des médicaments toujours disponibles.

De gros progrès doivent encore être réalisés pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé. Ils devraient être soutenus par une meilleure gestion des ressources financières et humaines à tous les niveaux.

Le système de Santé du Burundi porte la marque de l'histoire du pays: centralisation des services, lourdeur de l'appareil administratif, verticalité et cloisonnement des programmes, carences dans la formation des personnels.

Encadré 9

Le système de Santé : repères historiques

Le système de santé n'a commencé à s'organiser que pour satisfaire les besoins immédiats de l'administration coloniale. Le premier poste d'infirmier a été installé en 1918 à Gitega, chef lieu du territoire et en 1920, le premier hôpital était créé à Bujumbura. Vers la fin de la période coloniale les principaux chefs-lieux administratifs possédaient un hôpital dont l'accès était limité par le jeu de la discrimination raciale ; en 1949, on dénombrait 1 lit pour 85 européens mais seulement 1 pour 1812 indigènes.

A l'indépendance, le gouvernement s'est donné comme priorité l'extension du système de santé publique sans remettre en question son orientation strictement curative. Le gros des investissements a été alloué à la construction d'hôpitaux et des centres de santé. Les centres des sociétés missionnaires, laïcisés sous la 2ème République sont revenus depuis 1987 sous la gestion des religieux ou des ONGs. Ils représentent actuellement environ 30% des centres.

C'est seulement depuis 1982 que le Gouvernement a reconnu la nécessité de donner aux activités préventives un caractère prioritaire et que des programmes de Soins de Santé Primaires, de SMI/PF et de prévention des maladies transmissibles ont été élaborés et mis en oeuvre.

Pourtant, malgré cette réorientation de la politique de santé, on n'a observé jusqu'en 1989 ni allocation budgétaire suffisante ni redistribution des allocations en fonction des nouvelles priorités.

La part du secteur Santé dans l'investissement public a diminué de 1% du PIB en 1977 à 0,6% en 1983, pour remonter à 0,86% en 1990.

Le budget de fonctionnement ne s'est pas maintenu à la hauteur des besoins créés par l'augmentation des infrastructures, les dépenses de la Santé n'ont été que doublées entre 1980 et 1989 alors que l'ensemble des dépenses publiques ordinaires étaient multipliées par 3; leur part dans le Budget Ordinaire a globalement diminué de 5,4% en 1980 à 4,6% en 1990 après être passée par un minimum de 3,7% en 1988. En 1991, la part de la Santé dans les dépenses totales du Budget de l'Etat n'atteint que 3,9%.

La plus grande partie des financements a été allouée au sous secteur hospitalier (70%) le reste étant partagé entre les SSP et la formation. Outre l'insuffisance globale des allocations, les déficiences organisationnelles au niveau de la gestion des ressources matérielles et humaines ont aggravé la situation. Le taux moyen d'exécution du Programme d'Investissements Publics de la Santé n'a été que 75% entre 1983 et 1987. Seule la part salariale a été réalisée régulièrement, elle atteindra 60% des dépenses du Budget Ordinaire en 1991.

Entre 1986 et 1990, les rubriques budgétaires concernant le matériel didactique, les produits et les matériels de laboratoire, produits et matériel d'entretien, la lutte contre les endémies ont été particulièrement sous-exécutés. Le budget prévu pour les MST et le SIDA -pourtant considéré comme un problème national- n'a été réalisé qu'à 50% en 1989.

Les raisons de cette situation relèvent certes des lenteurs administratives dans l'exécution des commandes mais aussi de l'insuffisance des ressources humaines. En 1988, le Ministère de la Santé Publique n'a exécuté le BEI qu'à hauteur de 27% alors que le taux de réalisation des autres ministères ayant investi dans des infrastructures sociales et administratives atteignaient 47%.

La conséquence immédiate de ces pratiques est que le personnel médical travaille avec des moyens réduits.

On observe en FBU constants une évolution à la baisse des dépenses en matériel, fournitures et produits d'entretien pour les hôpitaux, en produits et matériels de laboratoire ainsi que des dépenses par personne en produits médicaux et pharmaceutiques. A terme, si cette tendance se poursuit, il y a un risque élevé de voir se détériorer considérablement quantitativement et qualitativement les soins dispensés à la population.

L'affectation prioritaire des ressources au secteur hospitalier a nettement défavorisé la population rurale au profit des urbains. Et pourtant, le taux d'occupation des hôpitaux est relativement bas, 45% en moyenne en 1989.

Les corrections qui s'imposent ont été théoriquement planifiées pour l'exécution du Vè plan 1988-92 qui prévoit une redistribution des investissements en vue d'un rééquilibrage, le secteur hospitalier devrait être ramené de 70 à 50% et les SSP devraient bénéficier de **45%** des ressources.

Une sincère volonté de décentraliser l'administration et de donner la **priorité aux SSP** est manifestée par l'actuel gouvernement. Depuis 1989, la mise en oeuvre du projet Santé Population dont l'objectif est d'améliorer la productivité et l'efficacité des services autant que leur accessibilité géographique, économique et sociale, a permis d'engager la réorientation du système et les effets positifs de la meilleure coordination de la supervision sont déjà sensibles.

La réalisation des objectifs est très fortement conditionnée par le soutien de l'aide internationale et la capacité de prise en charge par les communautés locales.

L'aide internationale a été déterminante dans le développement du secteur. Elle a financé 70% des investissements et a apporté une assistance technique nombreuse (106 médecins étrangers sur 325 en 1990). Elle a pratiquement doublé de volume entre 1981 et 1989 si l'on inclut les adductions d'eau en milieu rural. Par rapport au financement extérieur total, la part du secteur santé est passée de **4,5% en 1981 à 9,6% en 1990**. Selon le rapport du PNUD de 1989, le financement extérieur est supérieur de 40% aux dépenses du Ministère de la Santé.

Cependant, l'aide n'a pas été coordonnée, chaque donateur intervenant à son gré dans la zone de son choix avec ses assistants techniques de nationalités différentes mal préparés au terrain. Tous les bailleurs de fonds sont conscients de la **nécessité d'une coordination**, et un comité de coordination -qui n'est pas encore opérationnel- a été créé en 1988.

La contribution des familles au financement de la santé par le biais de la participation aux coûts ne représente que **10 %** des coûts réels et jusqu'en 1989, elle était directement réintégrée dans le budget central. Depuis 1989, les recettes de la CAM et des soins payants sont versés au budget des communes dont elles représentent globalement 4,7%. Mais les besoins des communes sont si vastes que très peu de ces recettes sont réinvesties dans le secteur Santé.

3.2. LES SERVICES D'EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT

A part Bujumbura, dont l'eau provient du lac Tanganyika, les autres centres urbains et tout le milieu rural sont alimentés en eau potable à partir des émergences naturelles d'eau. Très peu de puits sont en usage dans le pays. Ceci s'explique par l'abondance des sources. On estime à 20.000 le nombre de sources existant dans le pays dont près de 12.500 sont déjà aménagées ou captées pour des adductions. Les forages de puits sont surtout réalisées dans les parties basses du pays (plaine de l'Imbo et partie Nord de la province de Kirundo, Mosso-nord).

Toutefois, malgré un régime pluviométrique satisfaisant dans l'ensemble du pays, la disponibilité en eaux souterraines et de surface reste inégale. La densité des sources aménagées passe d'une source pour un rayon de 350 mètres dans les zones proches de la crête Zaïre-Nil à une source pour un rayon de 2.000 mètres dans les zones de dépression.

Sur l'ensemble du pays le taux moyen de couverture, mesuré par la part des familles disposant d'un point d'eau à moins de 500 m de leur habitation est passé de 22% en 1982, à 30% en 1987, et 52% en 1990. Environ 93% de la population urbaine est desservie. Pour la population rurale, le taux de desserte est de 49% en 1990, dont 75% grâce aux sources aménagées.

Les autres familles desservies s'approvisionnent à des bornes fontaines, une part infime (moins de quatre pour mille) des ménages ruraux bénéficiant de branchements individuels. Cependant, ce taux moyen recouvre des disparités considérables d'une région à l'autre, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 12 : TAUX DE DESSERTE EN EAU POTABLE PAR PROVINCE (1990)

PROVINCE	TAUX DE DESSERTE % FIN 1990
BUBANZA	39
BUJUMBURA	56
BURURI	62
CANKUZO	58
CIBITOKÉ	68
GITEGA	67
KARUZI	46
KAYANZA	50
KIRUNDO	28
MAKAMBA	41
MURAMVYA	56
MUYINGA	22
NGOZI	30
RUTANA	45
RUYITI	73
TOTAL	49

En milieu rural, 40% de la population doit chercher l'eau à plus de 500 m. de distance. Dans la province de Muramvya, un ménage consacre en moyenne **1H15'** à la collecte d'eau. Cette tâche peut demander **2 heures** et plus dans les régions de l'Imbo et du Bugesera. L'enquête réalisée par le Ministère du Développement Rural, en 1989, montre que, en moyenne, les femmes et les enfants passent respectivement **28 et 26 min./jour** pour puiser de l'eau aux sources aménagées.

La population non desservie s'approvisionne aux sources non aménagées, dans les rivières et les marais. Dans certaines zones, seule l'eau des marais est disponible.

L'eau est abondante mais la consommation est faible

Avec une eau abondante et de bonne qualité, il est surprenant de constater que seules la population urbaine et la population rurale desservie par branchement individuel utilisent de 100 à 150 litres d'eau/pers./jour, les usagers des fontaines publiques se limitent à **30 l./pers./jour**.

La majorité de la population rurale ne consomme pas plus de **10 l./pers./jour**.

Une récente enquête en milieu rural estime que:

- * 53% des familles consomment en moyenne moins de 10 litres d'eau par personne et par jour;
- * 40% consomment de 10 à 30 litres par personne et par jour;
- * seulement 7% des familles consomment en moyenne, plus de 30 litres par personne et par jour.

Les raisons principales de cette faible consommation tiennent aux faibles besoins d'utilisation ressentis par la population et aux contraintes du transport. La charge de l'approvisionnement des familles est dévolue aux femmes et aux enfants, et, en terrain accidenté, cette tâche est coûteuse en temps et en énergie. Seuls 12% des hommes contribuent au transport de l'eau.

L'eau est de bonne qualité, elle est pure à l'émergence de la source, mais arrive polluée au consommateur.

En milieu rural, l'eau distribuée ne reçoit aucun traitement. Les quelques analyses bactériologiques réalisées à partir des sources ont montré que 90 % sont de bonne qualité.

La pollution commence parfois dès le point de puisage ; en effet, la population n'a pas encore partout appris à protéger systématiquement les sources, et il arrive que les animaux piétinent le point d'émergence qui, par ailleurs, sert à tous usages d'hygiène domestique.

A l'étape suivante, l'eau est transportée et stockée dans des récipients qui ne sont pas nettoyés soigneusement ; enfin, chacun puise à sa guise, sans précaution, dans le récipient.

Peu conscients du processus de contamination et de ses effets sur la santé, les usagers acceptent mal de payer la redevance pour un aménagement dont ils ne voient pas les effets bénéfiques. L'utilisation de l'eau pure est sélective selon les usages mais pas toujours à bon escient. Ainsi la bière de banane, consommée en quantités non négligeables par les enfants, est préparée de préférence avec l'eau des sources traditionnelles; elle est insuffisamment fermentée et sa qualité bactériologique est très souvent mauvaise.

La population est prête à contribuer financièrement à l'entretien des installations, mais n'accorde pas une grande confiance dans les institutions chargées de la collecte des redevances.

Les ouvrages sont effectués avec la participation de la population qui a à sa charge les travaux de terrassement, la main-d'oeuvre et le matériel d'oeuvre disponible localement: ce qui ne représente que 10 à 20% du coût unitaire. Dans certains cas, les communes financent cette cotisation pour la population. L'entretien des ouvrages hydrauliques en milieu rural est confié aux Communes bénéficiaires qui disposent de Régies communales. L'eau distribuée en milieu rural était gratuite jusqu'en 1989 par tradition. Depuis la création des Régies communales de l'eau en novembre 1990, plusieurs communes ont commencé à faire payer l'eau suivant un tarif annuel variant de 200 à 400 FBU par ménage.

Les latrines rurales sont dangereuses et ne répondent pas aux normes d'hygiène.

En milieu urbain, la population équipée est estimée à 71% dont 10% par tout à l'égoût et le reste par fosse septique. On estime qu'il y a une latrine pour 12 habitants.

En milieu rural, l'enquête effectuée par l'UNICEF en 1991 auprès de 4.000 familles montre que 94% des familles disposent de latrines dont environ la moitié sont de qualité acceptable. Les autres latrines sont souvent de simples fosses couvertes de troncs d'arbre, et sans abri ; la profondeur de ces latrines n'excède pas 1m50 et elles sont souvent à ciel ouvert. Attirant les mouches, ces latrines constituent plus un facteur de propagation des maladies qu'une disposition d'assainissement.

Des modèles de latrines améliorées ont été proposés et diffusés (4.000 latrines familiales installées depuis 1988) ainsi qu'une centaine de latrines destinées à des centres scolaires ou de santé. Néanmoins, le coût unitaire (120 US\$) de ces équipements reste inaccessible pour la grande majorité des foyers.

Jusqu'en 1962, d'importants efforts d'investissement ont été consentis dans le secteur puisque 34 adductions d'eau ont été construites, 10.000 sources aménagées et 300 puits équipés. Après l'indépendance, la relève a été assurée par la Coopération Belge et diverses ONGs dont l'AIDR chargée de l'entretien des infrastructures hydrauliques. Ce n'est qu'en 1979 qu'une structure publique spécifique, DGHER, a été créée pour l'amélioration de l'eau en milieu rural et qu'un budget lui a été attribué. Cependant, le financement du secteur a continué de dépendre de l'aide internationale.

Le premier Atelier de l'Eau tenu en 1982 dans le cadre de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement s'était fixé pour objectifs de desservir 95 % de la population urbaine et 40 % de la population rurale en 1987 et d'identifier les ressources disponibles.

Un deuxième Atelier national de l'Eau et de l'Assainissement s'est tenu en Janvier 1992, mettant l'accent sur la viabilité des ouvrages hydrauliques et sanitaires. L'éducation à l'hygiène et la participation active de la population à toutes les phases des travaux ont été parmi les principales recommandations pour les années 90.

La mobilisation des financements extérieurs a été satisfaisante même si elle n'a pas toujours été bien coordonnée, et que les objectifs initiaux n'ont pas été atteints. Certaines régions sont manifestement défavorisées: dans la province de Muyinga, le taux de desserte n'était que de 18,4% en 1987, contre 60% dans celle de Kayanza. Par ailleurs, en 1987, seulement 164 des 243 structures de santé en milieu rural bénéficiaient d'une alimentation en eau potable.

La complexité des opérations d'aménage d'eau étant qualitativement différente selon qu'elles sont effectuées en milieu rural ou urbain, les coûts varient d'autant. Entre 1983 et 1987, les financements ont été multipliés par 3,6, mais 75% des investissements ont été utilisés au bénéfice des 6% de la population vivant en milieu urbain.

Sur les 3 premières années du V^{ème} Plan, 62% des financements étaient destinés au milieu rural, mais le budget de 1990 -590 millions de FBU- n'a atteint que 70% de celui de 1989 et pour 1991, 120 millions seulement sont prévus pour le milieu rural. Enfin, la quasi-totalité des financements sont dévolus à l'approvisionnement en eau, un intérêt très limité étant accordé jusqu'à présent à l'assainissement et à l'éducation à l'hygiène.

CHAPITRE II

L'EDUCATION

1. TROP D'ENFANTS ET DE FEMMES SONT INSUFFISAMMENT INSTRUITS

De nos jours, au Burundi, presque un enfant sur deux de 7 à 12 ans ne va pas à l'école primaire. Il n'existe pas de structure favorisant le développement du jeune enfant, et très peu d'activités sont initiées dans ce domaine. Six adultes sur dix (sept femmes sur dix) ne savent ni lire ni écrire.

Ainsi que l'a rappelé le Sommet Mondial des Enfants en 1990, l'éducation n'est pas seulement un moyen pour améliorer la situation sanitaire. **L'éducation de base est un droit fondamental des enfants** parce que c'est elle qui détermine leur avenir en tant qu'hommes et femmes et en tant que citoyens. Le développement de la nation ne peut être conçu sans la formation et le développement humain intégral de sa population.

Les activités d'éveil du jeune enfant contribuent de façon sensible à son développement physique et psycho-social.

L'extension de l'école primaire, en offrant aux garçons et aux filles de nouveaux schémas d'activités et de comportement social, contribue à remodeler les structures de base de la société.

L'alphabétisation contribue à la participation active de la population au développement du pays ainsi qu'à l'amélioration de ses conditions de vie.

A/ L'éducation du jeune enfant

L'éducation et l'encadrement du jeune enfant (0-6ans) n'est pas encore prioritaire au Burundi et l'éducation préscolaire n'a pas encore été organisée de façon formelle. Les jeunes burundais reçoivent encore une prime éducation strictement familiale, souvent dispensée par la fratrie et, en milieu urbain, par des employés domestiques eux-mêmes sous-éduqués.

Dès l'arrivée du bébé suivant, c'est-à-dire, très souvent, vers l'âge de 2 ans, l'enfant quitte le dos de sa mère pour se retrouver sur le dos de l'une de ses soeurs.

Il a déjà été sevré, parfois brutalement, lorsque sa mère s'est aperçue qu'elle était à nouveau enceinte. A partir de ce moment c'est la fratrie qui devient son milieu de vie et qui va s'occuper de son éducation.

Il sera l'objet de moquerie s'il ne contrôle pas ses sphincters ou s'il continue de réclamer le sein, ou de vouloir dormir avec sa mère. Il sera corrigé s'il se conduit mal. Au fur et à mesure du développement de sa capacité d'autonomie il passe sous le contrôle de la famille élargie, il peut être nourri mais aussi corrigé par tous les membres de la parentèle. Dans ce contexte, on va inculquer à chacun selon son sexe les attitudes sociales qui lui conviennent.

Vers l'âge de 4 ans la petite fille porte déjà un bébé sur son dos, en prend soin et le fait manger. Désormais, et jusqu'à l'âge adulte, elle assure, avec sa mère, les charges du ménage, et l'aide prioritairement aux corvées de l'eau, du bois, et à la prise en charge des plus petits.

C'est ainsi qu'elle grandit, occupée par les tâches de l'arrière-cour, "umunyakigo". Elle est préparée à l'humilité, on lui apprend à ne pas rétorquer, à ne pas s'asseoir avec les hommes. Le garçon, lui, sort avec son père, il se fait des relations extérieures. A l'adolescence, la fille participe à tous les travaux agricoles et domestiques avec sa mère, le garçon s'occupe des troupeaux et participe aux activités des hommes.

Les petits enfants s'entre-éduquent. C'est une fonction qui décharge la mère puisqu'elle n'est plus la seule à se soucier des soins du nourrisson tels que le faire dormir, le porter sur le dos, surveiller son sommeil, le faire jouer et le nourrir.

L'univers socio-éducatif de l'enfant est donc le résultat des efforts conjugués des parents, des frères, des soeurs, et du voisinage.

Dans l'éducation traditionnelle, la responsabilité des enfants dans la prise en charge de leurs petits frères et soeurs est comme une obligation sociale que les enfants intériorisent lentement suite à l'éducation et aux devoirs sociaux.

A Bujumbura et dans les centres urbains, les petits enfants sont souvent livrés à eux-mêmes, ou sont gardés par des personnes qui ne sont pas qualifiées pour les encadrer. Il existe cependant quelques centres d'accueil, réservés à une toute petite minorité, et situés pour la plupart dans la capitale.

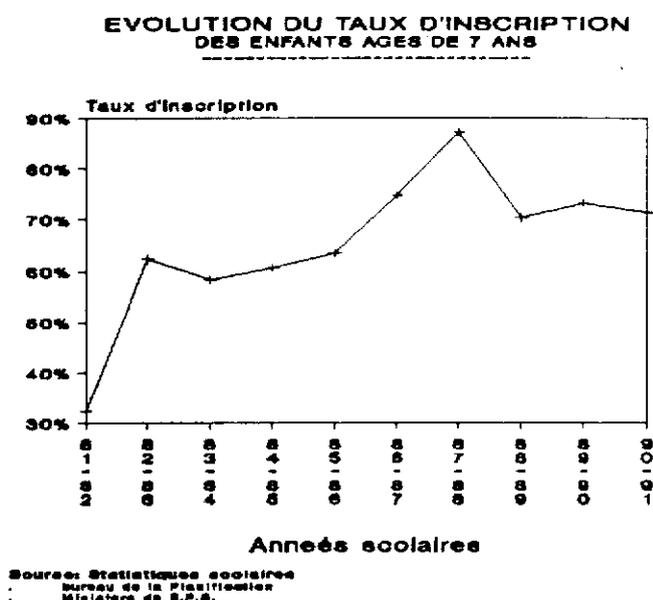
B/ L'éducation primaire

L'actuelle politique pour l'Education Primaire s'appuie sur la Réforme de l'Enseignement de 1973, qui visait "à adapter l'enfant à son milieu de vie en axant sa formation sur la ruralisation et la kirundisation, en vue de créer une véritable école communautaire".

Un fait marquant de la dernière décennie, en matière d'éducation primaire, est la très forte progression des taux de scolarisation.

En 10 ans, les effectifs globaux de l'enseignement primaire sont passés de 207.457 à 647.994 élèves. Le taux net de scolarisation est passé de 19% en 1981-82 à 52% en 1990-91. Ceci signifie qu'il y a dix ans moins d'un enfant sur cinq, d'âge scolaire, allait à l'école. Aujourd'hui, ce sont un peu plus de la moitié des enfants qui sont scolarisés dans le système formel.

Figure 16 : Evolution du taux d'inscription des enfants âgés de 7 ans



Le taux de scolarisation des filles, insignifiant avant l'Indépendance (20%), était encore largement inférieur à celui des garçons au début des années 80 (38,5% des écoliers en 1982 sont des filles). En 1990, la proportion des filles à l'école primaire est passée à 45%.

Le taux brut de scolarisation, indicateur également utilisé, exprime plus la capacité d'accueil des écoles primaires burundaises que la scolarisation effective. Il est passé de 33% en 1981-1982 à 75% en 1990-1991.

L'objectif d'inscription de tous les enfants de 7 ans en première année de l'enseignement primaire, décrété en 1981, s'est traduit par une augmentation progressive du taux d'inscription initiale des enfants âgés de 7 ans, de 32% en 1981-82 à 62% en 1982-83 puis 87% en 1987-88. Il a regressé en 1988-89 et se situe, depuis, juste au-dessus de 70%.

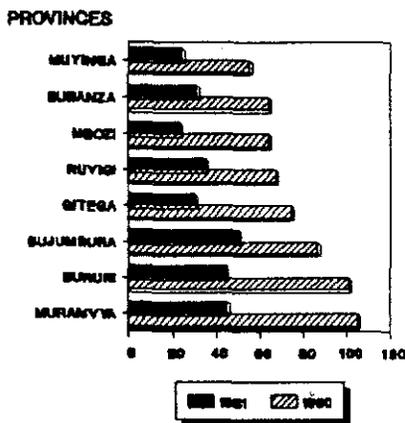
Encadré 10

TAUX DE SCOLARISATION	
Taux brut de scolarisation:	$\frac{\text{enfants scolarisés}}{\text{enfants de 7 à 12 ans}}$
Taux net de scolarisation:	$\frac{\text{enfants de 7 à 12 ans scolarisés}}{\text{enfants de 7 à 12 ans}}$
Taux d'inscription:	$\frac{\text{enfants de 7 ans en 1ère année}}{\text{enfants de 7 ans}}$

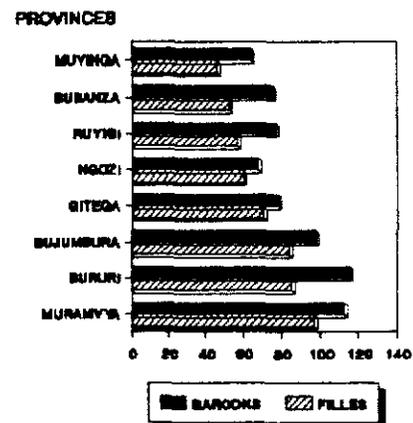
Cette rapide progression des taux de scolarisation a traduit l'engagement du Gouvernement et le vif intérêt des parents pour que leurs enfants reçoivent une éducation formelle. La stagnation actuelle rend compte de la persistance des obstacles qui s'opposent à la réalisation de l'objectif "Education Pour Tous en l'an 2000". Parmi ceux-ci, il faut noter la déception des parents qui n'avaient prévu ni la saturation si rapide des écoles qu'ils ont construites depuis 10 ans, ni le peu d'opportunités nouvelles d'emploi que la scolarisation allait donner à leurs enfants.

Figures 17.1 - 17.2

EVOLUTION DU TAUX BRUT DE SCOLARISATION
PAR PROVINCE (1991 et 1992)



EVOLUTION DU TAUX BRUT DE SCOLARISATION
PAR SEXE ET PAR PROVINCE



Dans l'ensemble, 72,3% des élèves entrés à l'école atteignent la dernière classe. Le problème est que leur cheminement est de plus en plus lent puisqu'ils mettent en moyenne plus de 8 ans pour parcourir les 6 années du cycle primaire.

La probabilité de passer directement d'une classe à l'autre diminue quand on approche de la 6ème classe. En fait, l'objectif visé n'est pas l'achèvement de l'école primaire, mais l'accès à l'école secondaire, conditionné par la réussite au concours national d'entrée au lycée. Celui-ci est très sélectif puisque seulement 9,7% des candidats sont reçus. Les redoublements successifs ont pour objectif de multiplier les chances d'atteindre l'enseignement secondaire. En 6ème année de primaire, seulement 13% des élèves ont l'âge normal (12-13 ans), 33% sont âgés de 16 à 20 ans. 48% des élèves redoublent la sixième année au moins une fois.

D'importantes disparités régionales sont observables en ce qui concerne les taux de scolarisation et d'inscription initiale. En 1990, les régions de Muyinga, Ngozi, Bubanza présentaient un taux brut de scolarisation inférieur à 65%. C'est dans les régions de Muramvya et Bururi que les progrès ont été les plus spectaculaires, dans certaines zones, la pleine inscription est quasiment atteinte.

La proportion de filles dans les effectifs de l'école primaire est actuellement de 45%. La scolarisation de base chez les filles a progressé de façon plus remarquable que chez les garçons, la tendance à l'abandon plus précoce chez les filles semble avoir disparu, au moins au niveau de la moyenne nationale ; la proportion des filles dans les effectifs scolaires reste stable jusqu'à la 6ème classe. L'introduction de la double vacation a peut-être favorisé cette évolution en laissant les filles libres à mi-temps pour participer aux travaux domestiques. Néanmoins, la réussite des filles au concours d'admission au secondaire est inférieure à la moyenne (7,6 contre 9,7%).

Les disparités inter et intra-régionales relatives à la scolarisation des filles mettent en évidence un écart considérable entre la province de Muramvya où la discrimination paraît faible et celle de Muyinga où moins de la moitié des filles sont à l'école.

Les effectifs de l'enseignement secondaire s'élevaient en 1990 à 35.467 élèves pour une population de 658.902 jeunes âgés de 13 à 18 ans, soit un taux brut de scolarisation de 5,4%, l'un des plus bas parmi les pays de la région. Conséquence de la moindre réussite des filles au concours national, dans le secondaire, les filles ne représentent plus que 22% des effectifs, proportion comparable à celle qui prévalait dans le primaire 10 ans avant l'indépendance.

C / L'éducation non formelle.

Il faudra attendre les résultats définitifs du RGP 1990 pour connaître réellement l'extension actuelle de l'analphabétisme au Burundi.

En 1979, le taux d'analphabétisme féminin s'élevait à 74%.

Les données disponibles pour l'année 1985 font état d'un taux d'alphabétisation des adultes de 53% pour les hommes et de 32% pour les femmes.

Une enquête réalisée en 1990 révèle que, dans les régions du Buyenzi et de Kirimiro, le taux d'analphabétisme est déjà de 43% parmi les femmes de moins de 20 ans, il atteint 85% parmi celles, qui ont entre 20 et 25 ans; au delà de 40 ans on ne rencontre pas de femmes sachant lire et écrire.

Les jeunes qui ne trouvent pas de place à l'école, ceux qui abandonnent en cours d'étude ainsi que les adultes qui n'ont jamais ou très peu été scolarisés et ceux qui ont perdu leurs acquis scolaires à force de ne pas les utiliser constituent le public potentiel des divers programmes d'alphabétisation. Ces activités ont jusqu'à présent principalement été exécutées par les églises, catholiques et protestantes, certaines ONGs (dont Action Aid), et par les centres socio-éducatifs.

Les Centres Yaga-Mukama des églises catholiques, qui accueillent les enfants dès l'âge de 6 ans, enregistraient environ 270.000 fréquentants de tous âges en 1986. Ces centres ont connu des difficultés en 1987 et la fréquentation a baissé. Actuellement, il existe un centre Yaga-Mukama par commune, avec environ 210.000 fréquentants (en 1991). Leur âge varie entre 8 et 18 ans, la formation dispensée comprenant des notions de base en lecture et écriture ainsi qu'en hygiène, agriculture, géographie, biologie et calcul. Les élèves paient une contribution de 100 Fbu, le reste étant à la charge de la paroisse. L'enseignement se déroule 3 ou 4 fois par semaine, et la durée des cours varie entre 4 et 6 ans, selon les diocèses. Le passage d'un niveau à l'autre se base surtout sur la réussite de l'examen de catéchisme.

La communauté islamique dispense un enseignement religieux dans les écoles coraniques situées dans les petits centres urbains, dans tout le pays. Les enfants y apprennent à lire et écrire en arabe uniquement, suivant un programme de cours s'étalant sur 5 ans.

Il existe très peu d'information fiable sur le public, les programmes, les performances de l'ensemble des institutions qui oeuvrent dans l'alphabétisation. Les activités d'alphabétisation ne sont pas coordonnées au niveau national.

Dans le cadre d'un projet pilote financé par l'UNICEF, un programme de référence d'alphabétisation de masse a été mis au point en 1990, par une équipe nationale dans le but de définir les moyens et les méthodes à mettre en oeuvre et de tester leur efficacité.

Au total 53 centres d'alphabétisation ont été organisés dans 4 communes différentes, 233 alphabétiseurs ont été recrutés et formés et 10.451 alphabétisants volontaires se sont inscrits pour suivre un apprentissage sur 6 mois.

L'évaluation de ce projet montre que la première pierre d'achoppement est la mobilisation de la population-cible pour cette activité: seulement 10% du public potentiel s'est inscrit et 38% des inscrits ont abandonné avant d'avoir appris à lire, écrire et calculer. L'urgence des travaux agricoles et le découragement étaient les motifs invoqués dans la moitié des cas.

On note que les femmes qui ne représentaient que 44% des inscriptions initiales, ont abandonné moins souvent que les hommes et ont obtenu de meilleurs résultats au test final. Les conditions psycho-sociologiques et matérielles de l'expérience (abandon des enseignants, retard ou absence de fourniture des supports didactiques prévus) expliquent en grande partie la pauvreté des résultats globaux; elles traduisent aussi l'insuffisance de la mobilisation sociale à tous les niveaux.

Les difficultés rencontrées dans ce projet sont aggravées par l'absence d'une stratégie de post-alphabétisation. Faute de matériel en Kirundi pour consolider les acquis, 40% des bénéficiaires des différents programmes d'alphabétisation retombent dans l'analphabétisme.

Encadré n° 11

L'éducation formelle : repères historiques

L'éducation formelle est entrée au Burundi en 1925 avec le premier programme des écoles primaires élaboré par le Vicariat Apostolique du Burundi. Elle est restée religieuse et s'est développée par la création d'écoles post primaires, du petit séminaire en 1924, de l'école d'Astrida pour la formation d'auxiliaires d'administration en 1930. En 1948, fut décidée la multiplication des écoles post-primaires ne donnant pas accès aux niveaux supérieurs. L'admission était soumise à des critères ethniques. A l'exception des filles de notables pour qui fut ouverte l'école post-primaire de Mugeru en 1940, les filles participaient très peu à l'enseignement formel.

A l'indépendance en 1962, le taux de scolarisation ne dépassait guère 20% et il n'y avait aucun établissement d'enseignement supérieur dans le pays. En raison du besoin pressant de cadres pour administrer le nouvel état indépendant, l'accent a été mis prioritairement sur l'amélioration du rendement de l'enseignement primaire -mesuré par le taux de passage dans le secondaire- et sur la mise en place de l'enseignement supérieur.

2. LE SYSTEME EDUCATIF FORMEL EST MAL ADAPTE AUX ATTENTES DE LA POPULATION ET SOUFFRE DE MANQUE DE MOYENS

Le système formel d'éducation est structuré en trois niveaux :

- L'école primaire, qui dispense en six ans, un enseignement de base, accueille les enfants à partir de l'âge de 7 ans;
- L'école secondaire se subdivise en trois filières, à savoir:
 - . l'enseignement général comprenant deux cycles, le premier de 4 ans (collège) et le second de 3 ans (lycée)
 - . l'enseignement secondaire pédagogique
 - . l'enseignement secondaire technique et professionnel.
- L'université et les établissements spécialisés qui dispensent l'enseignement supérieur.

Le passage du Primaire au Secondaire est conditionné par la réussite au concours national d'entrée dans l'enseignement secondaire. A la fin du collège, les élèves sont ensuite orientés dans les différentes filières du Second Cycle, en fonction de leurs choix et de leurs résultats.

Comme pour le secteur de la Santé, le poids de l'héritage colonial et des deux premières décennies de l'indépendance ont largement influencé la politique du pays en matière d'éducation.

Ce n'est qu'en 1981 que le Gouvernement s'est prononcé officiellement en faveur de l'éducation primaire pour tous, ce qui s'est concrétisé en 1982-83 par la mise en place de la double vacation.

Depuis la réforme de 1973, le Kirundi, langue maternelle, est devenue langue d'enseignement, au niveau du primaire, et le français est enseigné comme seconde langue dès les premières classes. Depuis 1982, avec l'introduction de la Carte Scolaire, l'Etat s'est dégagé de la responsabilité exclusive de construire des écoles primaires, et a confié aux collectivités locales la construction et la gestion des infrastructures. La mobilisation des autorités locales aussi bien que des familles pour amener les infrastructures à la hauteur des besoins a permis de multiplier par 1,7 le nombre d'écoles primaires qui sont actuellement 1.329, soit une école pour 480 élèves.

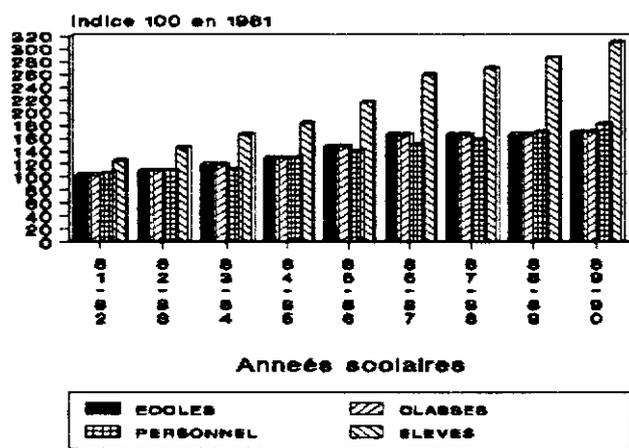
Cependant, au cours de la même période le nombre d'enfants à l'école a été multiplié par 3 et les écoles et les classes sont toujours en nombre insuffisant pour recevoir tous les enfants qui veulent s'y inscrire.

En dépit de la double vacation, il reste toujours près de la moitié des enfants qui ne sont pas scolarisés et ceux qui trouvent une place à l'école travaillent dans des conditions qui se sont sérieusement dégradées, puisque le nombre d'élèves par classe est passé de 42 en 1981-82 à 63 en 1985-86 et 75 en 1990-91.

La répartition géographique de la demande, par rapport aux écoles existantes et à leur capacité d'accueil, ne semble pas être à ce jour connue avec précision. On s'accorde généralement à reconnaître qu'il existe selon les régions d'importants déséquilibres entre l'offre et les besoins. Face à cette situation, l'urgence d'établir une carte scolaire rationnelle s'est de nouveau fait jour et un séminaire national sur la question a été organisé en juin 1991.

Figure 18 :

EVOLUTION DU NOMBRE D'ECOLES, DE CLASSES
DU PERSONNEL ET D'ELEVES (1981-1990)



Source: Statistiques scolaires
Bureau de la Planification
Ministère de l'E.P.S.

Au niveau national, le problème central de l'éducation de base est celui de la **faible efficacité du système**: avec une capacité d'accueil correspondant à 75% des enfants de la classe d'âge concernée, il n'en accueille en réalité, du fait des redoublements et des inscriptions tardives, que 52% et, malgré tout, les classes sont surchargées et le niveau moyen des enfants est faible.

Le premier obstacle à la scolarisation universelle est la place disponible. L'inscription en première année tient compte de l'âge (normalement 7 ans) mais aussi des places disponibles.

Ainsi, au lieu d'entrer à l'école à 7 ans comme prévu, il n'est pas rare que les enfants soient contraints d'attendre l'âge de 8 ou 9 ans. Ensuite, un élève met en moyenne 8,27 ans pour parcourir le cycle primaire complet. Parmi cent élèves qui passent le concours d'entrée au secondaire, seuls 9,7 réussissent. Le redoublement multiple est devenu quasi-systématique, il fait partie de la stratégie d'accès au niveau secondaire.

Cette stratégie, qui provoque un engorgement des dernières classes, est à l'origine d'un processus d'échec auto-entretenu.

Les redoublants gonflent les effectifs, rendant plus difficile le travail du maître et contribuant ainsi à préparer le redoublement des vagues successives de nouveaux arrivants. Certains élèves interrompent leurs études temporairement pour aider aux travaux agricoles, d'autres reviennent en classe après 1 an d'absence, d'autres enfin tentent de s'inscrire en cours de route après avoir suivi les cours d'alphabétisation des écoles Yaga mukama.

Le second obstacle est la distance qui, probablement, est à l'origine des échecs et abandons précoces. On estime qu'il y a au moins une école par colline administrative et que tous les enfants se trouvent dans un rayon de 4 kms de l'école.

la distance est d'autant plus fatigante que l'enfant est jeune et malnourri et qu'il doit aider aux tâches domestiques avant et après l'école. Les résultats scolaires s'en ressentent. Les mauvais résultats scolaires sont la première cause d'abandon, ils expliquent 47% des abandons de garçons et 30% des abandons de filles.

L'effet des abandons successifs devrait être d'alléger la population dans les classes de 5^{ème} et 6^{ème}, mais l'intensité des redoublements et des inscriptions intermédiaires fait qu'il n'en est rien. En définitive ce sont les élèves, plus âgés, des classes supérieures qui occupent l'école et font obstruction à l'entrée de leurs camarades plus jeunes.

Le troisième obstacle est le mauvais rapport Qualité-Coût pour les familles. La scolarisation des enfants est un investissement pour les familles. Plus la scolarité se prolonge et plus son coût est élevé. Il s'exprime non seulement en termes de frais de scolarité mais aussi, au niveau de l'exploitation agricole, en termes de manque à gagner et de déséquilibre entre les besoins alimentaires et la force de travail. Seuls les exploitants capables de louer la main-d'oeuvre salariée peuvent se permettre de maintenir plusieurs enfants à l'école et souvent, dans les familles, on mise sur un seul des enfants, lequel doit réussir coûte que coûte.

TABLEAU 13

RAISONS POUR AVOIR QUITTE L'ECOLE					
RAISON	CHEFS DE MENAGE	EPOUSES	GARCONS AGES DE 7 ANS OU+	FILLES AGEES DE 7 ANS OU+	TOTAL
PAS D'ECOLE PROCHE	10,5	25,6	4,3	4,3	14,2
NON ADMIS	14,8	10,9	8,6	23,2	13,4
MAUVAIS RESULTATS	20,5	5,7	47,3	30,4	20,6
RAISONS FINANCIERES	9,0	3,8	9,7	13,0	7,7
INUTILITE DES ETUDES	31,4	39,3	15,1	20,3	30,4
AUTRES	13,8	14,7	15,1	8,7	13,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ref. CAVIEZEL - FOUGA

Ce problème de coûts pour les familles se renforce avec les difficultés croissantes d'accès à l'école secondaire. La progression du nombre de places à l'école secondaire n'ayant pas suivi la progression de la scolarisation de base, la probabilité d'atteindre le niveau secondaire a fortement régressé. Il y a 10 ans, sur 100 enfants qui terminaient le cycle primaire, 18 réussissaient au concours d'entrée dans le secondaire qui leur ouvrait la voie des carrières administratives. Actuellement moins de 10 sont admis.

Ainsi des parents de plus en plus nombreux voient se réduire à néant l'espoir d'avoir un enfant capable de trouver un métier hors l'agriculture.

C'est peut-être de cette façon surtout que les parents perçoivent la "mauvaise qualité" de l'éducation car pour le moment l'avantage d'avoir étudié pendant 8 ans pour redevenir agriculteur n'est pas évident: 15% des abandons de garçons et 20% des abandons de filles sont justifiées par l'inutilité des études.

COUT DE L'ECOLE

Année scolaire 1990 - 1991 :

Certains parents hésitent encore à confier leurs enfants à l'école ou les retirent trop tôt du circuit. L'école coûte cher et prive la famille rurale de main-d'oeuvre. En tenant compte du matériel scolaire et des différents frais scolaires, on aboutit aux coûts suivants par élève et par an :

- Primaire

- . 1er degré (1ère et 2ème années) : 2.137 FBU
- . 2ème degré (3ème et 4ème années) : 3.197 FBU
- . 3ème degré (5ème et 6ème années) : 4.363 FBU

- Secondaire

- . Elève externe : 21.591 FBU
- . Elève interne : 28.431 FBU

De nombreuses écoles manquent des équipements élémentaires.

La multiplication des écoles construites par les collectivités locales ne permet pas à la Régie des Productions Pédagogiques de fournir à temps les livres et cahiers. C'est ainsi que dans certaines écoles, les élèves sont contraints de partager à plusieurs les livres. Pourtant le Bureau de l'Enseignement Rural est équipé pour produire des livres en suffisance.

La demande de scolarisation est telle que dans certaines régions, en dépit de la double vacation, les classes restent surchargées.

Les maîtres en exercice ont été soit formés dans les différentes écoles de formation pédagogiques, soit recrutés, sans formation pédagogique, pour faire face à l'ampleur de la demande. Outre la formation pédagogique, les lycées pédagogiques dispensent un enseignement orienté vers les activités de ruralisation -travaux pratiques agricoles, éducation rurale, pratique que les maîtres n'ont plus l'opportunité de mettre en valeur avec la double vacation.

Les maigres acquis de la plupart d'entre eux se sont évaporés, faute d'occasion de les utiliser dans un milieu où l'écrit est quasi-inexistant.

Les inspecteurs et directeurs de l'enseignement primaire, démunis de moyens de transport pour visiter régulièrement les écoles, tendent à concentrer leur activité sur les écoles les plus proches, délaissant les plus éloignées dont le besoin d'encadrement est plus intense.

La pauvre qualité de l'enseignement a pour conséquence immédiate le faible niveau des élèves. L'évaluation des acquis scolaires réalisée en 1989, auprès de 2053 élèves répartis dans 47 écoles du pays révèle qu'à la fin de sa scolarité primaire, seulement "1 élève sur 5 maîtrise les 4 opérations et sait résoudre les situations-problèmes" et que seulement 15% des élèves réussissent à produire un message écrit correct et cohérent en langue française.

La formation des maîtres a été révisée, prolongée et ses aspects théoriques ont été renforcés. Elle est maintenant dispensée dans les lycées pédagogiques, soit 8 ans d'études après le primaire, la première promotion de cette nouvelle formation n'est pas encore en exercice, il faudra donc attendre quelques années pour juger de l'efficacité des nouveaux maîtres.

D'ores et déjà se pose le problème de la revalorisation du métier d'instituteur. Mal payé et exercé dans des conditions peu attrayantes, il ne suscite guère de vocations: en 1990-91, on n'enregistrait que 24 inscriptions volontaires pour 1.000 places disponibles dans les lycées pédagogiques.

Encadré n° 13

LA SANTE SCOLAIRE

L'école est un lieu propice pour engager des modifications profondes et durables des comportements en matière d'hygiène et de santé parce qu'elle intervient auprès d'individus jeunes en les soustrayant momentanément à l'empreinte des habitudes familiales. Un gros travail d'amélioration est à faire dans ce domaine puisque la plupart des écoles n'ont pas encore d'eau courante et que seulement 17 % sont équipées de latrines. Le Programme Eau et Assainissement prévoit des éléments destinés à introduire des notions d'hygiène et de santé dans les curricula et à équiper les écoles des infrastructures d'hygiène minimales. Il devrait être heureusement complété par le projet d'Education de la vie familiale dans les écoles.

Le financement du développement du système d'éducation a été strictement à la charge de l'Etat jusqu'en 1981. Actuellement le gouvernement couvre 60 % des dépenses totales, le reste étant à la charge des communautés locales (17%), des parents (5%) et de l'aide extérieure (18%).

Entre 1981 et 1991, la part de l'éducation dans le budget ordinaire de l'Etat a peu varié, malgré un fléchissement à 15,6% en 1989, elle se retrouve à 19,9% en 1991 contre 21% en 1981. Sa part dans le budget d'investissement est très fluctuante - 5,1% en 1981, 7,1% en 1985, 1,9% en 1988, 3,5% en 1991.

L'éducation primaire qui regroupe plus de 90% des effectifs totaux bénéficie de moins de la moitié des ressources (46% en 1991 contre 30% pour le secondaire et 24% pour l'enseignement supérieur); de plus, 98% de son budget de fonctionnement est affecté aux salaires des personnels.

Alors qu'en moyenne dans l'Afrique Sub-Sahélienne 24% des enfants des classes d'âge concernées accèdent à l'enseignement secondaire, ce taux n'atteint pas 6% au Burundi.

Comparé à beaucoup d'autres pays africains, le coût unitaire de l'enseignement primaire (26 \$ en 1991) est bas, ce qui s'explique par la double vacation.

Les coûts de l'enseignement secondaire (280 \$) et supérieur (1800 \$) sont par contre parmi les plus élevés de l'Afrique Sub-Saharienne. Un calcul rapide montre que le rapport coût/rendement global est insatisfaisant puisque les salaires cumulés pendant 20 ans d'un diplômé de haut niveau ne représentent que 3 ou 4 fois les dépenses occasionnées par sa formation.

L'enseignement secondaire est dispensé à 86% sous le régime de l'internat. Les dépenses en salaires sont de l'ordre de 66% à ce niveau, mais les dépenses d'internat sont lourdes tant pour l'Etat que pour les parents (21%). Compte tenu des ratios enseignants/élèves (1 pour 21 dans le secondaire et 1 pour 11 dans le technique) et de l'importance excessive du personnel de soutien, le coût d'un élève dans le secondaire est estimé à 10 fois celui d'un élève du primaire. Ce système a pu permettre dans le passé l'accès d'une minorité d'enfants ruraux aux études. Dans le présent, il constitue un véritable frein à l'élargissement de l'éducation formelle et au développement du milieu rural en particulier.

Dans l'enseignement supérieur, dispensé localement ou à l'étranger, tous les étudiants bénéficient d'une bourse d'étude. Un étudiant coûte 85 fois le prix d'un élève du primaire, il est aisément compréhensible qu'à ce tarif, cet enseignement soit élitiste.

Le secteur privé n'a pas, dans le passé, eu l'occasion de s'implanter dans l'éducation. Cependant, la faiblesse de l'offre éducative face à la forte demande au niveau du passage du primaire au secondaire a suscité les prémises de son développement.

Au cours des 5 dernières années les effectifs de ses élèves de niveau secondaire sont passés de 1.500 à 3.000 et atteignent maintenant 10% des effectifs de l'enseignement public alors qu'ils stagnent à moins de 1% dans l'enseignement primaire. Ce secteur devrait prendre une importance croissante avec la nouvelle politique de l'éducation.

Dans le passé, hormis les 3 projets d'assistance de la Banque Mondiale (1977, 1980, 1983) qui mettaient successivement l'accent sur le réaménagement de l'enseignement primaire, le développement de l'enseignement technique et l'éducation de base formelle et non formelle, l'aide extérieure s'est principalement concentrée sur l'enseignement secondaire et supérieur.

La finalité du système éducatif n'a pas encore été clairement définie en relation avec les besoins de développement économique. Ainsi qu'il a été évoqué au chapitre de l'emploi, les formations qui sont actuellement dispensées ne répondent ni aux besoins d'évolution de l'agriculture sur laquelle repose encore l'économie, ni aux besoins nouveaux de développement des autres secteurs productifs.

CHAPITRE III

LA VIE ET LE STATUT DE LA FEMME BURUNDAISE

1. LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES LIMITENT LEUR EFFICACITE DANS LEUR ROLE D'AGENT DE SANTE ET D'AGENT SOCIO-ECONOMIQUE

La survie et le bien-être des enfants sont directement déterminés par les conditions de vie de leur mère, par la qualité des soins qu'elle peut leur accorder, par le temps qu'elle peut leur consacrer et par sa propre conception de la maternité. Au Burundi, des progrès considérables pourraient être réalisés si les connaissances, attitudes et pratiques des femmes évoluaient, notamment en ce qui concerne le développement psychomoteur du jeune enfant, mais aussi si les préjugés à leur égard disparaissaient.

Les femmes sont mal ou sous informées

Jusqu'à présent les femmes burundaises ont eu rarement accès à l'école et elles n'ont donc pas bénéficié de l'ouverture que donne l'instruction. La grande majorité d'entre elles, analphabètes, n'ont pas accès à l'information écrite qui arrive rarement jusqu'au rugo, la multiplicité de leurs tâches ne leur laisse pas le temps d'écouter les émissions éducatives diffusées par la radio.

Eduquées dans le rugo, par leur mère qui elle-même leur a transmis les connaissances qu'elle tenait de sa propre mère, les femmes perpétuent encore souvent les attitudes traditionnelles, reproduisent des pratiques néfastes et restent longtemps dans l'ignorance des gestes qui sauvent.

Les effets de leur ignorance se font sentir à toutes les étapes de leur carrière de mère :

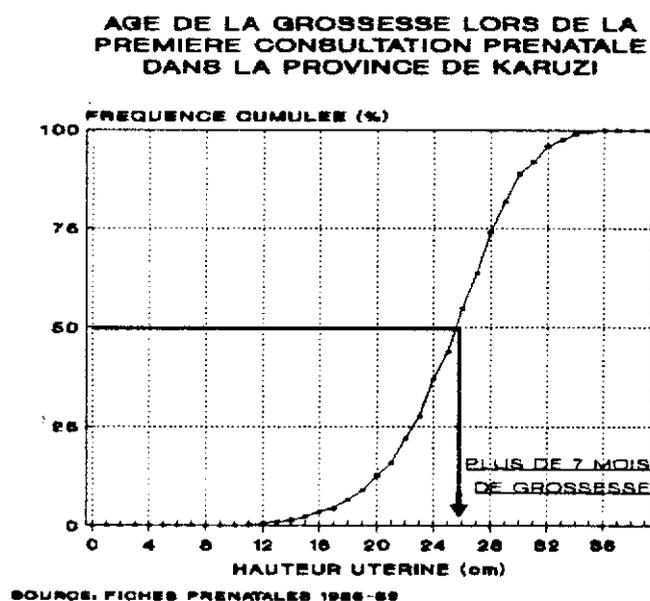
- Avant la grossesse:

Les femmes ignorent le processus de leur propre fécondité d'où une grande inefficacité des méthodes naturelles de contraception, que 24% d'entre elles disent pratiquer.

Pendant la grossesse :

Elles se présentent au centre de santé pour recevoir le vaccin antitétanique qui va protéger leur enfant, mais cette visite est toujours tardive (6 mois de grossesse), ce qui s'explique d'ailleurs souvent par les recommandations faites par les médecins ou personnels des centres de Santé. Beaucoup de femmes ignorent encore qu'une simple visite au centre de santé permettrait de détecter les complications qui risquent de mettre en danger leur vie et celle de leur enfant, elles continuent de se plier aux superstitions qui veulent que l'on cache sa grossesse. Beaucoup d'entre elles suivent un régime alimentaire appauvri afin de ne pas avoir un bébé trop gros - le résultat est que trop de bébés naissent avec une insuffisance pondérale. Souvent, les fausses couches et avortements spontanés ne sont pas considérés comme des problèmes de santé.

Figure 19 - Age de la grossesse à la première consultation



Au moment de l'accouchement:

Souvent les femmes de la famille, qui font office d'accoucheuses, ne savent pas détecter à temps les symptômes des cas qui nécessitent une assistance médicale. Les femmes ignorent l'importance de l'hygiène dans les manipulations de la mère et de l'enfant, les mains ne sont pas toujours lavées, le cordon est pansé avec les produits les plus variés.

Quand l'enfant est né:

Les femmes ignorent comment nourrir l'enfant pour satisfaire ses réels besoins alimentaires; ce dernier absorbe très jeune des aliments inappropriés qui provoquent des diarrhées précoces et répétées; le sevrage est brutal et l'enfant passe directement au plat familial; l'équilibre de ses rations n'est pas surveillé alors que sa mère cultivatrice pourrait produire la nourriture dont il a besoin; l'enfant doit se contenter de 2 repas par jour, alors que son jeune estomac ne peut absorber en 2 fois la nourriture nécessaire à une croissance équilibrée, surtout, comme c'est souvent le cas, lorsque la nourriture familiale de base est pauvre en calories et qu'il faut en absorber de grandes quantités pour avoir une ration correcte. Les femmes ignorent les relations de cause à effet entre une hygiène défectueuse et un mauvais état de santé. L'interprétation des diarrhées infantiles relève souvent de la superstition, les mères recourent alors au guérisseur. Les verminoses sont considérées comme normales, la limpidité de l'eau est le seul critère utilisé pour juger de sa qualité.

Encadré 14

L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

L'allaitement maternel prolongé est encore la règle au Burundi où près de la moitié (49 %) des femmes donnent encore le sein à leur enfant 24 mois après la naissance. Cependant, la complémentation est précoce. L'enfant est mis au sein à la demande, c'est-à-dire dès qu'il pleure. Jusqu'à l'âge de 4 mois la courbe de croissance des petits burundais est parfaitement normale. Il arrive pourtant, que l'enfant pleure, entre les têtées, et, après l'âge de 6 mois, les comportements traditionnels font que la mère trouve normal de lui donner ce qu'elle a sous la main pour apaiser son mécontentement, et l'enfant prend l'habitude de grignoter à toute heure des aliments qui n'ont pas été spécifiquement préparés à son intention : racines de manioc, bière de banane ou de sorgho. Dès lors apparaissent les premières diarrhées qui commencent à endommager la jeune paroi intestinale.

Le régime grignotage-diarrhées continue jusqu'au sevrage complet soit quand l'enfant atteint 2 ans et qu'il passe progressivement au régime du repas familial bi-quotidien ou seulement quotidien pendant les périodes de soudure, soit quand sa mère s'aperçoit qu'elle est à nouveau enceinte et, dans ce cas, l'enfant est sevré quelque soit son âge et passe du jour au lendemain du sein au plat de la fratrie.

Le lait de vache, comme certaines farines de sevrage, produites localement, sont, du fait de leur prix, hors de portée de la plus grande partie des ménages ruraux.

Dans l'ensemble, le manque d'information des femmes limite l'efficacité de la tâche de premier médecin de la famille que pourtant elles assument. L'effet se fait sentir essentiellement au niveau de la prévention des maladies.

Les femmes manquent de temps et sont surchargées de travail

La répartition des tâches dans le ménage est très déséquilibrée. Selon les sources d'informations disponibles, la femme travaille dans les champs en moyenne 8 heures par jour et l'homme 4 heures.

Les femmes, aidées principalement par les filles, assurent la responsabilité quasi complète de la production vivrière pour l'auto-subsistance familiale, de l'entretien du ménage et des soins aux enfants. Ces multiples tâches sont effectuées de façon archaïque: agriculture à la houe, portage des fardeaux sur la tête -dont l'eau et le bois de feu- portage des bébés sur le dos, pilage des graines et tubercules à la main, etc...

Dans ces conditions, la gestion de leur temps pour les activités quotidiennes est étroitement serrée, l'éloignement des champs sur lesquels elles travaillent et la pénibilité des parcours en zone accidentée font qu'en général, pour économiser le temps et le bois de feu, les femmes ne préparent qu'un seul repas par jour. L'alimentation de toute la famille en souffre et particulièrement celle du jeune enfant car il ne trouve pas la distribution régulière au cours de la journée de la nourriture chaude dont il a besoin.

Dans les périodes d'intense activité agricole, l'enfant doit s'adapter aux horaires des adultes et l'irrégularité de son alimentation s'accroît.

Dès qu'une activité supplémentaire est nécessaire, l'emprise des activités quotidiennes sur le temps des femmes engendre une situation de compétition entre les diverses urgences: les visites au centre de santé sont ainsi perçues comme des charges supplémentaires: passer une journée pour transporter et faire soigner un enfant fiévreux ou diarrhéique, c'est perdre une journée de travail au champ, ce qui, à certaines saisons, risque de compromettre la récolte et donc l'alimentation de la famille pour la saison suivante.

Au moment même des premières douleurs de l'accouchement, la plupart des femmes sont encore à l'ouvrage. Elles n'ont pas le temps d'aller à la maternité ni même de chercher assistance. Après l'accouchement, elles s'accordent rarement les jours de repos qui leur seraient nécessaires, et reprennent leurs activités plus ou moins vite, en fonction des travaux en cours et de l'aide qu'elles peuvent recevoir.

Le besoin de liquidités au jour le jour ajoute aux tâches traditionnelles des femmes celles d'aller vendre quelque chose au marché pour faire soigner l'enfant malade ou acheter un produit alimentaire ou d'hygiène de base.

A fortiori, les activités éducatives sont perçues comme de moindre urgence: ainsi les femmes qui s'inscrivent à des cours d'alphabétisation cessent de suivre les cours quand les travaux agricoles se font pressants.

Encadré n° 15

LE TRAVAIL DES FEMMES ET DES FILLES

Dès l'âge de 4 ans la petite fille apprend qu'elle doit participer aux travaux domestiques et agricoles. Quand elle atteint ses 6 ans, ses parents lui allouent une petite parcelle qu'elle doit apprendre à cultiver elle-même. Adolescente, elle contribue largement à la production agricole familiale et participe à toutes les opérations, elle aide sa mère dans tous les travaux domestiques, s'occupe de ses frères et soeurs plus jeunes et occupe ses "loisirs" à des travaux d'artisanat.

Lorsqu'elle est mariée, que son mari a construit la maison, défriché et préparé le terrain, la jeune femme sait qu'elle est devenue seule responsable de toute la production destinée à l'alimentation de la famille et de toutes les tâches ménagères. Dès lors elle va planter, semer, récolter, transformer, conserver, quérir l'eau et le bois de feu tout en portant, allaitant, nourrissant les enfants qu'elle se doit de donner à la belle-famille. Son mari l'aide souvent pour toutes les tâches agricoles, mais, de son côté, elle l'aide plus encore dans tous les travaux agricoles relatifs aux cultures de rente.

La division traditionnelle des tâches - aux hommes les cultures de rente, aux femmes les cultures alimentaires - s'est peu à peu émoussée et les femmes contribuent de plus en plus à l'ensemble des travaux. Selon les données recueillies dans la province de Ngozi et dans la commune d'Isale, une femme rurale se lève vers 6 heures du matin. Après les travaux ménagers elle part aux champs où elle reste jusqu'à 16 heures à certaines périodes. Elle revient entre 12 et 13 heures pour préparer un déjeuner. Quand les travaux agricoles sont pressants, elle n'en prend pas le temps et reste sur le terrain. De 16 heures au coucher du soleil vers 18h30, elle s'affaire aux tâches ménagères puis prépare le repas du soir servi vers 20 heures. Enfin, à 21 heures, elle est la dernière à aller se coucher après 15 heures de travail ininterrompu.

Les migrations masculines pour chercher du travail rémunéré contribuent à alourdir le travail qui incombe aux femmes. Au lieu d'envoyer de l'argent qui permettrait de louer un ouvrier agricole, le mari migrant consacre souvent une partie de ses revenus à l'entretien d'un foyer parallèle sur son lieu de résidence, la première épouse doit alors assumer les tâches masculines en supplément de celles qui lui sont propres.

Les perspectives de changement de cette situation sont faibles car les petites filles sont les premières victimes du manque de temps des mères : traditionnellement, elles relaient leur mère pour porter le dernier bébé sur le dos et prendre soin de lui, elles travaillent au champ et au ménage. Les mères surchargées ont donc tendance à négliger la scolarisation de leurs filles pour profiter de leur aide. En cas d'échec scolaire, les filles ont moins souvent l'opportunité de redoubler que les garçons, on les renvoie au rigo et aux champs.

Dans le secteur moderne, les femmes instruites n'ont pas rencontré de problème majeur quant à l'obtention d'un emploi, mais elles n'occupent guère qu'un emploi sur six et sont généralement recrutées dans les emplois subalternes. Dans la fonction publique, la participation des femmes est passée de 7% à 40% entre 1982 et 1990. Elles sont employées en majorité dans la Santé et l'Éducation. Dans le privé, toutes les femmes qui travaillent dans l'emploi formel sont confrontées au problème de la prime éducation de leurs enfants. Les crèches sont inexistantes, le coût des écoles maternelles privées est inabordable.

Les femmes n'ont pas d'argent et n'ont pas accès au crédit

L'argent des femmes provient des petites ventes de produits d'agriculture ou d'artisanat. Il est en priorité destiné aux stricts besoins élémentaires de la famille qui ne peuvent pas être satisfaits par les produits de l'exploitation. Pour obtenir du crédit, en vue de développer une nouvelle activité, les femmes doivent d'abord obtenir l'autorisation de leur mari et présenter un nantissement. Ces deux conditions sont d'autant plus difficiles à réunir que les femmes ne possèdent rien.

2. LES COMPORTEMENTS TRADITIONNELS EN MATIERE DE FECONDITE RESTENT PREVALENTS

La procréation reste la finalité première du mariage et les femmes, comme les hommes, sont profondément attachées à cette valeur. En 1968, le Burundi était le pays d'Afrique où la fécondité idéale affichait la valeur la plus élevée soit 8,2 enfants. Depuis, les ambitions procréatrices des femmes ont diminué, cependant l'enquête DHS de 1987 fait apparaître que 50% des femmes veulent encore au moins 5 enfants.

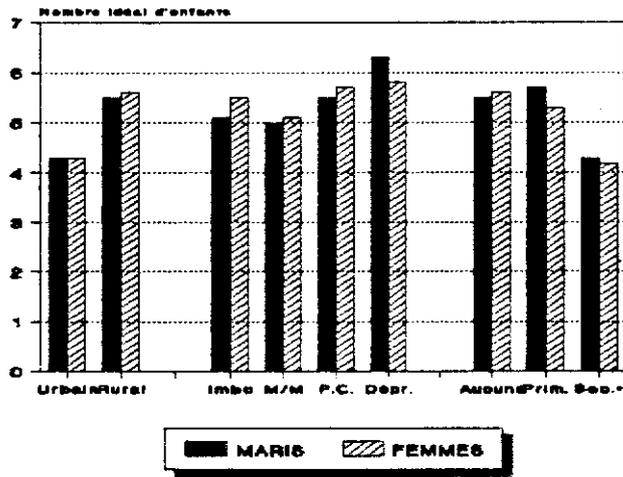
Il n'y a pas de très grande différence entre le nombre d'enfants idéal exprimé par les femmes et celui voulu par les hommes surtout parmi les jeunes couples. On observe cependant que dans la zone des dépressions, où les conditions de vie sont plus dures et dans les couples où la femme est instruite, les femmes désirent moins d'enfants que leurs maris. Presque la moitié des couples dont le mari et la femme ont au moins 30 ans ont déjà plus d'enfants vivants que le nombre idéal exprimé.

Dans la logique de la société traditionnelle, outre la puissance que confère au clan une nombreuse descendance, les enfants ont une valeur socio-économique importante; une femme n'acquiert son statut dans sa belle-famille que si elle met au monde des enfants, c'est aussi la condition pour qu'elle jouisse de l'usufruit de la terre familiale en cas de veuvage.

Parallèlement, plus elle aura de filles et plus celles-ci allègeront ses tâches en contribuant au travail agricole et ménager. Enfin, les parents comptent sur leur progéniture pour les assister dans la vieillesse. Dans un pays où la mortalité infantile est encore très élevée, il est logique que les familles fassent de nombreux enfants dans l'espoir d'en conserver quelques uns. Dans certaines zones, on rencontre une majorité de femmes qui ont perdu un enfant sur 2 et on comprend le faible impact des campagnes menées en faveur de la limitation des naissances et le peu d'attrait pour les services de planification familiale pourtant disponibles dans 87% des Centres de Santé.

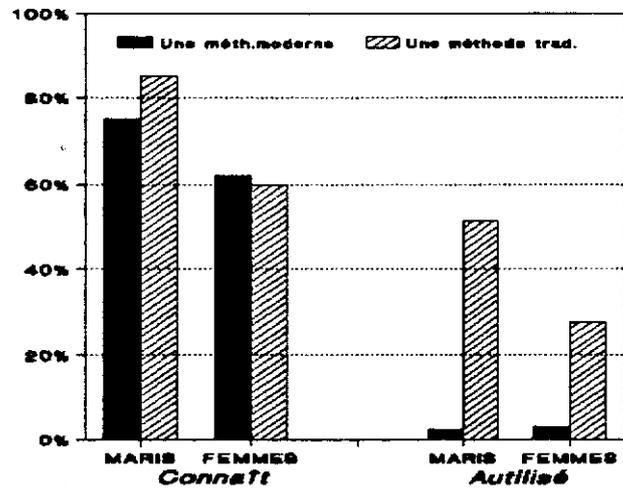
Il est clair que les mentalités sont profondément pro-natalistes, en témoigne l'Indice Synthétique de Fécondité, dont la récente estimation (6,9 enfants par femme en 1990) confirme l'effet d'une pression sociale dans le sens d'une procréation continue qui ne laisse pas aux femmes la liberté de choisir le nombre et le moment de leurs maternités.

**NOMBRE IDEAL MOYEN D'ENFANTS
Des Maris et des Femmes**



Baruadi EDS 1997

**CONNAISSANCE ET UTILISATION
DE LA CONTRACEPTION**



Baruadi EDS 1997

Le seul facteur qui favorise réellement l'espacement des naissances reste actuellement la persistance de l'allaitement prolongé: 12 mois après la naissance, 90% des femmes allaitent encore leur enfant et 76% sont en aménorrhée; 24 mois après la naissance, 49% sont toujours allaitantes et 25% sont en aménorrhée. Par contre, la durée de l'abstinence post-partum est traditionnellement très courte - moins de 2 mois pour la moitié des femmes- et toute réduction sensible de la durée de l'allaitement, généralement corrélaire de l'élévation du niveau d'instruction des femmes devrait se traduire par une augmentation de la natalité si l'impact des programmes de planification familiale ne s'améliore pas.

3. LE STATUT TRADITIONNEL DE LA FEMME EST UN OBSTACLE AU PROGRES

L'amélioration de la survie et du bien-être des enfants ne passe pas que par les femmes mais passé nécessairement par elles. Pour que des progrès soient réalisés, il faut que les femmes adoptent de nouveaux comportements ce qui n'est possible que si leur statut dans la société et le rôle qu'elles y jouent le leur permettent.

Encadré n° 16

STATUT TRADITIONNEL DE LA FEMME

Dans la société traditionnelle burundaise, le statut des femmes est régi par le droit coutumier défini et exercé par les hommes. La femme burundaise n'acquiert son statut de femme accomplie qu'après sa première maternité: c'est par la démonstration de sa fertilité donc de sa possibilité à contribuer à la perpétuation de la lignée qu'elle s'intègre définitivement dans la famille de son mari. Toutefois, la naissance d'un garçon revêt une importance plus grande que celle d'une fille car seul le garçon peut assurer le prolongement du lignage étant donné que l'héritage (des biens et du nom) passe de père en fils. Si son mari meurt avant elle, elle jouira de l'usufruit des champs et du bétail en collaboration avec ses enfants.

Par contre, en cas de stérilité, elle ne pourra que rarement continuer à vivre chez ses beaux-parents, méprisée, elle peut être répudiée et se trouver contrainte de retourner dans sa propre famille.

En cas de divorce, les enfants "appartiennent" au père, pour autant qu'il ait payé la dot (de la femme ou de l'enfant). Dans le cas contraire, ils restent avec la mère car l'union n'est pas considérée comme légitime par la communauté.

Les manifestations concrètes de cette tradition ont survécu à l'émiettement des clans. Dans la famille nucléaire la femme doit obéissance à son mari, en retour celui-ci la protège. C'est lui qui prend les décisions, gère la majeure partie du budget.

On a pu observer que dans les ménages monoparentaux dirigés par une femme, lorsque celle-ci n'est pas dépourvue de terre, l'état de santé de ses enfants est meilleur que celui des enfants vivants dans des ménages dirigés par un homme.

Sous l'influence conjointe de la sensibilisation réalisée par le parti UPRONA et ses mouvements intégrés, et de l'évolution des modes de vie -besoins d'argent, manque de terre, début d'urbanisation, scolarisation des filles, puis, apparition des premières filles instruites sur le marché du travail-, les pratiques et les lois ont lentement commencé à changer.

Dès les années de lutte pour l'indépendance, les dirigeants du parti UPRONA ont sollicité l'engagement des femmes et réclamé leur participation aux élections législatives de 1961. Elles ont acquis le droit de vote et leur vote a été déterminant pour assurer la victoire de ce parti. Depuis, leur participation aux instances dirigeantes a cependant été très réduite ; avant la mise en restructuration du parti et de l'Assemblée, une seule femme était membre du Bureau politique, 5 étaient membres du Comité Central et 6 siégeaient à l'Assemblée Nationale (sur 65 députés).

Actuellement, 2 membres du gouvernement (sur 23) sont des femmes.

Depuis 1980, le nouveau Code des personnes et de la famille stipule que le mariage est l'union volontaire de l'homme et de la femme, qu'il s'agit d'un acte civil et qu'il ne peut être conditionné par le versement d'une dot. La femme mariée est reconnue capable juridiquement. Elle peut passer seule des actes relatifs aux charges du ménage et son consentement officiel est requis en cas de vente, hypothèque ou donation d'un bien familial.

Les femmes salariées (c'est-à-dire 2% des burundaises) ont droit à un congé de maternité, 6 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement. Elles bénéficient de la retraite à 55 ans, contre 60 ans pour les hommes. A compétence égale, les femmes ont droit au même salaire et au même poste que les hommes.

Cependant, la qualité de chef de famille reste prioritairement conférée au mari: les indemnités familiales ne peuvent être remises à la femme que si elle apporte la preuve que son mari n'exerce aucune activité, la femme reste tenue de suivre son mari s'il change de résidence. En cas d'adultère, le mari est absout tant que son comportement n'a pas un caractère éminemment offensant.

La femme, elle, est condamnée dans tous les cas. Enfin, un homme n'est soumis à aucun délai légal concernant les procédures de reconnaissance de paternité ce qui lui permet, quelque soit l'âge de l'enfant, de l'arracher à la mère qui l'a élevé, afin de se l'approprier.

La loi n'a pas encore statué sur les régimes matrimoniaux et les successions; les femmes ne sont toujours pas co-héritières de droit des biens de leurs parents.

Au delà des textes qui parfois, tel le code du travail, ne concernent qu'une minorité déjà évoluée, le statut de la femme reflète l'esprit dans lequel les lois sont appliquées, l'usage que l'on en fait, la représentation que la société a des femmes et la représentation que les femmes ont d'elles-mêmes. Toutes choses qui ne changent que très lentement.

La norme reste qu'une femme se marie, qu'elle ait des enfants et qu'elle travaille sans revendiquer. Les déviantes - femmes libres, filles mères - sont toujours méprisées, rejetées.

Pour la majorité des femmes, bien que la dot soit officiellement abolie, la seule occasion d'être valorisée reste d'être dotée. Ensuite, c'est l'acceptation sans cesse renouvelée. Elles acceptent a priori, sans même qu'on ait besoin de le leur imposer, les maternités consécutives, la surcharge de travail, la plus mauvaise part des repas, parfois les sévices corporels. Elles acceptent parce qu'elles ont été préparées à accepter, parce qu'elles ignorent qu'elles ont des droits en tant qu'êtres humains et en tant que citoyennes, parce que c'est trop compliqué de refuser, que de toute façon elles n'ont pas le temps de se poser des questions.

L'information et l'initiative finissent tout de même par arriver. Certaines se préoccupent de leurs droits à garder leurs enfants en cas de divorce, d'autres osent prendre des décisions quand l'absence du mari se prolonge, d'autres s'associent pour emprunter auprès des banques. Si ces agricultrices chevronnées avaient réellement accès à des techniques appropriées pour alléger leurs tâches, si elles pouvaient de plein droit devenir propriétaires d'un lopin de terre, si elles pouvaient bénéficier de crédit pour financer leurs initiatives individuelles sans dépendre de l'autorisation et du nantissement de leurs maris, sans aucun doute, le temps et l'argent qu'elles gagneraient serait consacré au mieux-être de leurs enfants.

L'évolution du statut des femmes ne peut pas se faire indépendamment des hommes. La famille est l'unité de base de la société et le lieu où se fait la prime éducation des enfants, où lui sont inculquées les valeurs fondamentales. Ce sont aussi les rôles respectifs assumés par chacun des époux qui déterminent le statut de la femme et l'image que les enfants ont des femmes.

4. LES MOYENS DE COMMUNICATION SOCIALE N'ATTEIGNENT QUE RAREMENT LES FEMMES ET SONT INADAPTES

La survie, la protection et le développement des enfants ne dépendent pas seulement de la performance des services de santé et d'éducation. Ils dépendent surtout de l'interaction entre la disponibilité et la qualité de ces services d'une part, et les besoins ressentis par les mères, les familles et la communauté d'autre part.

La communication orale reste pour les femmes le moyen de communication sociale le plus important, que ce soit entre elles, avec leurs maris, sur les lieux de culte ou dans les réunions du parti.

Traditionnellement, communication et mobilisation avaient pour cadre le clan et la famille, et se concrétisaient en conseils de famille, auxquels les femmes ne participaient pas. Sous l'effet des nouvelles structures d'encadrement de la population, ces pratiques traditionnelles ont tendance à disparaître.

Il faut toutefois souligner que certaines formes traditionnelles de communication comme les chansons féminines, les contes et les proverbes racontés aux enfants le soir ont survécu. C'est une véritable école familiale.

Les proverbes, surtout, constituent un outil pédagogique opérationnel et infiniment efficace. Il s'agit d'un code de savoir vivre, qui peut guider les relations sociales. Pourtant, proverbes et contes ont des fonctions et des effets variés et peuvent aussi bien véhiculer des messages positifs que négatifs. Il reste que, comme les contes et les chants, les proverbes témoignent de la place et du désir de l'enfant dans le coeur des parents. Ce sont des messages qui valorisent l'enfant et à la fois constituent une contrainte évidente à une politique de planification familiale pourtant nécessaire.

Il en va de même pour les proverbes et contes en rapport avec la femme, lesquels contribuent à maintenir son statut inférieur à celui de l'homme. Ils relèvent de tout un ensemble psycho-social de croyances, qui déterminent les comportements des burundais.

L'agent d'administration est aujourd'hui le principal vecteur de transmission de l'information. Une enquête CAP réalisée par l'UNICEF en 1987 montrait que les réunions du Parti étaient - et cela reste vrai jusqu'à présent - la principale occasion de transmission de message. Par exemple, 78% des personnes enquêtées ont été informées sur le planning familial au cours d'une réunion à la maison du parti (9% au dispensaire).

Plus généralement le responsable administratif au premier échelon à la base, "Nyumbakumi" (chef de 10 enclos), transmet l'information qu'il a reçue du notable, représentant de chaque colline de recensement et qui lui, reçoit l'information de son supérieur, le Chef de zone et/ou l'Administrateur communal. Il faut noter que toutes ces informations touchent d'abord les hommes; directives et verticales, ces informations sont rarement adaptées aux besoins des femmes.

Autre vecteur important de transmission de l'information, la radio nationale s'étend progressivement sur l'ensemble du pays. Environ un ménage sur 4 possède un poste de radio. Le taux d'écoute n'est pas connu avec précision, il doit être limité par le coût des piles puisque l'électricité est rarement disponible en milieu rural. Les émissions spécifiques pour les femmes et les jeunes ne sont pas nombreuses, et leurs horaires ne sont pas adaptés aux rares moments de la journée où les femmes sont disponibles. Une étude universitaire récente prouve que les femmes ne peuvent écouter la radio qu'entre 18 heures et 20 heures. Cette disponibilité déjà limitée, correspond à celle des hommes, qui sont les propriétaires des postes, ce qui en limite l'accès aux femmes.

La télévision, lancée en 1984, ne couvre que les centres urbains (6% de la population); la presse écrite, très limitée dans le nombre de publications et leurs tirages (Ubumwe, quotidien en Kirundi, 7.000 exemplaires, Renouveau en français 2.700 exemplaires, Ndongozzi, bimensuel catholique, 8.000 exemplaires) ne touche que rarement le public rural, les femmes, en majorité analphabètes, en restent particulièrement éloignées.

Un autre canal de communication essentiel au Burundi est le canal religieux. Les églises et organisations chrétiennes constituent un réseau de mobilisation considérable.

Plus généralement, la communication sociale est directive; elle n'associe pas suffisamment la communauté et les individus aux processus de changement, et finalement elle est perçue par la population comme une action de lutte contre ses traditions, ses tabous et son organisation sociale traditionnelle.

Il apparaît ainsi clairement que la participation communautaire est loin d'avoir trouvé son expression concrète au Burundi. Pourtant les conditions sont réunies, disponibilité de la population, efforts des organes de presse pour mieux écouter cette population. Toutefois, l'absence de politique nationale de communication et de mobilisation sociale, notamment à travers les médias, reste, très probablement le principal point de blocage pour une meilleure efficacité des actions de développement.

PARTIE III

PERSPECTIVES

III. PERSPECTIVES

La situation actuelle des enfants et des femmes du Burundi, telle que décrite dans les pages qui précèdent, est bien le résultat de l'inter-action de toutes les causes identifiées, qu'elles soient immédiates, sous-jacentes ou profondes.

Beaucoup de ces causes relèvent du passé du pays: retard accumulé du développement, décalage entre des pratiques adaptées à une société agraire traditionnelle et besoins d'une société moderne, orientations maladroites de politiques passées.

La situation des enfants et des femmes se traduit par des indicateurs alarmants dont la projection à l'horizon 2000 aboutirait à une situation jugée inacceptable tant par le Gouvernement que par l'UNICEF, et l'ensemble des acteurs du Développement de ce pays.

Encadré n° 17

L'INACCEPTABLE

En l'an 2000, si la fécondité des femmes ne diminue pas, si les enfants ne sont ni mieux soignés, ni mieux nourris, sur 330.000 enfants qui naîtront cette année là, 65.000 mourront avant d'atteindre l'âge de 5 ans; la moitié des enfants qui survivront seront en état de malnutrition chronique ou aigue.

En l'an 2000, si le nombre d'écoles n'augmente pas plus vite, et si la qualité de l'enseignement ne s'améliore pas, 550.000 enfants de 7 à 12 ans ne seront pas scolarisés et courront un grand risque de rester définitivement analphabètes.

En l'an 2000, si les formations post-primaires ne sont pas plus accessibles ni plus différenciées, plus de 80.000 jeunes terminant l'école primaire se retrouveront démunis, sans terre à exploiter, sans qualification pour trouver un emploi.

Le caractère d'urgence et de priorité absolue à accorder à ces problèmes ont déjà été perçus par les autorités et de nouvelles politiques se sont mises en place: renforcement des soins de santé primaire, éducation pour tous, programme national de lutte contre le SIDA, pour ne citer que celles-ci. Bien sûr, ces politiques sont relativement récentes - la plupart ont moins de 10 ans - et compte tenu du très faible niveau de départ et des délais nécessaires pour mettre en place des actions efficaces, le chemin à parcourir sera long, pour atteindre les objectifs de la Décennie 90.

Tableau n° 14

OBJECTIFS DU BURUNDI A L'HORIZON 2000

INDICATEUR	DONNEE DE BASE 1990	OBJECTIF 1997	OBJECTIF POUR L'AN 2000
Taux de Mortalité (p. 1000)	116	87	77
Taux de Mortalité Infanto-juvénile (p. 1000)	196	147	100
Taux de Mortalité Maternelle (p. 100000)	600	400	300
Taux (p. 100) de Malnutrition	38	25	19
Taux d'accès à l'Eau Potable (p. 100)	48	70	100
Taux d'utilisation de latrines correctes (p. 100)	47	65	100
Taux d'inscription à l'école primaire (p. 100)	75	90	100
Taux net (p. 100) de scolarisation à l'école primaire	52	70	80
Taux (p. 100) d'alphabétisation des adultes	34	60	70
Taux (p. 100) d'alphabétisation des femmes	26	60	70

Le caractère alarmant des indicateurs instantanés ne doit pas masquer la capacité du pays d'accomplir des progrès très rapides dans certains domaines :

* le PEV a atteint en 1990 ses objectifs, faisant la démonstration de la possibilité d'une participation sociale efficace lorsque la population perçoit clairement que l'intérêt de ses enfants est en jeu,

* le bond des taux de scolarisation depuis le début des années 1980 est étonnant, même si la qualité de l'enseignement a pu s'en ressentir (surcharge des maîtres, double vacation, phénomènes de redoublement)

* l'approvisionnement en eau potable n'est pas encore satisfaisant mais il a progressé de façon spectaculaire au cours des 10 dernières années; en matière d'assainissement, la situation est relativement satisfaisante en termes de couverture.

Le Gouvernement du Burundi a d'ores et déjà relevé le défi. En ratifiant officiellement la Convention des Droits de l'Enfant, et la Déclaration Mondiale en faveur de la Survie, la Protection et le Développement des Enfants, il a exprimé clairement sa volonté d'atteindre les objectifs de santé, d'eau potable et d'éducation de base pour tous.

Le délai pour atteindre ces objectifs dépendra de la capacité du pays à poursuivre et renforcer les efforts déjà amorcés dans ces domaines et du soutien qui sera apporté dans ce sens par la communauté internationale.

1. Ces efforts ne pourront être couronnés de succès que s'ils sont développés dans un contexte national favorable

La paix extérieure, l'Unité Nationale et le processus de démocratisation en cours sont les premiers atouts dont dispose le pays pour gagner son pari.

Ils conditionnent la possibilité de développer sereinement une politique de développement orientée vers le bien-être des enfants et de leurs mères, ils garantissent que les enfants bénéficiaires ne seront pas victimes de fléaux de guerres, de discrimination ni de l'injustice sociale.

La maîtrise de la croissance démographique est un facteur déterminant. Si la croissance démographique se poursuit au même rythme, les moyens à mobiliser pour bien soigner, bien nourrir, bien éduquer tous les enfants seront hors de portée des moyens modestes du pays, étant donné la capacité actuelle et prévisible à moyen terme du pays à créer des emplois pour que les parents de ces enfants aient des revenus.

Le volet limitation des naissances de la politique nationale de population, n'a certes pas encore reçu l'adhésion de la population, surtout en milieu rural. Les changements de comportements dans ce domaine ne se diffusent que lentement. Pourtant, l'âge relativement tardif du mariage et de la première grossesse sont des facteurs à prendre en compte, notamment dans une stratégie d'information, éducation, communication en faveur des jeunes avant le mariage.

Dans la situation actuelle d'ajustement structurel, la priorité accordée au rétablissement des grands équilibres macro-économiques ne favorise pas l'allocation des ressources aux secteurs sociaux. L'inversion de la tendance récente observée à sous-financer ces secteurs reste plus un souhait qu'une réalité.

Les efforts pour développer les secteurs productifs devraient favoriser à long terme l'amélioration du revenu des familles, mais à court terme, l'effet le plus sensible de la politique d'ajustement structurel est le désengagement de l'Etat de ses interventions directes (cultures de rente et créations d'emploi), ce qui fragilise les perspectives de revenus d'un grand nombre de familles et induit une plus grande vulnérabilité de ces familles.

La volonté d'avoir désormais un volet social du Programme d'Ajustement Structurel - et non plus seulement une dimension sociale, vue comme une série d'actions palliatives aux effets sociaux néfastes de l'ajustement- ouvre des perspectives nouvelles, notamment à travers la définition d'une stratégie de financement des services sociaux. Cette stratégie devra préciser le rôle et la part des différents acteurs du développement (Etat, communes, bénéficiaires, bailleurs de fonds, ONGs) dans ce financement; elle impliquera également que le Gouvernement procède à des réallocations budgétaires, inter et intra-sectorielles, pour garantir une protection des groupes vulnérables et leur accès aux services sociaux.

L'attention portée à l'agriculture de rente est primordiale dans la perspective du développement macro-économique. Sur les dix prochaines années, il est important de ne pas négliger l'agriculture d'autosubsistance car elle va continuer à déterminer directement l'état nutritionnel des enfants pour la majorité de la population. Un effort particulier devrait être consenti pour mieux intégrer les femmes aux efforts qui seront entrepris.

La stimulation du secteur informel est une voie privilégiée pour le Gouvernement pour générer de nouvelles sources de revenus pour les familles. Là encore, la préoccupation d'une bonne intégration des femmes devrait être une priorité dans la mesure où les revenus des femmes sont en général directement affectés au bien-être des enfants. La participation des femmes à ce secteur n'est pas traditionnelle dans ce pays, mais il ne semble pas y avoir d'obstacle majeur.

La pérennité des actions menées en faveur de la survie et du bien-être des enfants ne peut être garantie que si l'on songe à protéger l'environnement dans lequel ces enfants feront grandir leurs futurs enfants.

Dans un pays comme le Burundi où les ressources en eau sont abondantes, et où la terre est encore disponible, il est important de penser dès aujourd'hui à un plan national de protection de ces ressources qui dans certaines zones sans l'effet conjugué d'une abondante population et de techniques inappropriées risquent (dans certaines zones) de se dégrader rapidement.

2. Le défi ne sera relevé que si les politiques sectorielles sont bien orientées.

2.1. La santé.

L'option prise en 1982 d'accorder une priorité aux Soins de Santé Primaires commence tout juste à porter ses fruits.

La décentralisation opérée depuis 1987 a permis de mettre en place à tous les niveaux des structures qui, si elles ne sont pas encore parfaitement fonctionnelles, faute d'expérience, peuvent le devenir rapidement. Il convient pour cela de renforcer les capacités nationales par des formations adéquates en matière de planification sectorielle stratégique et de gestion, et de donner un cadre cohérent aux apports de l'aide internationale.

Les problèmes qui restent à résoudre sont :

- la qualité toujours peu satisfaisante des prestations au niveau des établissements de soins. L'amélioration de cette qualité se fera notamment par la mise au point des modalités de la supervision et du suivi du niveau intermédiaire par le niveau central;
- l'insuffisante intégration des services au niveau central, et entre le niveau central et les directions provinciales de la santé;
- le suivi du processus gestionnaire et la mesure de l'impact des activités. Il existe maintenant un rapport mensuel unique qui comprend toutes les informations sur les activités et les causes de morbidité mais il reste à mettre en place un mécanisme de collecte des données relatives aux causes de mortalité lequel devrait être conçu au niveau communautaire.

2.1.1. Le Renforcement des Soins de Santé Primaire.

Les résultats qui pourront être obtenus dans les prochaines années dépendront en grande partie de la mise en oeuvre sur l'ensemble du pays de la stratégie globale de renforcement des Soins de Santé Primaires.

Le succès de l'entreprise dépendra en grande partie de la réussite dans la mise en place des comités de gestion des centres de santé, qui exige une phase de préparation particulièrement soignée, puis un encadrement soutenu aussi bien au niveau provincial que communal. Il faudra en effet arriver à convaincre tous les intervenants, et plus particulièrement ceux qui sont investis de l'autorité de l'Etat, qu'il est essentiel que des représentants de la population - parmi lesquels des femmes- participent, comme partenaires et comme bénéficiaires, à la gestion des soins de santé primaires.

AU BURUNDI , L'INITIATIVE DE BAMAKO

Adoptée en 1990 sous le nom de Adaptation au Burundi de l'Initiative de Bamako (ABIB), la stratégie de renforcement des soins de santé primaires a été mise en oeuvre dès le début de l'année 1991 à travers une première application régionale dans la province de Muyinga.

Les premiers résultats enregistrés depuis une année sont les suivants:

Au niveau central, un mécanisme de gestion intégrée des fonds alloués au programme a été mis en place sous l'autorité de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé Publique; le département concerné examine les requêtes soumises par les responsables des différentes activités relatives à la gestion des Soins de Santé Primaires ou au développement des composantes principales ; tous les départements du Ministère de la Santé Publique sont impliqués dans ce mécanisme. Des plans d'actions annuels et budgétisés ont été adoptés concernant les composantes principales des Soins de Santé Primaires à savoir : Programme Elargi de Vaccination (PEV), Lutte contre les maladies diarrhéiques, Lutte contre les troubles dus à la carence en iode, Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles, Maternité sans Risques, Médicaments Essentiels; le Service d'Education pour la Santé est fonctionnel et a amélioré ses capacités de planification.

Au niveau intermédiaire, les responsables provinciaux, à savoir le Médecin Provincial et les Médecins Chefs de Secteur ont pris le relai du niveau central pour assumer la responsabilité de la planification et du suivi des activités, la formation et la supervision du personnel de santé ainsi que l'approvisionnement en matériels et médicaments essentiels, et enfin la collecte et l'analyse des informations. Un plan d'action provincial annuel est maintenant élaboré à partir de l'analyse structurée de la situation sanitaire.

Au niveau périphérique, la mise en oeuvre de l'ABIB s'est initiée dans la province de Muyinga en 1990; cette première tentative fait l'objet d'un suivi-évaluation permanent afin que ses faiblesses soient détectées et corrigées en vue d'une généralisation rapide à l'ensemble du pays. Un comité de gestion a été constitué pour chacun des 14 centres de santé de la province dont 5 centres agréés privés, des outils de gestion uniformisés ont été diffusés, la négociation pour l'achat des médicaments essentiels a commencé.

Le seul maillon faible qui subsiste dans la chaîne des Soins de Santé Primaires est celui de la famille, car en dernier ressort c'est dans la famille que sont dispensés les premiers soins primaires, et c'est au niveau du groupe de familles que se concrétisent les premiers actes de solidarité et de mobilisation sociale: intervenir à ce niveau devra devenir un objectif prioritaire.

Les recettes des Centres de Santé étant maintenant directement versées aux communes, le bon fonctionnement de l'ABIB au niveau périphérique suppose que ces recettes soient pertinemment gérées ; l'étude des coûts et l'évaluation de la capacité des communautés à contribuer aux frais récurrentes sera nécessaire.

En ce qui concerne les principales composantes des Soins de Santé Primaires, les plans d'action nationaux relatifs au PEV, aux Maladies Diarrhéiques, à la Maternité sans Risques, aux Troubles dus à la Carence en Iode, devraient avoir un impact très sensible sur la survie et la santé des mères et des enfants. Le plan national de lutte contre le paludisme prendra la suite du plan d'urgence nécessité par la nouvelle épidémie mortelle survenue dans la vallée de la Ruvubu. L'association d'éléments d'éducation en matière d'hygiène préventive, notamment auprès des enfants scolarisés, en ce qui concerne les Maladies Diarrhéiques, la formation d'encadreurs communaux, la combinaison de l'approche communautaire et de l'approche de service de santé en ce qui concerne la Maternité sans Risques donnent des gages d'efficacité des actions envisagées si toutefois les moyens requis sont correctement mobilisés.

2.1.2. La lutte contre la malnutrition

L'accent devra être mis d'abord sur la prévention de la malnutrition, à travers le renforcement des soins de santé primaires, avec une attention particulière à l'éducation à l'hygiène, associée à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Par ailleurs, l'intégration de la surveillance pondérale des enfants dans les activités quotidiennes des centres de santé devra être poursuivie, et renforcée par la promotion de la croissance auprès de chaque mère, dans les établissements sanitaires, et sur les collines.

Il s'avère en effet inutile de détecter précocement la malnutrition si on n'arrive pas à persuader les mères de poursuivre la surveillance de la croissance de leur enfant et si on ne peut leur donner les moyens de mieux nourrir l'enfant mal-nourri. Ces moyens sont complexes puisqu'ils incluent de réaliser la diffusion à large échelle d'une information sur ce qui est bon pour l'enfant et ce qui lui est nuisible. Ceci suppose d'avoir au préalable une connaissance solide des pratiques en vigueur alors que l'on ne dispose actuellement que d'éléments partiels parfois contestés.

2.1.3. La lutte contre le SIDA.

Le fléau du SIDA est en passe d'amoinrir sérieusement voire d'influencer négativement les tendances à la baisse observées sur les taux de mortalité des enfants.

La lutte contre le SIDA fait l'objet d'un plan national d'action spécifique en raison de la gravité du problème qui dépasse largement le cadre de la Santé. Si la maladie continue de se diffuser selon la courbe exponentielle actuellement observée, on observerait en 1993 un effectif cumulé de 14000 nouveaux cas et 12000 décès depuis le début de la pandémie.

Les conséquences sont graves, non seulement en terme de consommation de soins de santé mais aussi en termes de dégradation de la situation sociale et économique des familles atteintes : parents inaptes au travail, enfants orphelins démunis.

Le PNLS intervient simultanément auprès des soignants et du public. Un dépistage systématique chez la femme enceinte est envisagé. Des actions d'information et d'éducation sont menées tout particulièrement en faveur des jeunes dans 85 écoles secondaires, dans les classes de 5ème et 6ème primaires, et auprès des jeunes déscolarisés.

Le caractère encore tabou du sujet, du fait de ses connotations sexuelles rend la tâche difficile, et le Gouvernement devra adopter une attitude toujours plus "agressive" pour lutter contre ce fléau et enrayer sa propagation. L'enjeu est de taille, car toute bataille gagnée dans ce domaine sera le signe d'un progrès sensible en matière de mobilisation sociale des jeunes.

2.2. L'éducation de base

L'avenir de l'éducation de base pour tous est certainement ce qui pose le plus problème. L'objectif du Gouvernement en matière d'éducation primaire est d'atteindre un taux net de scolarisation de 80% en l'an 2000 et que tous les enfants de 7 ans soient inscrits à l'école.

Pour y parvenir, un effort particulier sera de nouveau demandé aux communautés rurales pour la construction de nouvelles écoles et salles de classe. L'Etat s'engagera à fournir les maîtres, et, exceptionnellement pour les communes les plus pauvres à fournir certains matériaux pour la construction des écoles. L'effort à fournir pour tous est de taille, puisque de 8.500 actuellement, le nombre de classes devrait passer à la fin de la décennie à plus de 14.000, au rythme annuel de création de 500 classes.

Dans ces conditions, la capacité d'accueil pourrait s'étendre à tous les enfants de 7 à 12 ans, dans la mesure où les problèmes de redoublements multiples signalés dans les chapitres précédents auront été résolus. Cette question rejoint celle de la fluidité de circulation des cohortes, qui relève simultanément de la qualité de l'enseignement et de l'ouverture du système d'enseignement secondaire. La qualité de l'enseignement pourra s'améliorer à travers le recyclage des maîtres en exercice et la multiplication des lycées pédagogiques. Encore faudra-t-il revaloriser la profession pour laquelle les candidats sont peu nombreux.

L'augmentation de la capacité du secondaire est liée, en l'état actuel des réflexions, à la volonté et la capacité -en termes de ressources financières- des collectivités locales (communes) de construire des collèges. Les premières expériences tentées depuis 1990 (5 créations de collèges, 400 places) sont encourageantes, mais les obstacles et difficultés rencontrés sont nombreux, parmi lesquels, la difficulté, pour la commune, de gérer le collège. De nouveau, comme pour la santé, l'effort qui devra être consenti par la population sera très important.

Dans le domaine de l'éducation non formelle il sera nécessaire de mobiliser des moyens d'autant plus importants pour tenter d'atteindre les objectifs que le temps avance sans que soit encore défini une stratégie nationale. Les actions pilotes n'ayant pas encore donné les résultats escomptés ont surtout permis de mettre en évidence la nature des obstacles qu'il faudra surmonter pour réduire sensiblement le nombre des analphabètes mais aucune solution efficace n'a encore été dégagée pour stimuler la sensibilisation et la mobilisation sociale.

2.3. L'eau et l'assainissement

En supposant que le rythme d'aménagement de sources constaté au cours des 5 dernières années se maintienne, 80% de la population rurale aura accès à de l'eau potable, à moins de 500 m de son habitation, d'ici à l'an 2000. Ceci suppose que les niveaux de financement consentis par l'UNICEF, principal bailleur de fonds dans ce domaine, soient poursuivis.

L'objectif que se fixe le Gouvernement de 100% de couverture supposera donc une plus grande mobilisation des financements. Dans les zones urbaines, dont le poids démographique devrait augmenter, sous l'effet de la diversification de l'économie, l'effort à fournir sera, sur le plan financier, plus important, et l'assistance de la Banque Mondiale, du FED et de la coopération bilatérale allemande devra être soutenue.

Plus que les problèmes d'accès, ceux liés à l'entretien des points d'eau et à l'éducation des usagers seront cruciaux dans les années à venir. Il s'agit de garantir que l'eau ne soit pas polluée entre la collecte et son utilisation, ce qui déterminera l'impact de ces aménagements (sources et adductions, voire systèmes de collecte de l'eau pluviale) sur la santé des enfants. En milieu rural, comme en milieu urbain, quelque soit le coût de la technologie adoptée, l'éducation de l'utilisateur sera primordiale. Par ailleurs, une technologie initialement peu coûteuse telle que l'aménagement des sources peut s'avérer inefficace à terme si la communauté bénéficiaire ne se préoccupe pas de son entretien. Les coûts récurrents sont faibles mais encore faut-il qu'ils puissent être considérés comme prioritaires par les communautés responsables.

En matière d'assainissement, si les résultats d'une récente enquête se confirment et que la moitié des ménages ruraux disposent d'installations hygiéniquement acceptables, l'accent devra être mis sur l'amélioration des installations.

3. Seule la mobilisation de tous les intervenants, l'Etat, les collectivités locales, la communauté, les bailleurs de fonds permettra de relever le défi.

Les objectifs à l'an 2000 que s'est fixés le Gouvernement en mettant en oeuvre un Programme National d'Action pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant, supposent, pour être atteints, une mobilisation de tous les partenaires du développement du Burundi.

Le rôle de l'Etat en la matière sera bien de garantir un accès égalitaire de tous à la santé et à l'éducation, à un niveau de vie décent, et de protéger les groupes les plus vulnérables, les "plus pauvres parmi les pauvres".

Les communes auront un rôle tout particulier à jouer, dans le cadre de la politique de décentralisation des institutions. Le très faible niveau de compétence des cadres communaux, les ressources très limitées des communes, constituent des handicaps sérieux qu'il faudra prendre en compte pour une réelle décentralisation du développement.

Les efforts qui seront demandés à la population, que ce soit à travers les travaux communautaires, pour la construction ou la réhabilitation des infrastructures sociales, que ce soit à travers des contributions financières (eau potable, minervals, carte d'assurance maladie) devront être à la mesure de ses moyens.

Les Bailleurs de Fonds, multi-latéraux ou bilatéraux, mais également les Organisations Non Gouvernementales, joueront un rôle fondamental, très certainement à la mesure de la volonté du Gouvernement de relever tous ces défis. Le plaidoyer pour la cause des enfants n'est plus du seul ressort de l'UNICEF.

PRINCIPAUX DOCUMENTS - SOURCES

Partie I - LE CONTEXTE NATIONAL.

- Banque Mondiale - Agricultural sector memorandum - 1990.
- Banque Mondiale, Burundi - Problèmes de développement et d'ajustement structurel- Rapport n° 6754 BU. Bujumbura, 1988.
- BARARUFISE : Contribution à l'étude des problèmes posés par l'éducation au Burundi, Bdi, 1976
- BIT - PECTA, Politique de l'emploi au Burundi: Bilan et perspectives. Addis-Abeba, 1990.
- Conseil Economique et Social - Etudes et analyse des problèmes de développement, 1990.
- D'HAESE L./NDIRIMA P.F./OVERBEEKE W.J./SIMBIZI J., Enquête sur l'intégration de la femme au programme spécial des Travaux Publics à haute intensité de main d'oeuvre à Ruyigi -Tome I- Bujumbura BIT/PSTP, 1988.
- FNUAP - Aide-mémoire PRSD - Burundi, Bujumbura, 3 juin 1991.
- GUICHAOUA A., Destins paysans et politiques agraires en Afrique Centrale. Tome I - L'ordre paysan des hautes terres centrales du Burundi et du Rwanda. Paris, 1989.
- Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage/FAO, Diagnostic - Stratégies et programmes de développement. Volume I. Bujumbura, 1991.
- Ministère de l'Intérieur, Département de la Population Résultats provisoires du recensement 1990. Gitega, 1990.
- SABIMANA L. - Structure administrative du Burundi (Edition CPF). Bujumbura, 1983.
- Séminaire National sur population et développement du Burundi Premier Ministère, Bdi 1991
- SNES, Systèmes de production et analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle dans la région de Buyenzi. Rapport de synthèse. Bujumbura, 1987.

- SNES, Enquêtes statistiques agricoles , 1980 - 1987.
- Unité de Planification de la Population - Cahiers Démographiques du Burundi, 1991 -1992
- UNICEF - La part de la coopération internationale au développement du Burundi, Bujumbura, 1991.
- UNICEF - Situation de la femme et de l'enfant au Burundi. Bujumbura, 1988.
- UNICEF, Analyse de la situation des groupes vulnérables dans les communes de Ntega-Marangara. Bujumbura, 1989.

Partie II

- Banque Mondiale, Burundi Population and Health Project. Bujumbura, 1987.
- Banque Mondiale, Rapports d'évaluation du Projet Santé et Population.
- Banque Mondiale, Population and Health Project, 1987.
- Banque Mondiale, Education sector development project for Burundi. Staff appraisal report, Washington, 1988.
- BIGANGARA J.B., Pour une anthropologie de la famille et du mariage traditionnels du Burundi. Bujumbura, 1986.
- Bureau de la Planification de l'Education, Evolution des budgets du Ministère de l'Education Nationale depuis 1981.
- CAVIEZEL L. & FOUGA P., L'Ajustement Structurel, l'emploi et la pauvreté au Burundi. Bujumbura, 1989.
- CLOSE J., Enquête alimentaire au Rwanda-Urundi. Bruxelles, 1955.
- Code des personnes et de la famille du Burundi.
- Commission Economique pour l'Afrique (MULPOC de Gisenyi), La situation légale de la femme au Burundi, 1986.

- FED/Ministère du Plan-Secrétariat d'Etat chargé du Plan, Etude sur la Situation sociale dans le cadre du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) au Burundi (Rapport Provisoire). Bujumbura, 1991.
- FNUAP/Gouvernement du Burundi, Journées d'études sur le thème: "Evolution du statut social de la femme et croissance démographique", Bujumbura, -.
- KANA P., Quelques aspects de la fonction éducative des interdits qui concernent la fille et la femme et leurs conséquences sur les statuts-rôles sociaux féminins dans la société traditionnelle et contemporaine. Etude menée dans la zone de Bisoro. Bujumbura, 1979.
- KIBASHA, Mémoire de Licence, 1987
- MAJANGANYA C., Etude sur l'évolution du rôle de la femme au Burundi. Bujumbura, 1986.
- Ministère des Affaires Sociales, Evaluation des centres socio-éducatifs au Burundi -Bilan et perspectives-. Bujumbura, 1989.
- Ministère de l'Enseignement primaire et Secondaire, Annuaire statistiques depuis 1981.
- Ministère de l'Intérieur/Institute for Resource Development, Enquête démographique et de santé. Westinghouse, 1987.
- Ministère du Développement Rural, Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement -Document préparatoire du deuxième atelier national. Bujumbura, 1989.
- Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, Evaluation des élèves en fin d'école primaire au Burundi. Bujumbura, 1989.
- Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, Annuaire statistiques depuis 1981.
- Ministère de la Santé Publique/Projet Santé et Population, Analyse de l'évolution du budget et des dépenses du Ministère de la Santé Publique. Bujumbura, 1990.
- Ministère de la Santé Publique, Rapport annuel 1989 sur les activités administratives, curatives, préventives des hôpitaux et centres de santé. Bujumbura, 1989.
- Ministère de la Santé Publique. La mortalité maternelle au Burundi - Rapport de la Conférence Nationale sur la maternité sans risque - Bujumbura, Juillet 1991.

- Ministère de la Santé Publique/Projet LMTC, Enquête sur le goître endémique dans les écoles primaires du Burundi -Résultats-Bujumbura, 1990.
- Ministère de la Santé Publique, Bulletins de notification mensuelle. Bujumbura, -.
- Ministère de la Santé Publique, Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi Juillet 1989- Février 1990 -Résultats-. Bujumbura, 1990.
- Ministère de la Santé Publique/Projet Santé et Population - Analyse de l'évolution du budget et des dépenses du Ministère de la Santé Publique. Bujumbura, 1991.
- MUVIRA A., La situation de la femme en commune d'Isale. Etude complémentaire sur la commune Isale. Bujumbura, 1984.
- NAVAS J./ALI, Famille et fécondité au Burundi. Bujumbura, 1977.
- NYANDWI N. & PABANEL J.P., L'enquête sur la femme en milieu rural dans la province de Ngozi. Bujumbura, 1984.
- NZIGAMASABO S., Analyse de la situation de la femme et de l'enfant. Province de Muyinga. Bujumbura, 1988.
- THIBON C., Fécondité naturelle et fécondité contrôlée. Un aperçu de l'évolution de la fécondité au Burundi et dans la région des Grands Lacs, de la fin du XIX^{ème} siècle à nos jours.
- UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 1991.
- UNICEF, Résultats de l'enquête sur les maladies diarrhéiques. Bujumbura, 1991.
- UNICEF - Evaluation de l'expérience pilote d'alphabétisation. Bujumbura, 1991.
- UNICEF, A Water and Sanitation Sector Overview: mission report. Bujumbura, 1991.
- UNICEF/CURDES/Ministère des Affaires sociales, Impact des phénomènes de communication sociale sur les pratiques de santé de base.