

LA VULNERABILITE DES ENFANTS BURUNDAIS A LA MALADIE ET A LA PAUVERTE

René Manirakiza, Université du Burundi

RESUME

Le thème traite de la vulnérabilité des enfants au Burundi. En effet, le Burundi comme les autres pays s'est engagé pour les objectifs du millénaire pour le développement et entre autres objectifs, il y a la réduction de la mortalité infantile et juvénile par des programmes de promotion de la santé infantile et maternelle. Ainsi, des programmes du gouvernement en matière de l'accès aux soins de santé à tous les enfants sont mis en place, mais le mal est que la maladie est toujours là et que les enfants continuent de mourir à bas âge. On constate que la réussite des politiques gouvernementales nécessite une contribution des parents et de la communauté en générale dans le changement des comportements pour adopter des pratiques favorables à la survie des enfants. La communication est axée sur les facteurs de vulnérabilité des enfants à la maladie et à la mort. En plus de ces facteurs, nous traiterons aussi des problèmes de pauvreté et de cadre légale et juridique pour la protection des enfants afin de voir les défis liés à la protection des enfants.

ABSTRACT

The theme focuses on the vulnerability of children in Burundi. Indeed the Burundi like other countries has committed to the Millennium Development Goals and among these goals, there is the reduction of infant and child mortality through programs of promoting child and maternal health. Thus, government programs in terms of access to health care for all children are put in place, but what is annoying is that disease still there and children continue to die . We note that the success of government policies requires a contribution of parents and the community in general for behavioral change in order to adopt practices that promote child survival. The communication focuses on the vulnerability factors of children to disease and death. In addition to these factors, we also discuss the problems of poverty and legal framework for child protection in order to see the challenges related to child protection

PLAN DE L'ARTICLE

0. Introduction : un contexte socio-économique difficile

I. La vulnérabilité à la maladie.

I.1. Le paludisme

I.2. L'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement

I.3. Les maladies diarrhéiques

I.4. L'accès à une alimentation suffisante et équilibrée

I.5. La santé maternelle et infantile.

II. Protection et développement de l'enfant

II.1. Enregistrement des naissances à l'Etat Civil

II.2. Le travail des enfants au Burundi

II.3. L'exploitation sexuelle des enfants et le mariage précoce.

II.4. Les enfants de la rue et enfants mendiants.

Conclusion générale

Bibliographie

Sigle et abréviations utilisés

CAP: Connaissances, Attitudes, Pratiques

CDS: Centre de Santé

CEFORMI : Centre de Formation et de Recherche en Médecine et maladies Infectieuses

CSLP: Cadre Stratégique de croissance économique et de Lutte contre la Pauvreté

DHS : Demography and Health Survey

FAO : Food and Agriculture Organisation

FGD: Focus Group de Discussion

IDH : Indicateur de Développement Humain

IRA : Infections respiratoires aiguës

ISTEBU : Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi

MI : Macro International

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples)

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

MSP : Ministère de la Santé Publique

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA

PLMTC : Programme de lutte contre les maladies transmissibles et carentielles

PMS : Paquet Minimum des services de Santé

PPA: Parité de Pouvoir d'Achat

PTME: Prévention de la Transmission Mère Enfant

RGPH: Recensement Général de la Population et de l'Habitation

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SRO: Sachet/Solution de Réhydratation Orale

TME: Transmission Mère Enfant du VIH

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations of International Children's Emergency Fund)

USLS/Santé : Unité Sectorielle de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé Publique

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

0. Introduction : un contexte socio-économique difficile

Avec son 166^{ème} rang sur 169 pays classés sur la base de l'Indicateur de Développement Humain (IDH = 0,282 en 2010), le Burundi fait partie des 4 pays les plus pauvres du monde. Son produit intérieur brut par habitant était de 380 \$USA en PPA (2009) et compte actuellement 67% de la population qui vit en dessous du seuil absolu de pauvreté contre 36% en 1990. Cette pauvreté touche différemment la population selon le milieu de résidence avec une incidence de 34% en milieu urbain contre 68,9% en milieu rural. Ainsi, le milieu rural qui abrite près de 90% de la population (RGPH 2008) compte près de 97% de pauvres alors que le milieu urbain, avec 10 % de la population n'en compte que 3%. Cette situation d'extrême pauvreté s'explique essentiellement par une croissance économique insuffisante dans un contexte de croissance démographique soutenue (2,4% par an d'après les données du RGPH 2008). A l'exception de la scolarisation où on enregistre une évolution significative (le taux net de scolarisation est estimé à 79,1% en 2009/2010 avec un ratio garçon/fille de 0,97 selon le CSLP1.2007-2009), les autres indicateurs sociaux sont encore faibles.

Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 44,7% pour les deux sexes avec un taux respectivement de 34,9% et 57,% pour les femmes et les hommes. Malgré l'amélioration produite par la déclaration du Gouvernement en 2006, relative à la gratuité des soins de santé pour les mères qui accouchent dans les structures de santé publiques ainsi que pour les enfants de moins de 5 ans, les taux de mortalité infantile (101‰ d'après les statistiques de l'UNICEF publiés en 2011 et 103‰ selon le RGPH 2008) et maternelle (entre 615 (MICS 2005), 866 (RGPH 2008) et 869 (Enquête PMS 2009) pour 100.000 naissances vivantes) restent élevés.

Au rang des facteurs responsables de cette situation précaire de la survie des enfants et des femmes, on peut citer les maladies infectieuses, les pratiques inadéquates en matière d'alimentation des enfants (45,1% de taux d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale) ; le non accès universel à l'eau potable et à l'assainissement de base et le taux relativement élevé de la transmission mère-enfant du VIH (couverture générale de la PTME estimée à 9,9% selon USLS/Santé de 2008) et le faible accès aux services de santé de qualité. Ainsi, le pays se classe au 9^{ème} rang des pays à haut risque par rapport au niveau de ses indicateurs de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Dans la présente étude, nous allons focaliser notre attention sur les principaux facteurs de vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans quant à leur survie et leur développement. Toutefois, la pauvreté affecte également les enfants au-delà de 5 ans et compromet l'espoir d'un lendemain meilleur pour beaucoup d'enfants. Les droits des enfants quant à leur protection contre le travail au-delà de leur force, les exploitations de différentes formes ne sont pas assurés. En plus de la vulnérabilité des enfants à leur survie qui se limitent dans cette étude aux enfants de moins de 5 ans, nous parlerons également des défis liés à la protection des enfants pour leur garantir un avenir meilleur et une vie épanouie. Sous cette approche, notre analyse touchera les enfants âgés de moins de 18 ans selon la délimitation de l'enfance telle que fixée par l'UNICEF.

Les études réalisées au Burundi montre que certaines maladies comme le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës ainsi que le Sida sont responsable de plus de 80 % de la morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans. A ces maladies, il faut ajouter la malnutrition et la sous-alimentation qui aggravent la situation. Cependant, beaucoup des maladies sont évitables par des mesures préventives qui malheureusement ne sont pas promues à cause en grande partie de l'ignorance des populations. A analyser la situation de près, les mesures curatives ou les autres programmes de lutte contre les maladies ne peuvent pas arriver aux résultats escomptés si elles ne sont pas accompagnées par un programme

robuste d'éducation au changement de comportement dans les familles quant à la prise en charge des enfants.

Cette article met en lumière les différents facteurs de vulnérabilités des enfants au regard des données disponibles et les différentes études sectorielles réalisées.

I. La vulnérabilité à la maladie.

1. Le paludisme

Selon les informations du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, le paludisme reste l'une des causes majeures de la mortalité et de la mortalité. Il est responsable de 48% des cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux et de 40 % des motifs de consultation enregistrés dans les centres de santé. Il est par conséquent la première cause de mortalité et de morbidité et occasionne d'importantes pertes directes liées aux coûts importants de la prise en charge des malades, mais aussi des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs. Entre octobre 2000 et mars 2001, le pays a connu une épidémie de grande ampleur, surtout dans les 7 provinces des hauts plateaux avec 3,05 millions de cas suspectés en 2000 et 2,9 millions en 2001 avec un taux d'incidence de 421‰. Malgré une tendance à la baisse depuis 2002, on notait encore environ 2,3 millions de cas déclarés en 2006. L'incidence est plus forte en période qui correspond à la soudure et donc à un état de grande vulnérabilité des populations en général et des enfants en particulier (Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Burundi, 2009).

La menace est surtout courante dans les zones hyper endémiques, en dessous de 1400 m d'altitude et les zones méso à hypo endémiques situées entre 1400 et 1750 m d'altitude, couvrant surtout la partie nord du plateau central.

Compte tenu de ses conséquences, le Gouvernement du Burundi, via des ministères sectoriels, a pris des engagements pour lutter contre cette maladie, afin d'atteindre les OMD, spécifiquement les objectifs 4 (visant la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans), 5 (visant la réduction de la mortalité maternelle) et 6 (combattre le VIH SIDA, le paludisme et les autres maladies).

Malgré les documents de politiques sanitaires, les indicateurs de prévalence de cette maladie montrent toujours que de grands pas restent à franchir.

En effet, selon les différentes études réalisées, la prévalence du paludisme était de 36,4% chez les enfants de moins de 5 ans en 2010 (CAP 2010). Ce taux était de 30,5% en 2005 si on se réfère aux résultats de l'enquête MICS 2005. Cette maladie frappe dans toutes les régions avec une prévalence élevée dans les zones de plaines et de dépressions où les conditions écologiques sont favorables au développement des moustiques. Cependant, même dans la zone des hauts plateaux où dans le temps, cette maladie était moins fréquente, on constate actuellement une progression importante. Il se peut que les nouveaux aménagements (beaucoup de rizières, activités de fabrications des tuiles et briques, aménagement généralisé des marais) augmentent les conditions favorables au développement des moustiques. La prévalence du paludisme est deux fois plus élevée chez les enfants issus du milieu rural et dont les parents sont moins instruits (37% chez les enfants des mères sans niveau contre 18,8% chez les mères ayant un niveau secondaire ou plus).

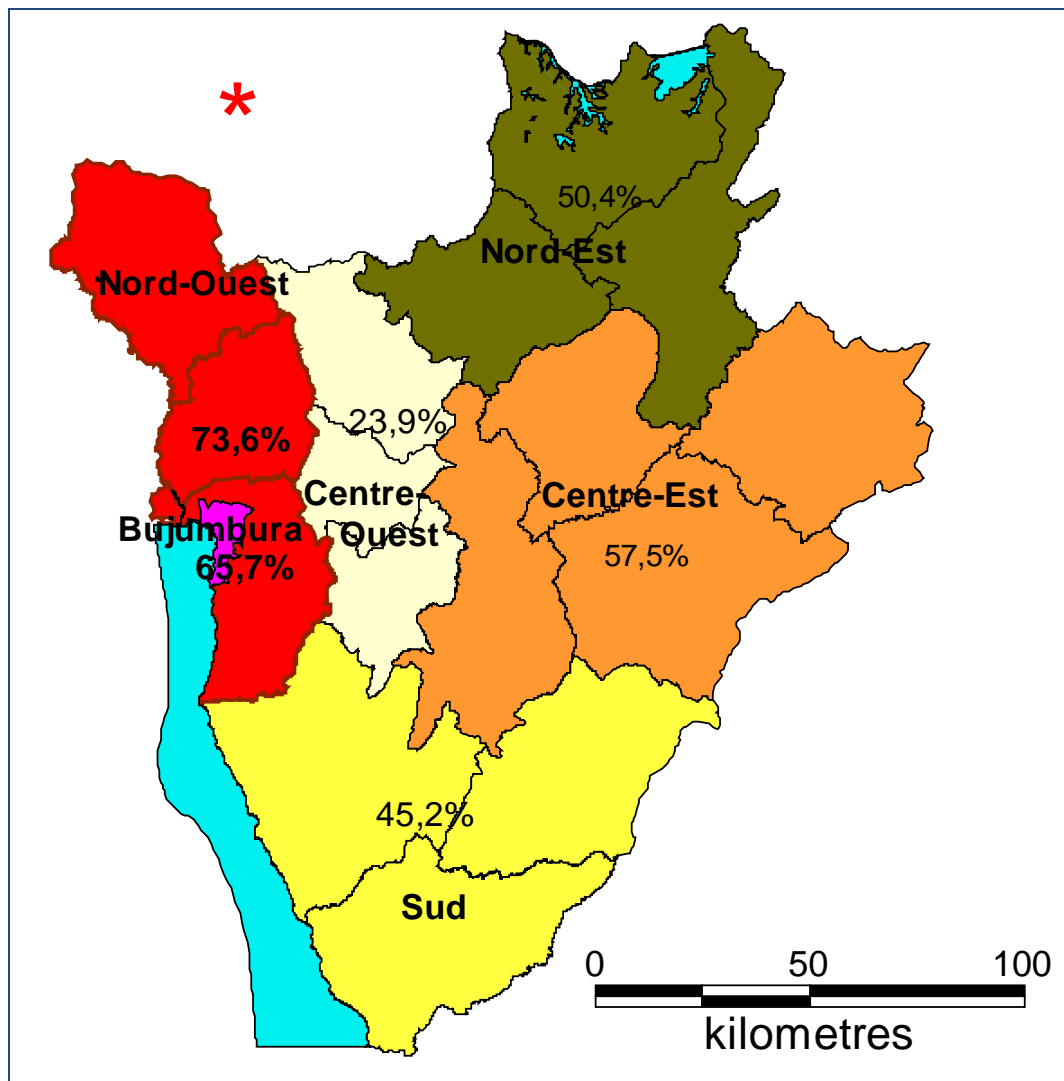
En matière de prévention de cette maladie, la recommandation est l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les ménages. Dans leur appui au Gouvernement pour lutter contre le paludisme, différents organismes font des campagnes de distribution de moustiquaires et encourage les familles à utiliser ces moustiquaires. Cependant, les enquêtes

effectuées montrent une faible utilisation des moustiquaires dans les ménages et chez les enfants. Deux études réalisées en 2009 et en 2010 montrent que près de la moitié seulement des ménages burundais possèdent une moustiquaire (54,7% en 2010 selon l'enquête CAP et 55,8% selon l'enquête PMS). La question qui dérange est que le volume de moustiquaires distribuées dépasse de loin les proportions qui déclarent posséder les moustiquaires.

Avec 1,15 moustiquaire en moyenne par ménage (2010) alors que l'objectif du Gouvernement est de 3 moustiquaires pour réussir la couverture nationale, il reste encore beaucoup d'effort à fournir. Notons qu'au sein même des ménages qui en possèdent, l'utilisation n'est pas totale. Certains ménages vendent les moustiquaires reçus alors que d'autres les utilisent comme filet dans la pêche ou les gardent à la maison ne sachant ce qu'ils vont faire avec.

Avec les campagnes de distribution des moustiquaires, le taux d'utilisation a sensiblement augmenté, passant de 13% à 53% (13,3% selon MICS 2005, 31,8% selon PSI 2007, 53,2% selon PMS 2009 et 52,6% selon CAP 2010). Au regard de cette évolution, on peut se réjouir que l'utilisation de la moustiquaire chez les enfants de moins de 5 ans commence à entrer dans les moyens de lutte contre le paludisme. Malheureusement, on ne peut pas se satisfaire de cet indicateur d'autant plus que les enfants continuent à souffrir de cette maladie.

Carte n°1 : Proportion (%)des ménages possédant au moins une moustiquaire par région en 2010



L'utilisation des moustiquaires n'est donc pas seulement une question de moyen mais également un problème de comportement où dans certains ménages, on ne voit pas réellement l'intérêt de dormir sous une MII. Les entretiens avec les parents ont montré que parmi la population qui obtient des moustiquaires durant les campagnes de distribution, certains préfèrent les vendre à d'autres, qui ont certainement compris son importance (informations recueillies dans les provinces de l'Est).

On peut donc conclure que la lutte contre la maladie n'est pas seulement une question de moyens, mais également de comportement et d'attitude. Il ressort de ces études que la vulnérabilité des enfants à la maladie n'est pas seulement fonction de la pauvreté des parents, mais également de leur ignorance.

2. L'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement

L'eau est indispensable à la vie. Elle est nécessaire non seulement comme boisson mais aussi pour la préparation des aliments, l'hygiène corporelle, les soins aux malades, le lavage et l'élimination des déchets. L'eau insalubre et le manque d'assainissement de base et d'hygiène entraînent chaque année le décès de plus de 1,5 million d'enfants de moins de 5 ans par la diarrhée (UNICEF, 2006). Aussi, plusieurs millions d'autres enfants, frappés par des maladies diarrhéiques ou liées à l'eau, souffrent des problèmes de santé et d'un retard de développement. Ainsi, les gouvernements du monde à travers les OMD se sont engagés à réduire de moitié entre 1990 et 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à une source d'eau potable et à un assainissement de base (OMD 7).

L'eau et l'assainissement sont vitaux en soi, mais ils sont aussi les conditions préalables à la réduction de la mortalité infantile et maternelle (OMD 4 et 5) et à la lutte contre la maladie (OMD 6), tout en jouant également un rôle prépondérant dans la réduction de la malnutrition chez l'enfant (OMD 1). Une bonne hygiène, voire le simple fait de se laver les mains, permet de faire reculer la morbidité et la mortalité liées à la diarrhée, à la pneumonie et autres maladies infectieuses. A lui seul, l'assainissement amélioré peut faire reculer de plus d'un tiers la morbidité liée à la diarrhée. Combiné avec la promotion de l'hygiène, il peut la faire reculer de deux tiers (UNICEF, 2006).

En comparant les dégâts causés par le manque d'hygiène, d'assainissement et de l'accès à l'eau potable par rapport aux efforts à fournir pour améliorer son environnement et vivre dans des conditions d'hygiènes acceptables, on constate que les gestes de promotion d'hygiène sont simple que les maladies inhérentes aux mauvaises conditions d'hygiène ne devraient plus exister. Malheureusement, l'ignorance d'une grande proportion de la population reste un handicap majeur. Il est important d'approfondir les connaissances de la population sur l'eau et l'hygiène afin de compléter les projets d'adduction d'eau potable et d'assainissement par un important volet d'éducation sanitaire.

Le problème de l'eau n'existe pas en termes de quantité au Burundi comme on pourrait le constater dans beaucoup d'autres pays avec des milieux arides et semi-arides. Cependant, même si les sources d'eau sont nombreuses, l'accès à l'eau de qualité, indispensable à une bonne santé n'est pas garanti pour une part relativement importante de Burundais. Les enquêtes menées sur la situation de desserte en eau montre qu'environ 70% de la population consomme de l'eau potable (75,7% CAP 2010, 71% RGPH 2008 et 72,3% PMS 2009). Il s'agit ici des ménages qui utilisent comme eau de boisson une source jugée potable. Le reste de la population utilise l'eau de surface qui est normalement polluée.

Même si les données statistiques sont relativement encourageantes (il y a dix ans, le taux de desserte avoisinait la moitié de la population), la conservation et le transport de l'eau peuvent constituer des sources de contamination de cette dernière. Par ailleurs, la qualité de l'eau consommée peut être préservée si l'hygiène dans les ménages est garantie.

Malheureusement, les études effectuées montrent que l'hygiène des ménages laisse à désirer. Même si des efforts sont fournis dans l'adduction d'eau potable, on constate qu'un pas important reste à franchir dans l'assainissement de base. En effet, quoique les ménages qui ne disposent pas de toilettes soient quasiment inexistant (près de 5%), l'accès aux latrines hygiéniques reste un grand problème pour une grande partie des ménages. Aussi, l'évacuation des ordures ménagères et la salubrité de l'environnement des logements accusent de manquements graves.

Selon les données du RGPH 2008 et de l'étude CAP 2010 (près de 95%), la quasi-totalité des ménages enquêtés utilise une toilette. Selon le type de toilette utilisé, avec un taux de 53,1%, les latrines traditionnelles représentent le principal moyen utilisé pour évacuer les excréta, suivies par les latrines à fosse ou à trou ouvert avec 31,6%. Les latrines améliorées et les toilettes à chasse ne représentent que des proportions insignifiantes, respectivement de 6,3% pour chacun des deux types. Notons toutefois que les seuls types de toilettes qui facilitent une évacuation efficace des excréta sont les latrines améliorées ou les toilettes à chasse.

En plus de la qualité des toilettes, on a environ 5% des ménages burundais qui utilisent la brousse et cela constitue un risque important dans la contamination des sources d'eau surtout pour ceux qui boivent l'eau de surface. Aussi, il faut considérer que le problème majeur n'est pas seulement la disponibilité des toilettes, il y a également un problème d'ordre comportementale, c'est-à-dire savoir utiliser les latrines et maintenir leur propreté. En effet, le long des bois, des chemins qui mènent vers les zones de rassemblements des effectifs importants de populations, autours des marchés et des établissements scolaires, on constate des amas d'excréments humains, ce qui traduit une certaine tradition burundaise de se soulager où l'on veut. Les pratiques de propreté ne sont pas enracinées car dans certains milieux publics, même en milieu urbain et dans les différents services, l'hygiène des toilettes n'est pas garantie (les hommes universitaires, les internats pour élèves, les toilettes des écoles primaires, etc).

En termes d'hygiène, l'évacuation des ordures ménagères constituent également une autre source de problème. Dans les habitations, les ordures sont entassés pour servir de fertilisant dans les champs. Cependant, leur décomposition peut polluer l'environnement et constituer une source de maladie. Selon l'enquête effectuée en 2010, l'essentiel des ordures ménagères sont évacuées dans des compostières (47,2%) et dans les champs (21%). En milieu urbain (6,7%) et particulièrement à Bujumbura (8,5%), certains ménages déposent les ordures sur le bord des routes (2,9%).

Les lacunes observées dans l'évacuation des déchets ont pour conséquence de polluer l'environnement immédiat des logements.

Dans une économie agricole où les animaux domestiques vivent dans la même concession que les habitants, où les ordures sont souvent utilisées pour fertiliser les champs des environs, on constate que les habitations sont le plus souvent localisées dans un environnement insalubre. Selon l'étude CAP de 2010, seuls, 35,2% des ménages affirment que l'environnement immédiat des logements est salubre et qu'il n'y a rien à signaler qui pourrait rendre impropre cet environnement. Cette proportion est de 26% en milieu rural contre 50,6% en milieu urbain. Parmi ceux qui jugent leur environnement insalubre, 55,5% citent la broussaille/champ comme cause d'insalubrité. Les autres objets qui dégradent les conditions d'hygiène autour du logement ne représentent qu'une part négligeable avec 8,6%. Parmi ceux-ci, les plus importants sont, par ordre d'importance, les eaux stagnantes (3,2%), les dépotoirs (2,1%) et les animaux domestiques (1%).

Ces proportions émanent cependant des déclarations des enquêtées. Si on entre dans beaucoup de ménages en saison pluvieuse, on se rend de l'évidence de cette insalubrité avec des mares d'eau, parfois d'épluchures de banane ou d'autres ordures entassées dans le champ de case, ce qui peut être une source de la maladie. C'est le plus souvent dans ces flaques d'eau que les enfants jouent pieds nus, avec un risque de maladies parasitaires et infectieuses.

L'hygiène corporelle revêt aussi une importance capitale dans la prévention des maladies. Les gestes simples de lavage des mains qui permettent d'éviter les maladies dites des mains sales sont malheureusement méconnues ou négligées dans des proportions non négligeables de la population. Aussi le lavage hygiénique consiste-t-il à utiliser l'eau et le savon ou d'autres

produits capables d'éviter les microbes. Les informations concernant le lavage des mains ont été collectées auprès de femmes en âge de procréer, car l'hygiène des mères influence beaucoup plus sur la prise en charge de l'enfant et sur sa protection contre les maladies.

En considérant cinq moments de lavage évoqués dans l'enquête CAP 2010, l'analyse des résultats montre que 46,5% des femmes enquêtées déclarent se laver les mains au savon avant de manger et 50,2% seulement après avoir été à la toilette. Pour d'autres occasions, 43,1% se lavent les mains au savon après avoir changé les couches du bébé, 40,4% avant de s'occuper du bébé et 38,3% avant de faire la cuisine. Ces statistiques pourraient refléter beaucoup plus la connaissance que la pratique d'après les avis recueillis auprès du personnel des services d'hygiène au Ministère de la Santé Publique.

On sait par ailleurs que beaucoup de personnes adultes, sur terrain, dans les champs n'hésitent pas de grignoter en mangeant du manioc cru, un fruit ou autre chose sans se laver. Ils font la même chose pour leurs enfants. Une mère burundaise qui surveille l'enfant en même temps qu'elle cultive, n'hésitera pas à le calmer en lui donnant un morceau de patate douce ou autre, et l'enfant qui s'amuse avec ce morceau le trempe dans la boue et en même temps le mange et les Burundaises trouvent cela normal.

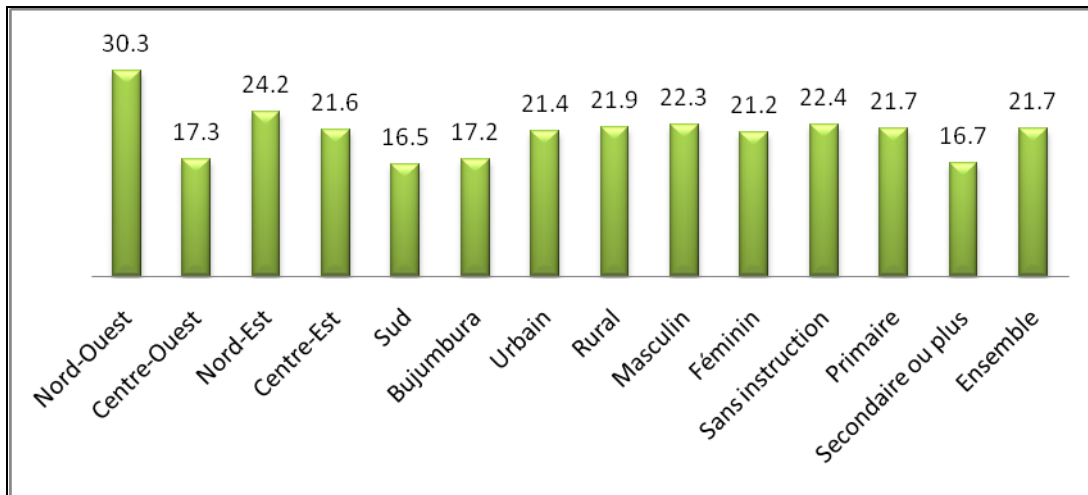
Les études effectuées montrent qu'en matière d'hygiène, un grand effort reste à fournir. En plus des questions de moyen, l'ignorance ou la négligence de la population sont des causes majeures des manquements observables pour une hygiène suffisante. En conséquence à cette hygiène défailante, les maladies diarrhéiques restent importantes.

3. Les maladies diarrhéiques

La diarrhée est l'une des principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès liés à la diarrhée dans l'enfance sont dus à la déshydratation due à la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée, soit par les sels de réhydratation orale (SRO), soit par les fluides recommandés préparés à domicile permet d'éviter un grand nombre de ces décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition par l'augmentation de l'absorption de fluides et la poursuite de l'alimentation de l'enfant constitue également une stratégie importante pour prendre en charge la diarrhée. Le déficit d'assainissement et d'hygiène, l'insuffisance accrue en eau potable, la déficience du système d'évacuation des excréta expliquent, en grande partie, la forte prévalence des maladies diarrhéiques. La prévalence de la diarrhée est nettement plus élevée dans la catégorie des enfants de 6 à 23 mois.

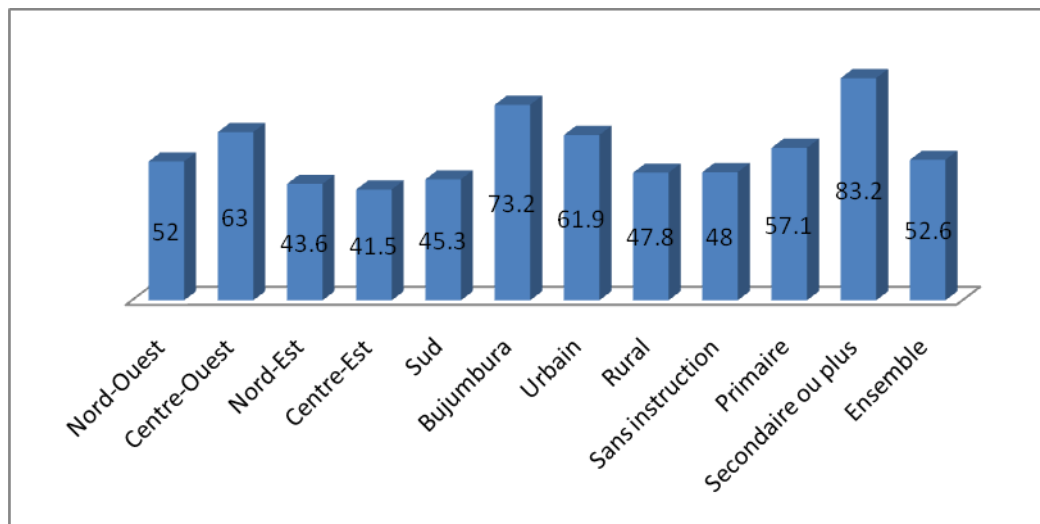
Au Burundi, des enquêtes réalisées montrent une forte prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. Selon les enquêtes, la prévalence est comprise entre 18,5% (PMS 2009) et 21,7% (CAP 2010). Les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus (16,7%) souffrent moins de la diarrhée que les autres. On constate que le niveau de prévalence de la diarrhée n'a pas changé depuis 5 ans car, selon l'enquête MICS de 2005, le taux de prévalence était de 20,8% chez les enfants de moins de 5 ans (21,7% chez les garçons et 19,5% chez les filles).

Graphique n°1. Prévalence en % de la diarrhée chez l'enfant de moins de 5 ans selon les caractéristiques de la mère et de l'enfant.



En cas de diarrhée, il est recommandé de donner au malade plus de boisson et de maintenir l'alimentation. Malheureusement, beaucoup de parents ignorent cette pratique qui peut pourtant sauver l'enfant en attendant le traitement par un personnel de santé. L'enquête CAP 2010, montre que durant la dernière phase de la diarrhée, pour 52,6% des enfants seulement, les mères ont augmenté la quantité de boisson. Pour 20,6%, elles ont donné la même quantité que d'habitude et chez 16,6% des enfants, elles ont réduit la quantité de boisson.

Graphique n°2 : Pourcentage des enfants pour qui on a augmenté la quantité de boisson lors du dernier épisode de diarrhée selon les caractéristiques de la mère



On observe cependant la différence significative entre les femmes instruites et les autres femmes dans la prise en charge de la diarrhée où dans cette catégorie, 83,2% ont augmenté la quantité de boisson. Aussi, cette réaction est plus observée chez les femmes des milieux urbains (61,9%), particulièrement celles de Bujumbura (73,2%).

L'ignorance des gestes simples qui sauvent peut également se révéler une cause importante de la maladie et de la mortalité de l'enfant. En effet, savoir qu'à la moindre suspicion de la maladie, il faut se diriger vers le service de soin le plus proche au lieu de se diriger vers le guérisseur ou attendre que la maladie s'aggrave, ne pas se diriger chez le guérisseur traditionnel ou suspecter le voisin pour avoir ensorcelé l'enfant se révéleront efficace pour la santé de l'enfant. Malheureusement, on note une lacune dans la prise en charge des maladies.

Lorsque les enfants souffrent, certains parents les amènent à l'hôpital et/ou au centre de santé, d'autres les laissent à la maison. Cependant, une grande proportion des enquêtées savent bien qu'en cas de maladie, il faut se soigner dans un centre de santé ou dans un hôpital. Malheureusement, quand on se trouve chez les parents en charge des enfants de moins de 5 ans qui sont tombés malades dans les deux dernières semaines avant l'enquête, une grande proportion des enfants n'ont rien reçu comme traitement, ce qui signifie qu'on ne les a pas amené dans un établissement sanitaire (cas de la diarrhée par exemple, CAP 2010).

Par ailleurs, les entretiens approfondis nous rapportent des parents qui ne font pas soigner les enfants en donnant comme principales raisons le manque de moyens financiers, l'éloignement des structures de santé et les problèmes de déplacements (avis recueillis dans les provinces de Bururi, Mwaro, Ruyigi et Karusi). Aussi, au sein des interviews réalisées auprès de la population de Gitega, Mwaro, Cankuzo, Makamba, Ruyigi, Karuzi et dans Gihosha rural en Mairie de Bujumbura, il a été dit que certains amènent les enfants chez les guérisseurs traditionnels pour certaines maladies.

A Mabanda par exemple, en province de Makamba, l'itinéraire thérapeutique semble être le suivant : L'enfant est hospitalisé pendant la journée. Le soir, on l'amène chez un guérisseur pour « compléter le traitement » par un autre type de thérapie. Il est ensuite ramené, très tôt le lendemain matin, sur le lit de l'hôpital, afin que le médecin le trouve sur place pendant la tournée habituelle.

Les prestataires des soins de santé se plaignent à propos de cette pratique qui fait que les parents amènent l'enfant à l'hôpital tardivement après avoir été chez les guérisseurs traditionnels.

A Gitega, les agents de santé disent que lorsque l'enfant est malade et que la température augmente jusqu'à ce que l'enfant convulse, certains parents croient qu'il s'agit de l'« ihembe », c'est-à-dire de la sorcellerie, et ils amènent l'enfant plutôt chez les guérisseurs traditionnels.

De telles réalités prouvent que même si les populations savent qu'en cas de maladie, il faut conduire l'enfant au CDS, il n'est pas dit qu'une grande partie adhère à cette connaissance qui, une fois mise en pratique, réduirait sensiblement les décès chez les enfants. C'est pourquoi, le Gouvernement devrait orienter une partie de ses stratégies dans les actions de communication stratégique pour le changement de comportement.

4. L'accès à une alimentation suffisante et équilibrée

La mauvaise et la sous alimentation sont responsables de plus d'un tiers des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans dans le monde (UNICEF, 2009). Un enfant souffrant de sous nutrition doit lutter pour résister aux infections et autres maladies susceptibles d'handicaper sa croissance normale et son développement psycho- physique et intellectuel.

Les indicateurs de nutrition chez les enfants présentent le Burundi comme un pays où l'alimentation des enfants n'est pas correctement assurée. En dépit de la régression significative de la malnutrition aiguë globale (5,6% selon l'enquête nationale de base de 2007), les prévalences d'insuffisance pondérale et de retard de croissance restent très préoccupantes dans la plupart des provinces du Burundi avec des taux supérieurs à 46% pour le retard de croissance et 35% pour l'insuffisance pondérale (enquêtes nutritionnelles de 2007).

Les carences en micro nutriments sont très fréquentes. La prévalence du goitre endémique atteint 42 % dans certaines provinces. L'anémie est régulièrement observée, avec une prévalence d'environ 56% chez le jeune enfant et la femme enceinte. L'avitaminose A reste très répandue nonobstant la distribution à grande échelle lors des campagnes semestrielles de

la Semaine Santé Mère Enfant (SSME). La proportion des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500g est de 15,1%.

Parmi les multiples facteurs étiologiques figurent un allaitement maternel insuffisant et de mauvaises pratiques de sevrage (Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010).

Selon les recommandations de l'OMS, une bonne alimentation du nourrisson et du jeune enfant suppose une initiation précoce à l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, suivi d'une alimentation sûre et adaptée à l'âge de l'enfant, à base d'aliments solides, semi-solides et mous, à partir de l'âge de 6 mois, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins deux ans.

L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement, associée à une alimentation adaptée, ont un impact majeur sur la survie, la croissance et le développement des enfants. Le lait maternel est le premier aliment que doit recevoir le bébé. Il est recommandé aux mères des enfants de les nourrir par l'allaitement exclusif depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois. *Un allaitement maternel exclusif signifie qu'aucun autre aliment, ni liquide, ni solide, n'est ajouté (sauf les médicaments) y compris l'eau, même en saison chaude, puisque le lait maternel est un aliment complet et répond aux besoins du nourrisson aussi bien en nutriments qu'en eau.*

Malheureusement, des études récentes effectuées dans les pays en développement montrent qu'une grande proportion de nourrissons et de jeunes enfants ne jouit pas des bienfaits de l'initiation précoce à l'allaitement maternel, de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et de l'allaitement avec compléments alimentaires adaptés au-delà de 6 mois. On déplore souvent la qualité inadaptée des aliments de complément au lait maternel, avec des insuffisances en protéines, graisses ou micronutriments pour assurer une croissance et un bon développement de l'enfant.

L'enquête CAP effectuée en Avril-Mai 2010 a recueilli des informations essentielles sur des pratiques liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à la santé de la mère et de l'enfant, auprès des femmes de 15 à 49 ans. Les résultats de cette enquête prouvent que les enfants burundais ne sont pas bien nourris.

1°. L'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement

Il est recommandé aux mères d'allaiter les enfants dans l'heure qui suit la naissance, car cet allaitement commencé à temps présente beaucoup d'avantages. Il profite du réflexe de succion et de l'état d'alerte du nourrisson très élevé à ce moment et stimule aussi la production du lait maternel. Il sert en même temps de première immunisation pour le bébé car le nourrisson profite des anticorps présents dans le colostrum. Il minimise également l'hémorragie maternelle du post-partum et renforce les liens entre la mère et l'enfant.

Concernant l'allaitement, les mères burundaises, de part la traditions allaitent les enfants à temps. Cela s'explique aussi par l'usage des laits de substitutions qui sont coûteux et qui dépasse les revenus des ménages. Ainsi, les études effectuées montrent que plus 70% des mères mettent le nouveau-né au sein dans le temps recommandé. En effet, selon l'enquête CAP 2010, 80,4% des mères des enfants de moins de deux ans déclarent les avoir mis au sein dans l'heure après la naissance. Ce résultat s'approche de celui trouvé dans l'enquête PMS avec 73,7%. Les proportions sont comparables dans les villes et dans les milieux ruraux (82,3% en urbain et 80,3% en rural).

Toutefois, les études révèlent une tendance à la réduction des mères commençant l'allaitement dans les délais selon l'âge. Pour une moyenne de 80,4%, les mères de moins de 20 ans qui ont

commencé l'allaitement dans les délais sont à 62,2% (CAP 2010). Ces proportions avoisinent 80% pour les autres tranches d'âge. Probablement que le manque d'expérience de la maternité chez ces jeunes mères peut être défavorable aux bonnes pratiques d'allaitement des enfants.

Il ressort des différentes études qu'une grande proportion de femmes met l'enfant au sein dans le temps recommandé. Seulement, dans le contexte burundais, il faut nuancer la signification de cet indicateur. En effet, lors de l'approfondissement des entretiens avec les mères rurales, des pratiques dangereuses sont signalées par la population. A titre d'exemple, en province Mwaro dans le Centre, exactement en commune Bisoro, les mères déclarent commencer à donner à l'enfant certains médicaments traditionnels (Igicuncu) ou le lait de vache avant de le mettre au sein. D'après elles, ces médicaments traditionnels sont utilisés pour prévenir les maux de ventre chez les bébés. Celles qui donnent le lait de vaches disent que c'est pour attendre la montée du lait maternel.

2°. Moments d'allaitement

Pour une bonne prise en charge du nourrisson dans son alimentation, les mères doivent pratiquer un allaitement fréquent sur demande, y compris les tétées de la nuit. Une proportion élevée des femmes burundaises déclarent donner le sein à l'enfant chaque fois qu'il le demande (83,5%). Seules 12% des mères allaitent quand elles sont disponibles. Les femmes du milieu urbain (78,7%) allaitent moins à la demande par rapport aux femmes du milieu rural. Il en est de même pour les femmes dont le niveau d'instruction est élevé (70,8% chez les femmes avec niveau secondaire et plus) par rapport à celles sans instruction (82,8%) ou qui ont fait uniquement les études primaires (85,5%).

La population burundaise étant essentiellement rurale et travaillant dans le secteur agricole, beaucoup de mères sont toujours à côté de leurs enfants, ce qui explique des proportions élevées d'enfants allaités à la demande. Les quelques différences entre les femmes du milieu urbain et celles ayant le niveau d'instruction élevé par rapport aux autres peuvent s'expliquer par le travail de la femme loin de sa résidence. Cela se remarque à travers les raisons données pour ne pas allaiter à la demande puisque 72,5% des femmes disent qu'elles n'ont pas de temps. Cette proportion est élevée chez les femmes vivant en ville (79,8%) et chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (81,8%).

Selon les recommandations internationales, les nourrissons devraient être allaités 8 à 12 fois par 24 heures, surtout pendant les premiers mois. L'estomac d'un bébé est petit et doit être rempli souvent. Le lait maternel est parfaitement adapté à la petite taille de l'estomac du bébé car il est facilement digéré. Des tétées fréquentes aident à maintenir la réserve du lait de la mère, portent au maximum l'effet contraceptif et fournissent des éléments immunitaires à chaque tétée. Elles aident également à prévenir des problèmes tels que l'engorgement des seins qui peuvent décourager une mère d'allaiter.

La fréquence d'allaitement en termes de tétée par jour pour les enfants de moins de 6 mois montre que 83,4% des enfants sont allaités au moins 8 fois par jour. Seuls, 14,70% sont allaités 3 à 7 fois par jour.

Les femmes instruites enregistrent une fréquence faible de celles qui allaitent au moins 8 fois par jour si on les compare avec les autres femmes d'un niveau d'instruction bas (79,4% chez les femmes du niveau secondaire pour une moyenne de 83,4%).

3°. L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois

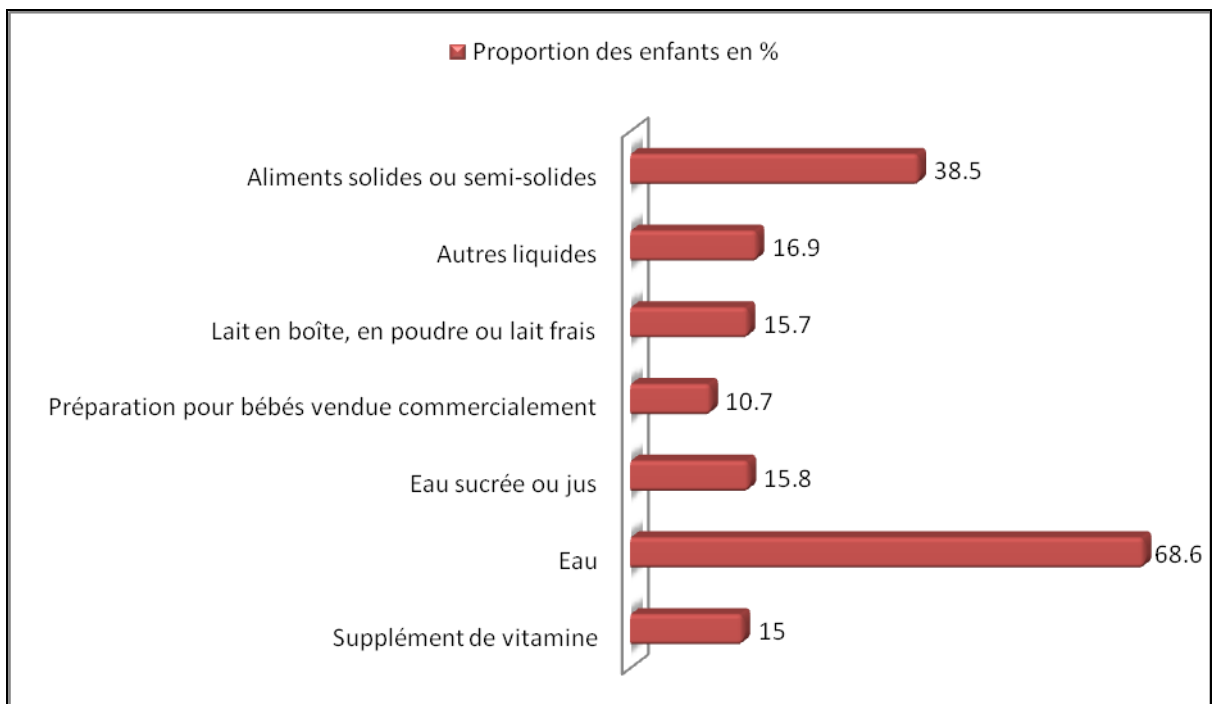
Selon l'étude CAP, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est pratiqué pour 56,5% des enfants (57,9% en Rural et 40,5% en Urbain). Selon le ministère ayant en charge la santé publique cité dans l'étude sur l'analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Burundi (UNICEF, 2009), les enfants exclusivement nourris au sein jusqu'à 6 mois représentaient en 2005 une proportion de 44,7% dont 45,4% en milieu rural et 38,5% en milieu urbain.

Selon certaines femmes fonctionnaires de Bujumbura, interviewées lors des entretiens qualitatifs, « il est difficile de pratiquer l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puisqu'elles terminent leur congé de maternité avant que l'enfant ait cet âge. Aussi, le fait de travailler dans les ONGs a été mentionné comme facteur empêchant les mères à nourrir exclusivement leurs enfants au sein parce que les exigences de l'emploi du temps sont contraignantes. ».

Il apparaît que les jeunes mères allaitent moins les enfants jusqu'à 6 mois (37,5% pour les moins de 20 ans) que les mères relativement âgées (plus de 60% pour les femmes de plus de 35 ans).

Même si les femmes déclarent avoir donné exclusivement le lait maternel aux enfants de moins de 6 mois en proportion relativement élevée, l'analyse des pratiques dans l'alimentation montre une différence entre les déclarations des parents et ce qu'ils font. En effet, si on regarde les aliments donnés aux enfants de moins de 2 ans, en filtrant les réponses par l'âge de l'enfant, on découvre que 68,6% des enfants de moins de 6 mois reçoivent de l'eau, 38,5% reçoivent des aliments solides et semi-solides, 15,7% reçoivent le lait en boîte ou en poudre, près de 15% reçoivent également des jus ou d'autres boissons ou des préparations pour bébé commercialisées.

Graphique 3 : Types de produits alimentaires donnés aux enfants (en %) de moins de 6 mois dans les 24 heures précédant l'enquête CAP 2010.



4°. Le sevrage et l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois

Le niveau de pratique de l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois est faible avec 16% des femmes qui introduisent les compléments à temps. Près de la moitié des femmes (47%) introduisent tardivement les compléments au lait maternel et 37% les introduisent précocement dans le régime de l'enfant. Ce niveau faible de pratique de l'alimentation complémentaire à partir de 6 mois, s'explique aussi par un niveau faible de pratique de l'allaitement exclusif. Selon différents entretiens réalisés, les raisons de la mauvaise pratique dans l'alimentation complémentaire sont perçues de la façon suivante : Dans la communauté des *femmes rapatriées et les femmes Batwa*, ces dernières disent qu'en raison de la mauvaise alimentation de la mère, elles ne parviennent pas à avoir le lait suffisant pour l'enfant et préfèrent lui donner aussi des aliments de complément précocement. D'autres problèmes d'allaitement sont signalés chez les filles mères. Des avis recueillis à Gitega, dans le quartier Yoba, il a été signalé le cas des filles mères qui refusent de nourrir au sein leurs enfants de peur de perdre leur forme (*ngo amabere yabo yorwa, pour dire que leurs seins tomberaient facilement*).

En province Rutana, on parle de filles mères qui sèvrèrent précocement leurs enfants parce qu'elles ont de problèmes de lait dans la mesure où elles n'ont pas de quoi se nourrir et par conséquent elles n'ont pas assez de lait.

5°. Le nombre et la fréquence des repas donnés aux enfants par groupe d'âge

L'étude CAP montre que près de la moitié des enfants de moins de deux ans reçoivent moins de 3 repas par jour. Près d'un tiers (32,9%) arrivent à avoir trois repas par jour et un enfant sur dix seulement mange 4 fois ou 5 fois et plus par jour (11,6% pour 4 fois et 8,9% pour 5 fois ou plus).

Les mères du milieu urbain (34,5% en milieu urbain et 32,8% en milieu rural) ou instruites (48% pour les femmes d'instruction secondaire contre près de 30% pour les femmes sans niveau ou avec le niveau primaire) donnent trois repas par jour aux enfants à des proportions élevées par rapport à celles des femmes de la campagne ou faiblement instruites. Les jeunes mères donnent trois repas aux enfants à des proportions relativement élevées par rapport aux femmes âgées (44,7% pour les moins de 20 ans et 35,2% pour les femmes âgées de 45-49 ans).

Le nombre de repas augmente avec l'âge de l'enfant tout en soulignant que 36,7% des enfants, âgés de 19 à 23 mois ont moins de trois repas par jour. Cette proportion est de 40% chez les enfants de 10-18 mois et de 54,8% chez les enfants de 6-9 mois.

6°. L'allaitement en complément jusqu'à 24 mois

En demandant aux femmes jusqu'à quel âge un enfant devrait être allaité, l'âge moyen issu de l'enquête est de 28,1 mois. Les femmes de la campagne enregistrent un âge moyen de 28,5 mois contre 24,67 mois pour celles des milieux urbains.

Notons que la pratique de l'allaitement jusqu'à deux ans diffèrent cependant des attitudes des femmes. Les données de l'enquête montrent que les enfants ont été allaités jusqu'à 28,1 mois en moyenne. Il y a un grand écart entre les femmes du milieu urbain et celles de la campagne car l'âge moyen au sevrage total est de 31,1 mois en milieu rural et 18,1 mois en milieu urbain. Les enfants des campagnes sont nourris au sein au-delà de l'âge jugé idéal pour le sevrage total et en milieu urbain, même si l'âge avancé comme convenable pour le sevrage de l'enfant est élevé, la pratique montre qu'ils sont sevrés en moyenne à l'âge de 18 mois.

Tableau n°1 : Age idéal et âge moyen au sevrage des enfants (CAP 2010).

Milieu de residence	Age idéal moyen pour le sevrage total de l'enfant en mois	Age moyen au sevrage total des enfants en mois
Urbain	24,67	18,09
Rural	28,51	31,08
Total	28,13	28,14

Au moment de l'enquête CAP, presque tous les enfants âgés de moins de deux ans (95,9%) étaient encore nourris au sein. Une nuance est qu'en milieu urbain, cette proportion est relativement faible avec 8% d'écart avec le milieu rural. Cela se traduit aussi par les proportions par régions où, en dehors de la Mairie de Bujumbura (88,8%), partout ailleurs, les valeurs sont au-delà de 90%. En regardant les tranches d'âge des enfants, il apparaît une légère baisse quand l'âge augmente car au-delà de 18 mois, les proportions des enfants allaités diminuent de 10% par rapport aux enfants des autres groupes d'âge. Ce niveau de pratique se confirme aussi dans les entretiens car *l'âge du sevrage total, varie entre 18 mois et 3ans. Cependant les femmes qui habitent la Mairie de Bujumbura disent qu'il ne faut pas allaiter l'enfant jusqu'à deux ans et qu'il faut le sevrer très tôt pour concevoir assez tôt et faire le nombre d'enfants souhaités rapidement et se reposer définitivement avant la vieillesse.*

Dans l'ensemble, seulement 4,1% des enfants de moins de deux ans ne sont pas allaités. La proportion est plus élevée en milieu urbain (10,7%), particulièrement à Bujumbura avec 11,2% et dans la catégorie des enfants de 18 – 23 mois avec 13,6%. En demandant la raison pour laquelle la femme a cessé d'allaiter l'enfant, une grande majorité de femme cessent d'allaiter parce qu'elles tombent enceinte (65%) et 10% pour cause de la maladie de la mère. Les autres raisons sont citées à des faibles proportions. Aussi la partie qualitative de l'étude confirme ce comportement. D'après les entretiens menés avec *les prestataires des soins de santé, ces derniers soulignent que quand la mère se rend compte qu'elle est enceinte, elle va sevrer l'enfant parce qu'il ya des croyances qui disent que si jamais l'enfant continue à téter, il peut tomber malade. Il souffrirait de la maladie appelée « ibere » qui se manifeste par la diarrhée.*

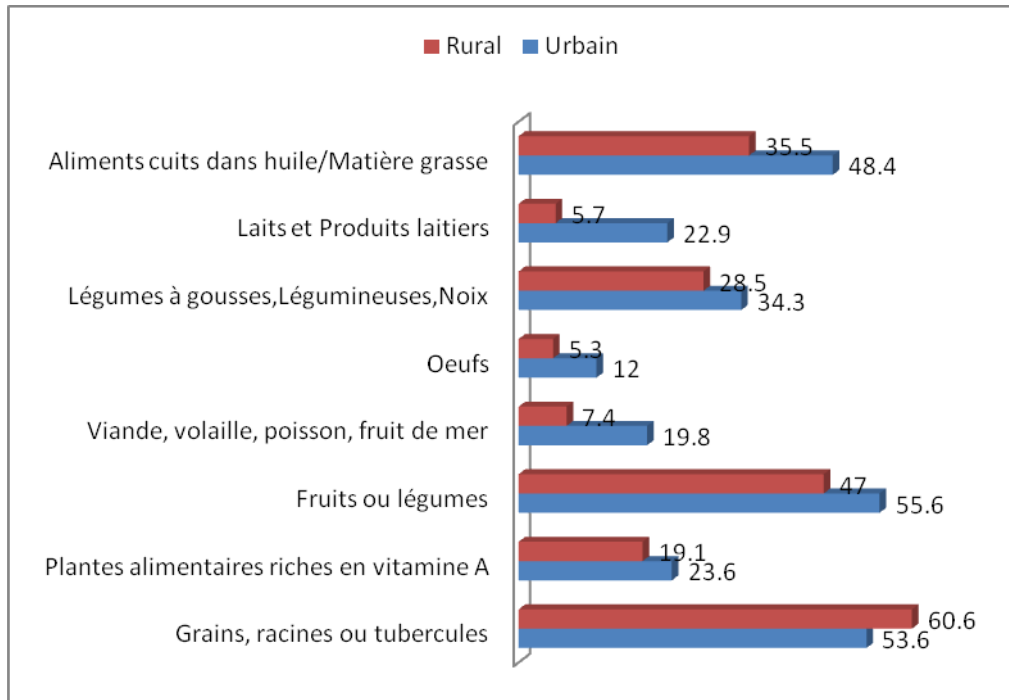
7°. Diversification des aliments complémentaires

Au niveau de la diversification des aliments, les aliments donnés aux enfants se regroupent principalement dans les graines, racines et tubercules (45,5%), fruits et légumes (37,7%), aliments cuits dans l'huile/matière grasse (27,9%) et légumineuses (22,9%). Les enfants qui reçoivent la viande, le lait et les produits laitiers ou les œufs représentent de très faibles proportions (7% pour la viande, 4,8% pour les œufs et 6% pour les produits laitiers, CAP 2010).

Au sein de la population urbaine, on observe une légère augmentation des enfants qui ont mangé des œufs, des produits laitiers, de la viande ou du poisson et des fruits et légumes. Par

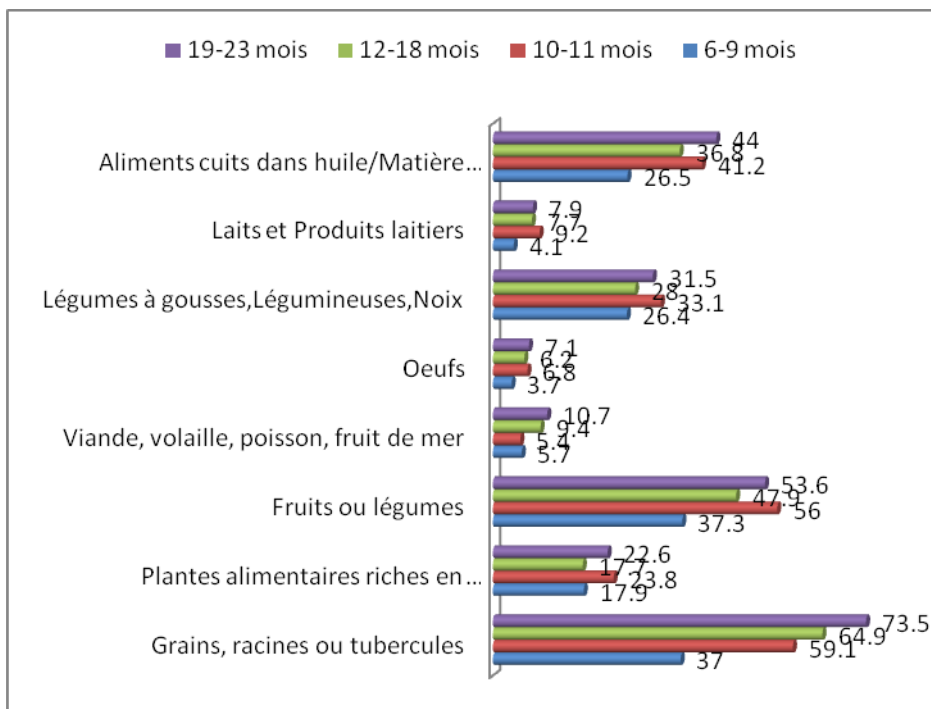
contre les proportions de ceux qui ont eu des graines, racines ou tubercules ainsi que les aliments cuits dans l'eau sont très élevés en milieu rural.

Graphique 4 : Types d'aliments donnés aux enfants (en %) selon le milieu de résidence (CAP 2010)



Il n'y a pas de différences en termes d'aliments donnés aux enfants selon les différents âges.

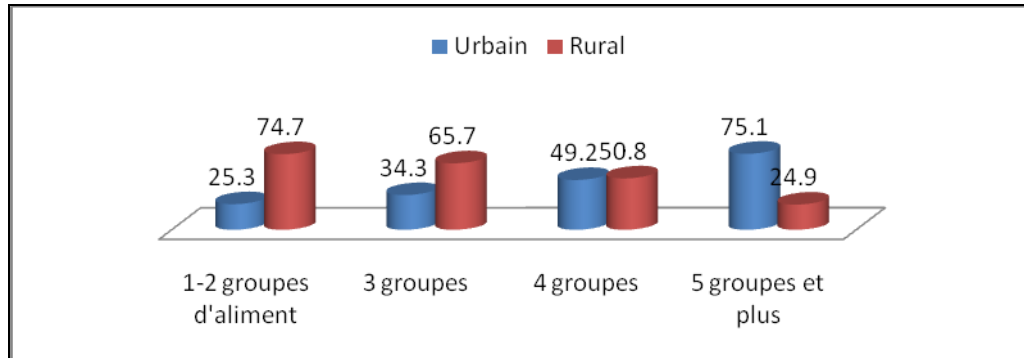
Graphique 5 : Types de repas donnés aux enfants (en %) selon l'âge de l'enfant (CAP 2010)



L'alimentation accuse de très faibles apports en protéines avec comme conséquence, l'augmentation des maladies liées à la malnutrition.

Dans la diversification alimentaire, il apparaît que les repas donnés aux enfants ne sont pas suffisamment variés. Une grande proportion des enfants reçoivent un ou deux groupes d'aliments seulement. Cependant, la situation des enfants des milieux urbains est relativement bonne par rapport à celle des femmes des milieux ruraux.

Graphique 6 : Diversification alimentaire chez les enfants (en %) de 12-23 mois selon le milieu de résidence (CAP 2010)



Le problème de l'alimentation ne se pose pas tellement au niveau de l'allaitement. Toutefois, la diversification alimentaire, la quantité de la nourriture donnée à l'enfant sont à la source des problèmes de santé des enfants. La menace est la malnutrition, prenant différentes formes, souvent identifiées comme marasme et kwashiorkor, ainsi que des déséquilibres alimentaires, dont les carences en micronutriments comme l'avitaminose, l'anémie et des troubles dus à la carence en iode.

En 1987, le taux moyen d'émaciation des enfants de moins de 3 ans était de 4,7% (MI-DHS, 1988), niveau qui a atteint 9,1% en 2000 (MICS). A cette date, chez les enfants de moins de 5 ans, le taux était de 7,5% en moyenne avec des disparités régionales allant de 6% à 9% et, un taux de malnutrition aiguë sévère de 0,5% (MSP/PLMTC, 2006). Cinq ans plus tard, le pourcentage n'a guère changé (7,4%) tandis que l'émaciation sévère moyenne était de 1,4% (MSP-ISTEBU 2007). En 2007, le taux moyen de malnutrition aiguë est en baisse (5,6%) avec des grandes variations par province, différentes de celle de 2005. Ceci reflète le caractère conjoncturel de l'émaciation, lié aux conditions spécifiques saisonnières de chaque lieu. A cette date, elle était plus forte que la moyenne nationale dans 7 provinces avec un pic de 11,5% dans la province de Rutana, par rapport au pic de 11,8% dans la province de Cankuzo en 2005.

Le retard de croissance, mesuré par le rapport entre la taille et l'âge de l'enfant indique une malnutrition chronique. Elle était de 48,1% chez les enfants de moins de 3 ans en 1987 (MI-DHS, 1988) et de 51% en 2000 (MICS). A cette même date, elle était de 56,8% pour les enfants de moins de 5 ans, mais légèrement en baisse en 2005 à 52,5%, avec des pointes allant au dessus de 60% (MSP/PLMTC 2006). En 2007, bien qu'en baisse de nouveau, elle est encore très élevée à 46% (MSP-ISTEBU, 2007)

Au Burundi, les enfants les plus touchés par l'émaciation en 2000, aussi bien qu'en 1987, avaient entre 12 et 23 mois d'âge ; l'expérience récente pour réduire la malnutrition indique qu'elle touchait surtout des enfants âgés de 6 à 18 mois. Les enfants les plus vulnérables à la

malnutrition chronique en 2000 avaient entre 12 et 59 mois. En milieu rural, les enfants des ménages ayant une très petite exploitation agricole sont parmi les plus vulnérables.

Les petits enfants malnutris sont affaiblis et plus exposés aux maladies courantes. La synergie malnutrition-maladie (notamment la diarrhée ou le paludisme) expose l'enfant à des risques de décès. Des carences peuvent entraîner des lacunes dans le développement de l'enfant (notamment dans le développement du système nerveux central). Les enfants scolarisés ont du mal à suivre les cours, surtout à la fin de la matinée et l'après midi et, ont une faible performance scolaire.

L'émaciation est une situation passagère, essentiellement consécutive à une alimentation insuffisante de l'enfant dans un ménage démuné pendant une période ponctuelle ou bien la perte de poids suite à une maladie (diarrhée sévère, anorexie). Avant l'âge de 6 mois, elle est liée à la qualité de l'allaitement, lui-même fonction de l'alimentation de la mère, et probablement au non respect de l'allaitement exclusif. A partir de 6 mois, elle est liée à un retard dans l'introduction d'une alimentation complémentaire et surtout à la qualité inadéquate de cette alimentation. La malnutrition chronique est le résultat d'épisodes d'émaciation répétés ou d'une privation prolongée de la quantité et/ou de la qualité de l'alimentation, très souvent en interaction avec une des trois maladies courantes dont la prévalence est très élevée : le paludisme surtout entre 12-23 mois ; les IRA plutôt avant 36 mois d'âge ; les diarrhées surtout avant 24 mois d'âge.

Qu'il s'agisse d'émaciation ou du retard de croissance, les causes sous-jacentes de la malnutrition sont notamment la faible disponibilité des vivres au niveau des ménages défavorisés et le déficit alimentaire d'ensemble dans les pays, situation fréquente pendant les périodes de soudure.

De façon générale, les exploitations agricoles sont de petite taille et leur productivité est faible. Cette situation, actuellement très répandue, donne lieu à un déficit alimentaire d'ensemble, qui contribue à l'augmentation des prix des vivres sur les marchés, sans être accompagné d'une amélioration de la rémunération des travaux agricoles.

En plus de l'insuffisance des vivres, on constate également une alimentation déséquilibrée et des carences de certains aliments, notamment des micronutriments, ainsi que des pratiques alimentaires inadéquates liées au contexte culturel. En effet, le régime alimentaire burundais est peu varié, basé sur 5 aliments essentiels : le haricot, le manioc, la patate douce, la banane et le maïs. Ce régime de base est très peu accompagné de viande.

La malnutrition de l'enfant est aussi liée à d'autres facteurs sous-jacentes comme le manque d'accès à l'eau potable, les pratiques d'hygiène inadéquates et l'insuffisance de la demande des soins et des actions de prévention auprès des services de santé. Le faible poids à la naissance, résultant souvent de l'état sanitaire de la femme enceinte, constitue une autre cause sous-jacente à la malnutrition.

Les naissances rapprochées affectent également l'état nutritionnel des enfants de manière négative, l'aîné faisant l'objet d'une rupture brutale de l'allaitement et de l'attention de la mère, tandis que le nouveau-né est allaité par une mère qui n'a pas totalement récupéré de la naissance et l'allaitement de l'aîné.

Sur le plan structurel, la malnutrition est étroitement liée à la pauvreté du ménage, au niveau d'éducation de la mère, à sa charge de travail et à son statut social, caractérisé par la subordination et sa faible maîtrise de la santé de la reproduction, notamment le très faible niveau d'accès aux méthodes modernes de contraception.

La menace de l'insécurité alimentaire existe à deux niveaux : celui des ménages et celui de l'ensemble du pays. Historiquement, le Burundi connaît la menace de l'insécurité alimentaire

avec des périodes récurrentes de pénuries pendant les deux périodes de soudure et un déficit global important. Actuellement, la production domestique ne couvre pas tous les besoins et les importations ne permettent pas de couvrir le déficit.

Pour les années 1990-1992, selon les estimations de la FAO, le déficit global des disponibilités alimentaires était de 17,6%. La crise sociopolitique qu'a connue le Burundi depuis octobre 1993 n'a fait qu'aggraver l'insécurité alimentaire, créant une situation particulièrement fragile avec des déficits nettement plus importants, estimés à 38% en 2007 et une couverture seulement de 75% des besoins énergétiques (Burundi, mai 2008).

L'autre facteur de vulnérabilité des enfants réside dans les manquements observés dans le domaine de la santé maternelle et infantile



5. La santé maternelle et infantile.

La promotion de la santé maternelle et infantile est un facteur important pour la survie des enfants. Malheureusement, l'humanité n'a pas encore atteint le niveau satisfaisant dans ce secteur. Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent des causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de quatre millions de nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent leur naissance. Des millions d'autres femmes souffriraient de divers handicaps, maladies, infections et traumatismes (UNICEF, 2009). L'essentiel des victimes se

trouve en Afrique et dans une moindre mesure en Asie du Sud. Pourtant, des solutions peu coûteuses qui permettraient d'améliorer rapidement la situation existent, mais il faudra beaucoup de volonté et un sentiment d'urgence pour les mettre en œuvre et atteindre ainsi les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et infantile. Outre l'OMD 5, une amélioration des services de santé maternelle et procréative contribuera directement à la réalisation de l'OMD 4, qui cherche à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 1990 à 2015.

La prise en charge correcte de la grossesse et de l'accouchement, la prévention de la transmission mère- enfant du VIH/SIDA et la vaccination de tous les enfants, sont des mesures indispensables pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans beaucoup de pays africains y compris le Burundi. Ces mesures, que les femmes en âge de procréer et les enfants sont en droit d'attendre, ne sont ni impossibles ni impraticables; ce sont au contraire des méthodes peu coûteuses et qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Toutefois, la réussite de ces mesures dépend de l'engagement politique et financier des Etats, mais également, d'un réel travail de changement de comportement dans les familles et dans les communautés pour l'adoption de bonnes pratiques garantissant la survie des enfants et des mères.

1°. Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Burundi

Une étude effectuée en 2010 montre que durant la dernière grossesse, la quasi-totalité des mères des enfants de moins de 5 ans ont suivi une consultation prénatale. Selon cette étude, les personnes consultées sont en général qualifiées (médecin ou infirmier/sages femmes), soit 97,7% dont 18,8% médecins et 78,9% infirmiers/sages femmes. Cette proportion reste toujours élevée quel que soit le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. Remarquons néanmoins que les médecins ne sont pas suffisamment consultés par les femmes (entre 8% au Centre-Ouest et 40,7% à Bujumbura). Ce constat pourrait être lié à leur rareté, et surtout en milieu rural où il faut aller jusqu'au grand centre ou au chef lieu de province pour les rencontrer. Cependant, même si la proportion des femmes ayant consulté un médecin reste faible, un progrès considérable a été réalisé car le taux était de 5,3% en 2005 (UNICEF-BURUNDI, 2009, Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Burundi

La suppression des frais d'accouchement dans les structures de soins publics en 2006 a eu un impact immédiat sur le nombre de naissances assistées par un personnel qualifié. La proportion est passée de 33,6% en 2005 (MICS 2005) à 41% en 2007 (MSPLS) et à 64,4% en 2009 (PMS 2009). Selon l'enquête CAP 2010, lors du dernier accouchement, 73,0% des femmes ont été assistées par un personnel qualifié. Selon le milieu de résidence, les proportions varient de 67,5% en milieu rural à 83,0% chez les femmes urbaines. La plupart des femmes qui accouchent se font assister par des infirmiers/sages femmes. En effet, des 73 femmes sur cent ayant été assistées par un personnel qualifié, 62,3% l'ont été par des infirmiers/sages femmes (soit 85,3% des accouchements assistés par une personne qualifiée) contre 10,7% qui ont été assistées par un médecin. Remarquons également que malgré la gratuité de l'accouchement, la proportion de femmes qui sont assistées par une accoucheuse traditionnelle reste élevée en milieu rural, 14,4%.

Le niveau d'instruction semble être un facteur de différenciation dans la qualité de la personne qui assiste la femme au moment de l'accouchement. La proportion des femmes ayant bénéficié de l'assistance d'une personne qualifiée lors de leur dernier accouchement augmente avec le niveau d'instruction de celles-ci, passant respectivement de 64,2% chez les

femmes sans instruction à 77,5% chez les femmes de niveau primaire et à 91,7% chez les femmes de niveau secondaire ou plus.

2°. Parité moyenne à différents âges

La santé des femmes comme celle des enfants peut être influencée par le nombre de grossesses. En effet, trop de grossesses rapprochées peuvent affecter le capital santé de la mère. Il en est de même pour les grossesses en bas âge et aux âges avancés qui portent un risque pour la santé de l'enfant et de la mère. Dans un contexte de grande pauvreté comme au Burundi, beaucoup de naissances signifient beaucoup de bouches à nourrir et parfois, les familles peinent pour avoir de quoi manger. Ainsi, la forte fécondité peut compromettre la prise en charge des nourrissons au niveau de l'alimentation.

Malgré ces risques, la fécondité des femmes burundaises reste à des niveaux élevés. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2008, le nombre moyen d'enfant par femme est de 6 avec une précocité de cette fécondité (un taux de fécondité allant jusqu'à 40,9 pour mille en milieu urbain chez les femmes de moins de 20 ans). L'enquête CAP a montré en 2010 une parité moyenne atteinte des femmes enquêtées de 4,28 enfants/femme en général, et de 6,68 enfants par femme ayant atteint 49 ans. Selon toujours cette enquête, entre 15-19 ans, une femme a déjà 1,48 enfants en moyenne. Remarquons également que cette parité augmente régulièrement selon l'âge de la femme et ne tend à stagner qu'au-delà de 40 ans. La fécondité des femmes burundaises, qui commence très tôt et s'arrête un peu plus tard, vers l'âge de la ménopause, traduit un faible usage de la contraception chez les femmes burundaises, particulièrement la contraception d'arrêt (22,7% toutes méthodes traditionnelles et modernes confondues, PMS 2009 ; 7,5% pour la contraception moderne selon UNICEF-BURUNDI, 2009).

Tableau n°2 : Les indicateurs de la natalité et de la fécondité selon le RGPH 2008

Indicateurs	Urbain	Rural	Ensemble Burundi	Bujumbura
Nombre moyen d'enfants par femme (ISF)	5,5	6,0	6,0	5,5
Taux global de fécondité générale (‰)	151	160	159	144
Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans)	40,9	31,2	32,2	===
Taux brut de natalité (‰)	36,7	39,5	39,2	35,8

3° Survie des naissances

Les carences dans la prévention et la prise en charge des maladies chez les enfants se traduisent par de nombreux décès. Même si actuellement, le taux moyen de vaccination touche plus de 90% des enfants burundais, on déplore une forte mortalité des enfants. Selon les différentes sources, le taux de mortalité infantile est de 120‰ (MICS 2005), de 109‰ (stat.OMS 2006) et 103‰ (RGPH 2008). Selon les mêmes sources, la mortalité infanto-juvénile est de 176‰ (MICS 2005), de 175‰ (stat. OMS 2006) et de 152‰ (RGPH 2008).

En analysant les décès des enfants survenus chez les femmes mères des enfants enquêtées dans l'étude CAP, le nombre moyen d'enfants décédés par femme est de 0,65 au niveau global. Cela veut dire que pour une femme ayant eu en moyenne 4,28 enfants, seuls 3,63

enfants survivent actuellement. En comparant le milieu urbain au milieu rural, le nombre de décès est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (0,42 enfants par femme en milieu urbain contre 0,67 enfants par femme en milieu rural).

La comparaison régionale montre de très fortes variations allant de 0,30 décès d'enfants par femme à Bujumbura à 0,86 au Nord-Est. Cela s'expliquerait par les conditions de vie entre les deux régions du fait que Bujumbura est essentiellement urbain mais aussi le fait de la présence des infrastructures socio-sanitaire et économique. Il faut rappeler aussi la famine et la sécheresse qui ont frappé le Nord du pays depuis les années 2005 avec toutes les conséquences sur la survie des enfants.

Tableau n°3 : Quotients de mortalité (pour mille) des enfants par province selon le RGPH 2008

Provinces	Moins de 1 an	1 à 4 ans	0 à 4 ans
Bubanza	117	72	181
Bujumbura rural	86	36	119
Bururi	82	32	111
Cankuzo	94	45	135
Cibitoke	116	70	178
Gitega	100	51	146
Karusi	93	44	133
Kayanza	84	35	116
Kirundo	139	101	226
Makamba	91	41	128
Muramvya	82	33	112
Muyinga	121	77	189
Mwaro	88	39	124
Ngozi	111	65	169
Rutana	101	52	148
Ruyigi	97	47	139
Bujumbura Mairie	76	27	101
BURUNDI	103	55	152
Espérance de vie à la naissance (Burundi)	46,0	51,8	49,0

Concernant le niveau d'instruction, on observe une relation négative qui se traduit par une diminution du nombre moyen de décès d'enfants par femmes à mesure que le niveau augmente. Selon l'étude CAP 2010, chez les femmes sans instruction, une femme a perdu en moyenne 0,75 enfants alors que cette moyenne est de 0,48 enfants pour les femmes de niveau primaire et 0,32 enfants chez les femmes de niveau secondaires ou plus. En d'autres mots, le nombre moyen de décès augmente de plus de 50% quand on passe des enfants issus des femmes de niveau secondaire ou plus à ceux issus des femmes de niveau primaire. Ce nombre augmente également dans les mêmes proportions quand on passe aux enfants issus des femmes du niveau primaire à ceux des femmes non-instruites.

Tableau n°4: Les principaux indicateurs de mortalité selon le RGPH 2008

Indicateurs	Masculin	Féminin	Ensemble
Taux brut de mortalité	18,5	14,6	16,5
Taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an)	107	99	103
Taux de mortalité juvénile (enfants de moins de 1 à 4 ans)	60	50	55
Taux de mortalité infanto juvénile (enfants de moins de 5 ans)	161	144	152
Ratio de mortalité maternelle	****	****	866
Espérance de vie à la naissance	46,0	51,8	49,0

4°. Connaissances sur le VIH/Sida et la PTME

En 2005, l'ONUSIDA estimait que 17,5 millions de femmes en âge de procréer étaient séropositives à l'échelle mondiale. Une grande partie de ces femmes vivait en Afrique au Sud du Sahara. Sans intervention de la PTME, jusqu'à 35% des bébés nés de ces femmes seraient atteints du VIH SIDA (UNICEF-MAROC, 2006).

L'objectif de la PTME est de prévenir la transmission et l'infection au VIH de la mère séropositive aux nouveau-nés et nourrissons pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi qu'après la naissance à travers l'allaitement. On constate malheureusement que le nombre d'enfants séropositifs continue d'augmenter et l'Afrique reste la région la plus touchée.

Au Burundi, les indicateurs disponibles montrent aussi une séroprévalence élevée au VIH SIDA et la TME est responsable de la quasi-totalité du SIDA chez les enfants. Selon une enquête réalisée par le Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Maladies Infectieuses (CEFORMI) en 2007, la prévalence du VIH/SIDA est de 2,91% chez la femme et de 2,81% chez l'homme. En l'absence de mesures de prévention, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est important allant jusqu'à 40%. Aussi, 95% des infections à VIH pédiatriques sont dues à la transmission du VIH de la mère à l'enfant (MSPLS, Politique Nationale de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant, 2010). Toutefois, les infections au VIH chez les enfants pourraient être évitées si l'on pratique à temps des interventions dont l'efficacité est prouvée pour prévenir la TME.

Une des stratégies prioritaires pour la prévention de la TME consiste à renforcer la prévention primaire du VIH/SIDA afin de prévenir les infections au VIH parmi les hommes et les femmes en âge de procréer. La prévention primaire dépend de la promotion de l'utilisation des préservatifs et leur disponibilité, la communication axée sur le changement des comportements et la prévention des autres maladies sexuellement transmissibles. L'objectif spécifique de l'éducation en matière de TME, introduite sous forme d'une composante de l'éducation en matière de VIH/SIDA, est de protéger les nourrissons, mais elle peut également servir comme élément de motivation contre les comportements sexuels à risque chez les

jeunes et les adultes. Soulignons que le changement de comportement dépend des connaissances que la population a sur la maladie.

Un grand travail de sensibilisation et d'information sur la prévention du VIH/SIDA est mené avec un appui important des organisations internationales et des associations locales. Les études effectuées montrent que la connaissance du VIH est présente partout. Avec l'étude CAP, la quasi-totalité des femmes interrogées déclarent avoir entendu parler du Sida (98,4%) et connaissent les principales voies de la transmission du VIH/SIDA.

Cependant, on peut déceler encore des connaissances erronées chez certaines femmes, concernant certaines voies sur la transmission. En effet, plus d'une femme sur quatre estiment encore qu'on peut contracter le virus du SIDA par des piqûres de moustiques (27,7%), une femme sur cinq par la sorcellerie (19,2%), et dans une moindre mesure en partageant la nourriture avec un malade du Sida (8%). Ces mauvaises connaissances sont détenues essentiellement par les femmes vivant en milieu rural et les femmes sans instruction ou avec un niveau d'instruction bas.

La protection de la santé infantile dépend cependant des connaissances des mères sur la transmission mère enfant. Or, dans ce domaine, peu de femmes sont sensibilisées.

Selon le Ministère de la Santé Publique, la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste la seconde voie de contamination et le principal mode par lequel les enfants s'infectent. D'après différentes enquêtes de séroprévalence réalisées dans le pays, le sexe féminin reste le plus touché comparé au sexe masculin. En tenant compte de cette séroprévalence du VIH qui est élevée chez les femmes (2,91% chez les femmes contre 2,81% chez les hommes) et si on considère la fécondité élevée des femmes burundaises, le nombre d'enfant à risque d'être contaminé est élevé. Le manque d'information concernant la transmission mère enfant et les moyens de protéger l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance chez les femmes séropositives peut contribuer à l'augmentation du nombre d'enfants infectés.

L'enquête CAP montre des niveaux faibles de connaissance des femmes en matière de transmission mère enfant du VIH/Sida, à différents moments. En effet, la proportion des femmes qui savent correctement les trois différents moments où on peut transmettre le VIH à son enfant est faible (63,3%). Autrement dit, seuls 6 femmes sur dix disposent de bonnes connaissances sur la TME. Ces connaissances sont améliorées en milieu urbain (70,4%) qu'en milieu rural (62,6%).

La connaissance n'est pas suffisante à elle seule, il faut aussi encourager les dépistages pour faire état sérologique des parents. Selon les études faites, l'opinion des femmes est favorable au dépistage volontaire même si les maris constituent des entraves dans beaucoup de cas.

Presque toutes les femmes enquêtées sont d'accord pour faire un test de dépistage du VIH pendant la grossesse (96,1%). Cette proportion est de 98,2% en milieu urbain et de 95,9% en milieu rural. *Il ressort même des entretiens et FGD que les femmes reconnaissent l'importance du dépistage du VIH/SIDA. Elles disent que le dépistage du VIH/SIDA chez une femme enceinte lui permet de connaître sa sérologie, de protéger le bébé si elle est séropositive, de savoir comment se comporter au niveau alimentaire, sanitaire, etc. Cependant, il a été soulevé une difficulté liée au fait que les femmes ont peur, une fois qu'elles sont testées positives, d'être chassées par les maris. Certaines disent même que leurs maris peuvent refuser de les accompagner pour faire le dépistage et le feraient par conséquent en cachette. De même, les mères célibataires disent qu'elles ne se font pas dépister parce qu'elles ont peur d'être stigmatisées et discriminées une fois testées positives. A Rutana, les femmes nous ont rapporté qu'elles ont peur de se faire dépister croyant que le dépistage aggrave la maladie.*

Autrement dit, les proportions très élevées des opinions des femmes sur le dépistage sont à prendre avec précaution parce que les entretiens approfondis avec les femmes soulèvent des problèmes liés aux croyances des femmes ou à la stigmatisation orchestrée par leur entourage.

Par rapport au dépistage au VIH, les autorités administratives disent que le dépistage se fait dans les grands hôpitaux et quelques centres de santé bien équipés, ce qui peut entraver le dépistage au VIH pendant la grossesse. Même si les opinions restent favorables au dépistage pendant la grossesse, la présence des centres dotés de moyens permettant ces services reste une préoccupation de la population.

L'analyse de ce thème a permis de mettre en évidence les différents comportements sanitaires des mères vis-à-vis de leurs enfants, notamment la vaccination, les consultations prénatales, l'accouchement ainsi que la transmission mère/enfant du VIH/SIDA. Les résultats de cette étude montrent que, malgré un taux de consultation prénatale élevé, l'assistance médicale de l'accouchement reste faible. La mesure gouvernementale de gratuité des soins d'accouchement a certes contribué à l'augmentation du nombre de mères qui accouchent dans les structures de soins, mais, il reste près d'un quart des femmes qui ne se font pas assister par un personnel médical qualifié et cela peut avoir des conséquences négatives sur la survie de l'enfant et de la mère. Par ailleurs la pression sur les infrastructures qu'elle a occasionnée, peut agir négativement sur la qualité des soins si l'offre de service ne s'accompagne de l'augmentation des infrastructures, du matériel et du personnel médical. Concernant la transmission mère/enfant, 63,3% des femmes disposent d'une bonne information sur les principales voies de contamination. Toutefois, même si beaucoup de femmes sont favorables à un dépistage au VIH en cas de grossesse, les entretiens individualisés et les Focus Group ont rapporté des attitudes des maris visant à décourager le dépistage au sein des couples, avec pour conséquence, des femmes qui préfèrent aller se faire dépister en cachette.

II. Protection et développement de l'enfant

Sous sa forme la plus simple, la protection de l'enfant se rapporte au droit de l'enfant d'être protégé contre tout acte dommageable. Ce droit vient s'ajouter à d'autres, qui ont notamment pour objet de veiller à ce que l'enfant reçoive tout ce dont il a besoin pour survivre, grandir et s'épanouir. Les atteintes au droit de l'enfant à la protection, outre qu'elles sont une violation des droits de l'homme, constituent également des obstacles majeurs, mal reconnus et insuffisamment signalés, à la survie et au développement de l'enfant. Les enfants soumis à la violence, à l'exploitation, à la maltraitance et à l'abandon moral encourent plusieurs risques dont:

- une espérance de vie écourtée
- une médiocre santé physique et mentale
- des difficultés scolaires (pouvant aller jusqu'à l'abandon scolaire)
- de médiocres aptitudes parentales, une fois parvenus à l'âge adulte
- une vie de sans abri, condamné à l'errance et à l'isolement

Des mesures adéquates de protection, en revanche, multiplient les chances de l'enfant de grandir et de se développer harmonieusement sur le plan physique et mental, dans la confiance et l'estime de soi, amenuisant ainsi le risque de le voir plus tard maltraiter ou exploiter autrui, notamment ses propres enfants.

L'incapacité de protéger les enfants sape le développement national; cet échec a un coût élevé et des incidences néfastes qui se prolongent bien au-delà de l'enfance, jusqu'à l'âge adulte des intéressés.

L'objet fondamental de la protection de l'enfant est de faire en sorte que tous ceux qui en ont la charge soient conscients de la tâche qui leur incombe et soient en mesure de s'en acquitter.

Parmi les éléments constitutifs d'un environnement protecteur et permettant aux pays, aux communautés et aux familles de protéger l'enfant, de lui donner assez de soins, de prévenir la violence, l'exploitation et la maltraitance, figurent les systèmes nationaux de protection de l'enfant, les pratiques sociales de protection et la participation des enfants eux-mêmes.

Comme indiqué dans la déclaration des droits de l'enfant, "l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant, comme après la naissance".

Assurer la protection de l'enfant, c'est aussi lui accorder tous les droits qui lui sont reconnus notamment en lui accordant un cadre favorable à son développement physique et intellectuel, afin que, devenu adulte plus tard, il soit à mesure d'affronter la vie étant suffisamment doté de capacités pour réussir.

En matière de protection, divers aspects peuvent être abordés mais nous allons nous limiter dans ce travail à la reconnaissance de l'enfant par l'enregistrement dans l'état civil, au travail des enfants et à leur vulnérabilité à la pauvreté.

1. Enregistrement des naissances à l'Etat Civil

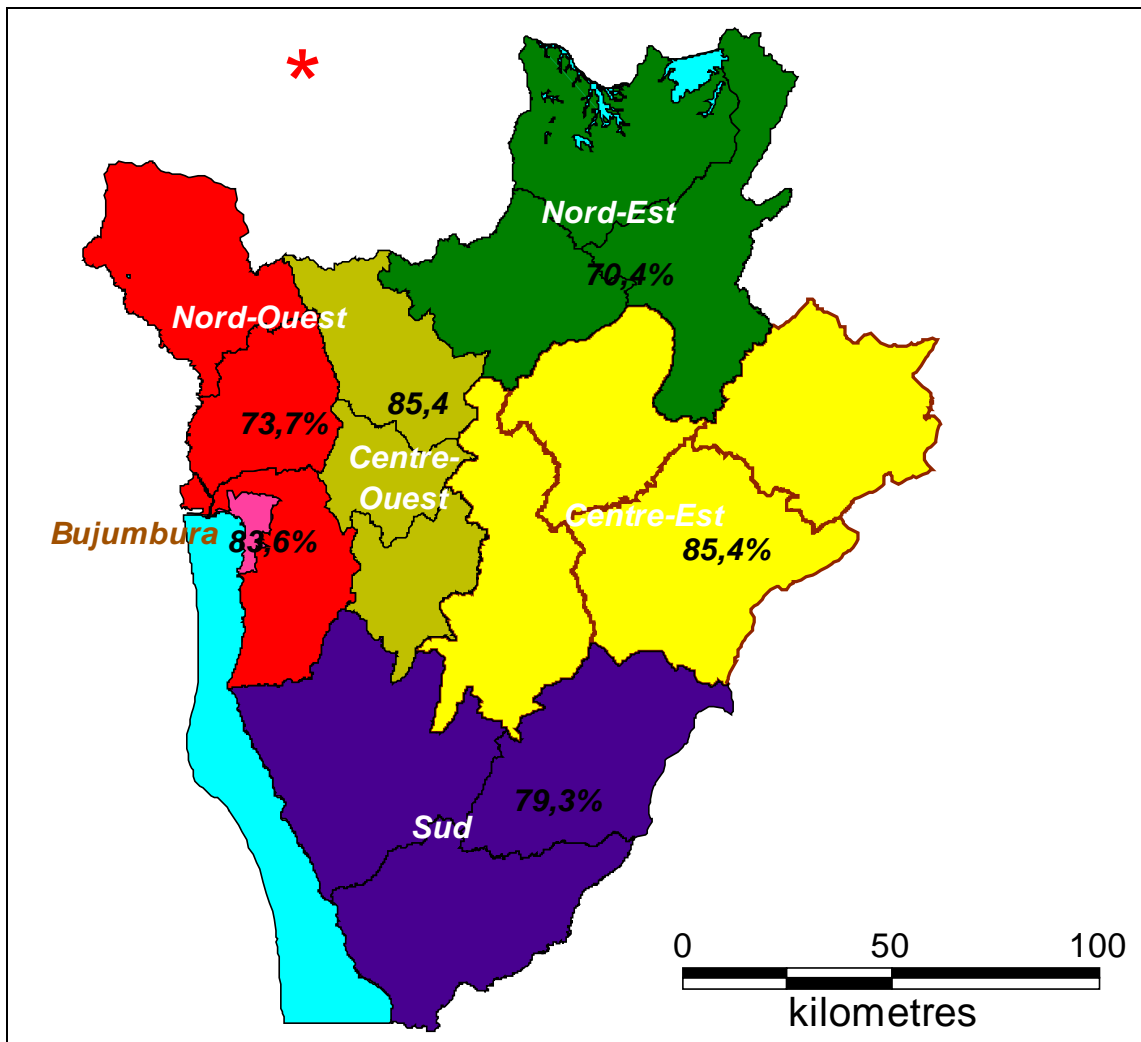
La convention relative aux Droits de l'enfant stipule en ses articles 7 et 8 que « *chaque enfant a droit à un nom dès la naissance, à une nationalité et, dans la mesure du possible, connaître ses parents, il a également droit à la protection contre la privation de son identité* ».

L'enregistrement des naissances est crucial pour la protection du droit de l'enfant à une identité et à une personnalité juridique et pour la protection de ses autres droits. Dans le cas d'enfants en bas âge, la tenue de registres d'état civil aide à combattre la traite des personnes et les enlèvements. Par ailleurs, un extrait d'acte de naissance est souvent nécessaire pour s'inscrire à l'école ou avoir accès à certains services essentiels, notamment aux services de santé. S'il s'agit d'enfants plus âgés, il est indispensable de pouvoir prouver leur âge pour éviter qu'ils ne soient prématurément privés de la protection à laquelle ils ont droit, notamment dans les domaines du mariage, de l'exploitation sexuelle, du travail, de la mobilisation dans les forces armées et de la justice pénale. Dans l'idéal, l'enregistrement des naissances s'inscrit dans un système d'état civil efficace qui reconnaît l'existence d'un individu devant la loi, précise les liens familiaux de l'enfant et consigne les principaux événements intervenus dans sa vie, de la naissance à la mort, en passant par le mariage.

Au Burundi, depuis le mois d'avril 1980, les parents ont l'obligation d'enregistrer les enfants dans les livres d'Etat Civil, service existant dans chaque commune du pays. Cependant, on a toujours constaté qu'une grande partie des enfants ne sont pas enregistrés, ce qui peut être l'origine d'une privation d'un certain nombre de droits.

Selon l'étude CAP, de réels progrès sont cependant signalés dans l'enregistrement des naissances parmi les enfants de moins de 5 ans avec une proportion de 79,5% des enfants enregistrés à l'Etat Civil contre 60,2% en 2005 d'après l'enquête MICS. Des disparités s'observent entre les régions avec un taux d'enregistrement élevé à Bujumbura, dans le Centre-Ouest et dans le Centre-Est. L'évolution de l'enregistrement des naissances ces dernières années s'explique par la politique de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Pour bénéficier de ces soins, les parents doivent présenter un extrait d'acte de naissance prouvant que l'enfant se trouve dans le groupe d'âge spécifié.

Carte n°2 : Situation de l'enregistrement des naissances par région au Burundi (CAP 2010)



Les enfants des mères instruites (86,9% chez les femmes de niveau secondaire et plus) sont plus enregistrés que ceux des femmes sans instruction (76,3%).

En saisissant les raisons qui empêchent les parents d'enregistrer les enfants dans les services d'Etat Civil, 26% disent que ce service coûte cher, 16,3% disent que le Bureau d'Etat Civil se trouve loin et 10,8% disent qu'ils ne voulaient pas payer pour le service. Une grande proportion des parents (24,2%) a évoqué d'autres raisons sans les spécifier.

Seulement, nous tenons à souligner que l'enregistrement des naissances est gratuit s'il est fait dans les délais. Toutefois, l'amande payée en cas de retard, l'exigence de témoins pour enregistrer les enfants et l'éloignement des bureaux communaux pour des déplacements en grande partie faits à pieds, peuvent occasionner des coûts malgré la gratuité.

Même si les enfants ne sont pas tous enregistrés, la quasi-totalité des femmes juge l'enregistrement des enfants important (97,1%). Pendant les entretiens et FGD, les femmes soulignent que l'enregistrement de l'enfant est important surtout pour la prévention des conflits fonciers liés à la succession (avis des femmes de Rutana). Le problème souligné ici est celui de l'héritage car dans la société burundaise, la femme n'héritant pas, elle pourrait bénéficier de l'héritage à travers l'enfant, à condition qu'il soit enregistré. En province Cankuzo, les femmes disent que ce sont elles-mêmes qui se préoccupent de faire enregistrer leurs enfants à l'état civil, les hommes n'y voyant parfois aucun intérêt. La population batwa,

en province Karusi, ignore cependant ce service et par conséquent ne fait pas enregistrer ses enfants. Les filles mères en mairie de Bujumbura ont déclaré qu'elles ne font pas enregistrer leurs enfants parce que leurs pères biologiques ne les ont pas reconnus.

La reconnaissance des enfants par les parents n'est suffisante en elle seule. Les enfants sont souvent victimes de diverses formes d'exploitation comme le travail, l'exploitation sexuelle ou les trafics illicites.

2. Le travail des enfants au Burundi

Le travail des enfants est une réalité dans le monde et même au Burundi. L'éradication des pires formes du travail des enfants (PFTE) est un pari que le monde doit gagner, et ce malgré les difficultés que cette initiative comporte. Le Burundi a ainsi pris l'engagement de tout mettre en œuvre pour la protection des droits et de la dignité de la personne humaine et plus particulièrement ceux des personnes vulnérables, en l'occurrence les enfants, notamment en luttant contre les pires formes du travail auxquelles ils sont soumis. Dans l'article 32 de la convention sur les droits de l'enfant, il est stipulé que « *Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social...* »

C'est ainsi que le Burundi s'est joint aux autres nations en ratifiant les conventions 138 et 182 de l'OIT. Il a ainsi pris l'engagement de tout mettre en œuvre pour la protection des droits et de la dignité de la personne humaine et plus particulièrement ceux des personnes vulnérables, en l'occurrence les enfants, notamment en luttant contre les pires formes du travail auxquelles ils sont soumis.

En parlant du travail des enfants, il convient de retenir le concept du travail des enfants qui regroupe l'ensemble des activités qui privent l'enfant de jouir de son enfance, de son potentiel et de sa dignité et nuisent à sa scolarité, à sa santé, à son développement physique et mental.

Malgré cet engagement du Gouvernement dans la promotion des droits de l'enfant concernant le travail, le contexte de pauvreté dans lequel le pays est plongé ne garantit pas ces droits et des proportions importantes sont employées dans des travaux qui dépassent leur capacité et qui compromettent un bon avenir.

De façon générale, au Burundi, les enfants se retrouvent dans le travail familial, le travail domestique, le travail dans les plantations, le commerce dans la rue, la mendicité dans la rue, le travail dans les mines et les carrières, le travail sur les chantiers de construction et de fabrication de briques et de tuiles, les activités de pêche, le travail dans les ateliers d'artisanat. Des fois, les enfants sont victimes même de l'exploitation sexuelle. Dans chacun de ces cas, ils sont confrontés à des situations qui poussent à qualifier leur occupation parfois de pire forme de travail, compte tenu des dangers auxquels l'enfant travailleur est exposé.

S'il est bon pour un enfant de participer dans une mesure raisonnable aux activités du foyer, ce qui lui donne conscience de sa valeur, on exige malheureusement souvent beaucoup trop de lui. Certains enfants se voient refusés d'aller à l'école (Dans les communautés batwa par exemple, les parents refusent d'envoyer leurs enfants à l'école en leur donnant des travaux à faire). Et pour les autres, de trop longues heures de travail leur empêchent de revoir les matières vues en classe ou de faire les devoirs à domicile. Des fois, l'enfant transporte des charges lourdes qui pourraient entraver son développement corporel (transport du bois de chauffage, transport de l'eau, transport d'argile par les enfants Batwa...). En outre, certaines personnes se proposent des tuteurs d'enfants orphelins mais pour les exploiter comme

employés de maison en leur refusant l'accès à la scolarisation. Pour ceux qui sont admis à l'école, ils doivent exécuter certaines tâches, tel que puiser de l'eau, avant d'aller à l'école.

Les enfants les plus vulnérables par rapport au travail sont ceux dont la mère n'a pas fréquenté l'école, ou sont originaires des familles pauvres, qui sont orphelins ou chefs de ménage. Alors que le travail lourd est préjudiciable à leur santé, leur équilibre et leur développement, ils ne peuvent pas refuser d'obéir à une décision de leurs parents, leur tuteur ou leurs aînés.

Une proportion importante (19,1%) d'enfants âgés de 5 à 14 ans travaille, surtout entre 10 et 14 ans (25,5%). Une partie des enfants qui travaillent sont aussi scolarisés : parmi les enfants âgés de 5-11 ans qui travaillent, 58% fréquentent en même temps et constituent 15,9% des élèves ; parmi les enfants âgés de 12-14 ans, les proportions sont de 49,2% et 18,4% respectivement.

La première menace est la lourdeur des tâches domestiques que doivent réaliser certains enfants, même très jeunes. La deuxième menace est le fait que la charge de travail peut empêcher l'enfant de fréquenter l'école et, dans le cas où l'enfant travaille et fréquente l'école simultanément, le rendre trop fatigué pour pouvoir bien suivre les études. Enfin, la troisième menace sera la réalisation par l'enfant des travaux considérés comme faisant partie des « pires formes de travail ».

C'est surtout la pauvreté qui pousse les parents à faire travailler leurs enfants, afin de contribuer à la production familiale ou à réaliser certaines tâches qui libèrent le père ou la mère pour faire des travaux qui génèrent un revenu, même si les tâches sont trop lourdes pour l'enfant.

En milieu urbain, la présence d'un domestique (groom), dans la majorité des ménages, réduit l'ampleur du travail familial. Le nombre d'enfants travailleurs domestiques dans les ménages est encore moins connu, en raison de la nature parfois cachée de ce type d'emploi. Ces travailleurs domestiques viennent des régions rurales. Le travail des enfants domestiques est un phénomène de grande ampleur au Burundi, où pratiquement tous les ménages ayant un minimum acceptable de revenus emploient un domestique. Certains enfants commencent à travailler très jeunes à l'âge de 5 ans. Ils travaillent selon un horaire s'étendant de 5h30' du matin à 23 heures selon les familles.

Les travailleurs domestiques sont des garçons ou des filles à tout faire, sans tâche précise ou fixe, sans horaire de travail. Ils sont souvent très mal payés, voire pas du tout, et leurs conditions de travail dépendent entièrement du bon vouloir de l'employeur. Ils sont les plus vulnérables, les plus exploités et les plus difficiles aussi à protéger car souvent leurs conditions sont méconnues des personnes extérieures au milieu dans lequel ils vivent individuellement.

3. L'exploitation sexuelle des enfants et le mariage précoce.

En raison du secret qui entoure l'exploitation sexuelle des enfants, il est difficile de réunir des données statistiques fiables sur ce phénomène. Sur le terrain, de plus en plus de jeunes filles, parfois mineures, s'adonnent à cette activité. On les voit, surtout le soir, rôder sur les grandes rues ou autour des hôtels et des maisons de passage. Cette situation est prédominante dans les centres urbains ; ceci étant dû particulièrement au brassage des cultures, à la dépravation des mœurs, au célibat géographique vécu par bon nombre de travailleurs et à la précarité des conditions de vie en ville.

Par ailleurs, selon certaines informations, des ex-prostituées se convertissent en « passeuses » et recrutent de jeunes filles qu'elles livrent sur commande à certains clients moyennant une rémunération convenue. Aussi, des phénomènes de viol, de mariage forcés sont souvent évoqués même si les statistiques sur ces phénomènes sont difficiles à rassembler.

L'enquête nationale (MICS 2005) a confirmé que « *le mariage* » avant l'âge de 18 ans est une réalité au Burundi. Elle fait état de près de 3% de femmes qui se marient avant l'âge de 15 ans et 20,4 % qui se marient avant 18 ans. Cela peut avoir des conséquences fâcheuses sur la santé de la fille encore en pleine croissance physique et physiologique (difficultés lors de l'accouchement, notamment). Il faut noter que, dans le Code des Personnes et de la Famille burundais, les qualités et les conditions quant au fond pour contracter un mariage, exigent à la femme d'avoir l'âge de 18 ans et à l'homme 21 ans révolus. Les cas de jeunes filles mineures soumises au mariage précoce et forcé existent dans plusieurs coins du pays et plus particulièrement à Bujumbura (Buyenzi), à Rutana, à Nyanza Lac, à Rumonge, à Makamba. Cette situation est très fréquente dans les communautés musulmanes où des filles de moins de 16 ans peuvent être forcées à se marier (Rapport sur le Travail des Enfants au Burundi, 2009).

4. Des enfants de la rue et enfants mendiants.

En matière de protection, les enfants de la rue et les mendiants vivent une situation difficile car, dans leur situation de vulnérabilité aucune personne n'est en mesure de les défendre en plus que la communauté porte envers eux un regard de mépris et parfois même d'accusation. Le terme « ibirobezo » qu'on porte souvent à ces enfants est méprisant et traduit l'appréhension de la société vis-à-vis de ces enfants.

Il est difficile de disposer des effectifs réels des enfants de la rue d'autant plus que les points de rencontre de ces enfants sont éparpillés dans différents coins des centres urbains et leur contrôle toujours problématique.

Ce sont des enfants qui sont privés du droit à l'alimentation, des soins de santé, de logement et de la vie familiale. Ils sont également privés de la protection physique, étant exposés à la violence dans la rue. Ces enfants doivent se suffire à eux-mêmes, n'ont pas de ressources et n'ont personne pour les aider et les conseiller.

Parmi eux, beaucoup vivent en permanence dans la rue et dorment à la belle étoile ou dispose d'un abri de fortune. Une autre partie des enfants rentrent dans leur famille ou dans un ménage d'accueil chaque soir (enfants dans la rue), proportion estimée entre 9% et 46% des enfants de / dans la rue dans différentes enquêtes, une situation apparemment nettement plus fréquente à Bujumbura qu'ailleurs. Le nombre d'enfants de / dans la rue était estimé à plus de 3.000 en 1998 dont plus de 1000 étaient suivis par des ONG. En 2003, l'estimation était de 5000 (SNU, 2004), certains observateurs du phénomène indiquent une augmentation au cours des dernières années. Quasiment sans exception, il s'agissait d'enfants et adolescents âgés de 5 à 18 ans.

Ces enfants se battent souvent et ont des difficultés pour rester propres. Ils souffrent de paludisme (68%), de maux de ventre (16%) et de dermatoses tandis que le tiers d'entre eux (34%) présentent des signes apparents de malnutrition. Pour survivre, la plupart d'entre eux font de petites corvées : recherche de l'eau, colportage, gardiennage ou lavage de voitures, etc. Certains font un petit commerce de cigarettes, beignets, sacs en plastique, etc., tandis que d'autres doivent mendier pour trouver à manger.

La mendicité dans la rue est un phénomène qui se développe de plus en plus et de manière inquiétante et choquante. Elle est pratiquée aussi bien par des enfants que par des adultes. Les centres urbains sont le théâtre de ce phénomène où même des enfants sont loués à des fins de

mendicité. Les enfants mendiants sont visibles à l'entrée du marché central de Bujumbura, devant les grands magasins, devant les églises, sur les rues à grande affluence (rue de la Mission...). A Bujumbura, il a été rapporté que certaines mamans donnent en location leurs enfants à des fins de mendicité pour une somme de 1000 FBU par jour. Ces enfants sont retournés à leur famille dans la soirée pour reprendre la même opération le lendemain matin. Selon certaines informations, les enfants utilisés proviennent de familles pauvres des quartiers périphériques de Bujumbura comme Kinama, Kamenge et Buterere. Les données sur les enfants mendicants révèlent que les garçons (91,4 %) sont plus nombreux que les filles (8,6 %). Il y en a plus à Bujumbura, suivi de Gitega et ensuite vient Ngozi. Les effectifs suivent le degré d'urbanisation.

Les explications qui ont été données pour justifier la rareté de filles mendiante sont que celles-ci ont plus de scrupule, mais aussi sont plus fragiles, s'adonnent plus facilement aux travaux ménagers, à la garde des enfants et même à la prostitution dans des endroits plus discrets.

Le phénomène de mendicité ne touche pas seulement les enfants de la rue. Des enfants qui aident une personne adulte handicapée sont aussi entraînée dans la mendicité de même que les parents qui envoient leurs enfants mendier pour subvenir à leur besoin. Notons toutefois que la majorité des enfants mendiants, soit 75 % sont des orphelins. Les orphelins de père sont plus nombreux que les orphelins de mère (30,8% contre 15,6%) et les orphelins des deux parents représentent 28,6%. Les autres enfants mendiants représentent 25,0%.

Comme beaucoup de mendiants sont aussi des enfants de la rue, la majorité 66,1% d'entre eux fréquente habituellement une bande. Généralement, les bandes sont un cadre de protection et de solidarité de ces enfants. C'est également dans ces bandes qu'ils apprennent les mauvaises pratiques comme le vol, le viol, la consommation des stupéfiants, etc. Finalement, ces enfants qui n'ont pas de repère sont laissés à eux même et doivent se débrouiller pour survivre.

Ce chapitre sur la protection et le développement de l'enfant montre que des progrès sont réalisés dans l'enregistrement des enfants. Cependant, en matière de protection, les enfants continuent à exercer des travaux durs, qui peuvent nuire à leur croissance et à leur développement. D'autres sont privés de la scolarité et ne peuvent donc espérer un avenir meilleurs. Si les phénomènes d'exploitations sexuelles sont difficilement quantifiables, il ne faut pas nier leur existence en milieu surtout urbain ; les enfants sans connaissances et défenses étant les plus vulnérables. La pauvreté qui touche beaucoup de ménages, les naissances non désirées et la mortalité qui emportent les parents contribuent à augmenter les phénomènes d'enfants de la rue qui à leur tour constitue un danger pour la société et pour eux même quant au développement de la délinquance et du banditisme.

CONCLUSION GENERALE

Au regard de différentes études réalisées sur la situation des enfants au Burundi, nous pouvons conclure que des efforts restent encore à fournir pour offrir à nos enfants un cadre de croissance et développement épanoui pour préparer correctement leur avenir. Depuis 2005, le Burundi a réaffirmé ses engagements pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont les principales cibles touchent essentiellement l'amélioration de la santé des enfants et des mères par l'amélioration de l'alimentation, de l'hygiène et de l'assainissement et par la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Aussi, le Burundi a signé les conventions relatives à la protection des droits de l'homme et particulièrement ceux des enfants. Tous ces droits visent la protection et le développement de l'enfant et cela passe principalement par la lutte pour la survie des enfants et des mères.

L'article 6 de la Convention relative aux droits des enfants stipule que « tout enfant a un droit inhérent à la vie » et que tous les Etats partie à cette convention « assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant ». Le droit à la survie et au développement est étroitement lié aux droits qu'a l'enfant de jouir d'un meilleur état de santé possible, et d'avoir accès aux services de santé et à un niveau de vie convenable.

Selon l'OMS et l'UNICEF, les mesures en faveur de la survie et du développement de l'enfant comprennent une série d'intervention à haut impact basées sur l'évidence dont la surveillance de la croissance de l'enfant, le traitement de la diarrhée par la réhydratation orale et la lutte contre les autres maladies infantiles, l'allaitement maternel exclusif, la vaccination, la nutrition appropriée, l'espacement des naissances et l'alphabétisation des femmes. L'approche des soins de santé primaire préconisée par l'OMS et l'UNICEF, révèle l'interdépendance et les liens entre les soins de santé essentiels, une bonne nutrition, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène, des infrastructures solides et les partenariats communautaires dans le secteur de la santé. Aussi, l'éducation est devenue la pierre angulaire du développement de l'enfant, car l'on sait aujourd'hui que les personnes et les familles en tireront partie pendant toute leur vie.

Au Burundi, de nombreux enfants meurent avant d'atteindre le 5ème anniversaire par des maladies évitables si les familles et la communauté adoptent de comportements favorables à la prévention et à la prise en charge correcte des maladies. Les statistiques disponibles indiquent que 152 enfants sur 1000 meurent avant d'atteindre le 5ème anniversaire et 103 enfants sur 1000 naissances n'atteignent pas le premier anniversaire (RGPH2008). Aussi, plus de 600 femmes pour 100000 naissances meurent en accouchant ou par les suites de la grossesse.

Ces décès sont causés essentiellement par le paludisme, les maladies diarrhéiques, les IRA et le VIH Sida dont l'origine est la transmission mère enfant. Ces maladies sont aggravées par les carences nutritionnelles chez la femme et l'enfant. Le manque d'hygiène et d'assainissement adéquat, les mauvaises pratiques d'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois et un allaitement complémentaire jusqu'à 2 ans, la non utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides principalement chez l'enfant de moins de 5 ans et chez la femme enceinte, restent les principaux facteurs de la maladie chez l'enfant. Aussi, des gestes simples comme le lavage des mains, l'administration des boissons en cas de diarrhée comme le SRO, l'utilisation des moustiquaires, la consultation précoce dans une structure de soin en cas de maladie, le suivi de la grossesse et l'accouchement dans une structure de soins, le dépistage du VIH en cas de grossesse, peuvent contribuer à réduire sensiblement ces décès.

A côté de la médecine curative, l'éducation de la communauté et des familles pour la santé est une composante importante qui doit être promue pour réduire la mortalité infantile et juvénile. Ainsi, la sensibilisation des mères des enfants et de la communauté en général sur les gestes élémentaires qui sauvent doit être promue pour atteindre les objectifs fixés dans la réduction de la mortalité, en complément aux autres moyens de prévention des maladies et à la médecine curative. Cela passe par une stratégie de communication visant les différentes couches de la population, principalement celles en charges des jeunes enfants, les familles, les milieux scolaires, les responsables sanitaires, les leaders communautaires afin d'adopter des comportements favorables à une bonne prise en charge correcte des maladies chez l'enfant, au diagnostic précoce des maladies et des signaux d'alertes pour amener l'enfant dans une structure de soin.

Cela reste difficile cependant à réaliser au regard de la vulnérabilité de la communauté en générale à la pauvreté. Cette pauvreté est à la fois humaine et économique. L'ignorance des pratiques élémentaires qui sauvent les enfants en cas de maladies est fonction du niveau de connaissance. Or les niveaux d'instruction et d'alphabétisation dans la population adulte, en charge des enfants sont faibles. Aussi, la malnutrition est liée à l'insuffisance des quantités d'aliments disponibles, de leur qualité mais également de la capacité des parents à pouvoir choisir le type de repas adapté à l'enfant.

Parler du travail des enfants, de la mendicité dans des communautés où on ne parvient pas à manger suffisamment rencontre peu d'écho. Une stratégie globale d'assurer un niveau de vie décent doit être mis en place pour lutter contre la vulnérabilité des enfants. Cela passe aussi par une politique démographique efficace pour réduire les niveaux de fécondités qui sont pour le moment très élevés.

BIBLIOGRAPHIE

1. BURUNDI, Enquête sur les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques pour la survie de l'enfant, 2011.
2. BURUNDI, Politique nationale de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 2010
- 3.
4. BURUNDI, Rapport sur le travail des enfants, 2009
5. BURUNDI, Etude sur le phénomène de la mendicité au Burundi, 2009
6. BURUNDI, Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté, CSLP, 2006
7. BURUNDI, Résultat définitifs du RGPH 2008
8. BURUNDI, Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la femme au Burundi en 2005, 2008
9. BURUNDI, Enquête Nationale d'Evaluation des Conditions de vie de l'Enfant et de la femme au Burundi en 2005, 2008
10. BURUNDI, Enquête PMS 2009
11. BURUNDI, Enquête MICS 2005
12. OMS, Intensification de la prévention, du diagnostic, des soins et du traitement liés au VIH pour les nourrissons et les enfants, 2009
13. OMS, Paludisme : Lutte antivectorielle et protection individuelle, 2006
14. PNUD, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport Burundi 2010, 2010
15. RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE, Guide des Infections Respiratoires Aigues, 2002
16. UNICEF, Eau, Hygiène et Assainissement, quel impact pour l'enfant, quel impact sur le développement ?, 2006
17. UNICEF, Fiche d'information sur la protection des enfants, 2006
18. UNICEF, La protection de l'enfant, guide à l'usage des parlementaires, 2004
19. UNICEF, La situation des enfants dans le monde, Célébrer les 20 ans de la Convention relative aux droits des enfants, 2009
20. UNICEF, La situation des enfants dans le monde, La santé maternelle et néonatale, 2009
21. UNICEF, La situation des enfants dans le monde, L'adolescence, l'âge de tous les possibles, 2011
22. UNICEF-BURUNDI, Analyse de la situation de l'enfant et de la femme, 2009
23. UNICEF-BURUNDI, Etude nationale sur la pauvreté de l'enfant et les disparités au Burundi, 2009
24. UNICEF-MAROC, Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Maroc, 2006