



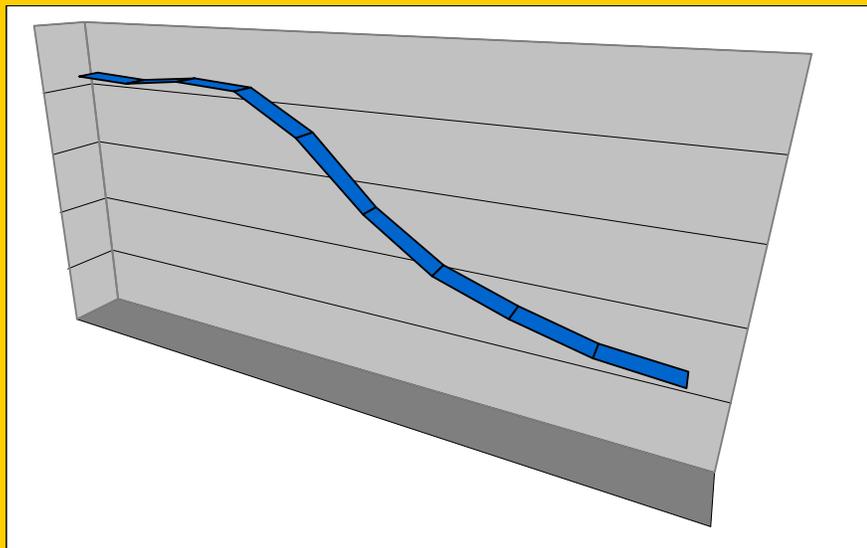
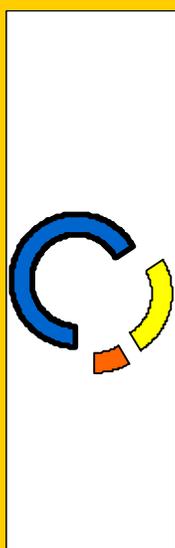
Programme des Nations Unies
pour le Développement (PNUD)



Ministère de la Planification
du Développement et de la
Reconstruction (MPDR)

RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN AU BURUNDI

2003



Le VIH/SIDA et le Développement humain au Burundi

Commentaire sur l'illustration de la page de couverture

Graphique de droite : La courbe indique la baisse de l'espérance de vie au Burundi telle qu'elle ressort d'une projection portant sur les années 90 (*source : L'impact du VIH/SIDA, 2003*). La chute observée est liée au double impact de la guerre et du VIH/SIDA. Suivant ces données, l'espérance de vie est ainsi passée en l'espace de dix ans de 50,5 ans à 44,9 ans.

Graphique de gauche : La totalité de la circonférence du cercle correspond au montant total des ressources nécessaires pour financer le Plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006, soit 233 millions de US\$. Le segment de cercle en jaune représente les financements déjà acquis ; le segment en orange, des promesses de financements, encore à confirmer jusqu'à aujourd'hui. Le segment le plus important, en bleu, représente les financements encore à rechercher, soit les deux tiers du programme...

Le Burundi en chiffres *

Démographie

- ▶ Population totale : 7,02 millions (est. 2002)
- ▶ Population de moins de 15 ans : 45,8%
- ▶ Taux d'urbanisation : 8%
- ▶ Taux de croissance démographique : +2,1% par an
- ▶ Indice synthétique de fécondité : 6,3 enfants/femme
- ▶ Espérance de vie à la naissance : 47,6 ans
- ▶ Taux de masculinité : 48,3

Economie

- ▶ PIB/hab : 90 US\$
- ▶ Exportations/PIB : 6,2%
- ▶ Taux d'investissement intérieur brut (% PIB) : 11,9%
- ▶ Primaire/Secondaire/Tertiaire : 36%, 17%, 37%
- ▶ Encours de la dette extérieure / PIB : 208% (a)
- ▶ Service de la dette extérieure (dû) /Exportations BSNF : 87% (a)

Pauvreté et IDH (b)

- ▶ Incidence de pauvreté en milieu rural : 68,8
- ▶ Incidence de pauvreté en milieu urbain : 66,6
- ▶ Classement mondial selon IDH : 171^e sur 175.

Santé

- ▶ Taux de mortalité infantile : 129 ‰
- ▶ Taux de mortalité enfants < 5ans : 169 ‰
- ▶ Taux de mortalité maternelle : 750 p.100.000
- ▶ Taux de couverture vaccinale : 66,7%
- ▶ Ratio Personnes/médecin : 26.000
- ▶ Dépenses publiques de santé/PIB : 0,65%

Education

- ▶ Taux de scolarisation brut/Primaire : 71,1%
- ▶ Taux de scolarisation brut/Primaire/Filles : 62,0%
- ▶ Taux d'abandon Primaire : 10,5%
- ▶ Taux de scolarisation brut/Secondaire : 10,4%
- ▶ Taux de scolarisation brut/Supérieur : 1,2%
- ▶ Taux d'alphabétisation des adultes : 42,1%

Sécurité alimentaire

- ▶ Production agricole (en % PIB) : 26%
- ▶ Apport journalier de calories par habitant en % des besoins : 75%
- ▶ Importations de céréales : 3,9 millions de tonnes (c)
- ▶ Aide alimentaire : 15,4 millions US\$ (c)

* Sauf indication contraire, les chiffres sont tirés de la base de données DHD (ISTEEBU) et concernent l'année 2002.

(a) Données 2003 (document Forum des Partenaires au Développement, Bruxelles, janvier 2004)

(b) Données 1999 (BD/DHD). (c) Données 2001 (BD/DHD).

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE	6
1.1. Contexte politique	6
1.2. Contexte social	7
1.3. Contexte économique	8
CHAPITRE 2 : SITUATION DU DEVELOPPEMENT HUMAIN	13
2.1. Evolution des indicateurs de développement humain	13
2.2. Les indicateurs de pauvreté	15
2.3. La santé des populations	17
2.4. L'éducation	20
2.5. La situation des femmes et des enfants	22
2.6. L'accès à l'emploi	25
2.7. La bonne gouvernance et la consolidation de la paix	25
2.8. La préservation de l'environnement et la gestion des ressources naturelles	27
CHAPITRE 3 : AMPLEUR ET EVOLUTION DU VIH/SIDA AU BURUNDI	29
3.1. Situation épidémiologique mondiale du VIH/Sida	29
3.2. La séroprévalence au Burundi	31
3.3. Les autres indicateurs	38
CHAPITRE 4 : IMPACT DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE DU VIH/SIDA	42
4.1. Impact sur la population et les variables démographiques	42
4.2. Impact social	45
4.3. Impact macro-économique	49
CHAPITRE 5 : LES STRATEGIES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA	60
5.1. Les plans stratégiques successifs et l'évolution du cadre d'intervention	60
5.2. Les stratégies de prévention de la transmission du VIH	61
5.3. La prise en charge des patients infectés par le VIH	70

	Page
5.4. La réduction d'impact chez les patients affectés par le VIH	72
5.5. Le renforcement des capacités institutionnelles	73
CHAPITRE 6 : DES SOLIDARITES QUI S'ORGANISENT POUR LUTTER CONTRE LE SIDA	78
6.1. La mobilisation des PVVS	78
6.2. Les actions d'autres ONG nationales	80
6.3. L'engagement en milieu scolaire et les associations de jeunes	84
6.4. Les systèmes d'entraide et de solidarité	85
CONCLUSIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	91

LISTES DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET ENCADRES**Page****Tableaux**

T1	Evolution de l'encours de la dette extérieure (1995-2002)	9
T2	Comparaison de l'IDH avec huit pays d'Afrique centrale et de l'Est	11
T3	Evolution de l'IDH au Burundi (1990-2002)	12
T4	Evolution des indicateurs de pauvreté monétaire (1990-1999)	15
T5	Indicateur de pauvreté monétaire absolue par sexe et milieu en 1999	16
T6	Evolution de la pauvreté humaine (IPH) au Burundi	17
T7	Indicateurs sanitaires (1992-2002)	18
T8	Evolution des allocations budgétaires et des aides extérieures affectées à la santé	19
T9	Situation nutritionnelle en 2000	20
T10	Taux de couverture en eau potable	20
T11	Principaux indicateurs du système éducatif burundais par année scolaire	22
T12	Taux d'activité selon le lieu de résidence et le sexe	24
T13	Evolution de l'IPF au Burundi	24
T14	Evolution des effectifs d'orphelins pour quelques centres d'accueil	25
T15	Effectifs de la population salariée par secteur d'activité	26
T16	Séroprévalences comparées (enquêtes de 1989/90 et de 2002)	37
T17	Séroprévalence en 2002 par tranche d'âge et milieu	37
T18	Evolution du taux de séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles depuis 1993	39
T19	Plan d'action 2002-2006 : objectifs 2006, coûts, structures d'exécution et sources de financement	59

Graphiques

G1	Evolution du taux de croissance du PIB du Burundi	5
G2	Taux d'investissement brut (en % PIB)	6
G3	Aide au développement reçu par le Burundi (1990-2001)	8
G4	Evolution rétrospective de l'IDH du Burundi, du Rwanda et de la R.D Congo	12
G5	Evolution indiciaire de l'IDH du Burundi et de ses composantes	13
G6	Evolution de l'IDH et de l'ISDH	14
G7	Evolution du PIB constant/hab.	14
G8	Taux de séroprévalence par sexe et milieu en 2002	36
G9a/	Evolution des taux de séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles (CMCB Gitega, Muramvya)	39
G10	Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans en 2002	39
G11	Evolution de la séroprévalence chez les donneurs de sang (Source : CNTS)	40
G12	Croissance de la population (projections avec et sans SIDA)	45
G13	Evolution de l'espérance de vie avec et sans SIDA	45
G14	Evolution des pensions et des allocations INSS	51
G15	Proportion des décès liés au SIDA	52

Encadrés

E1	De la crise au retour à la paix (dates-clés)	4
E2	Evolution de l'aide extérieure	8
E3	Indicateurs des déficits du système sanitaire	17
E4	Implication de la femme burundaise dans la préparation de la mise en application des accords de paix	25
E5	Politique environnementale au Burundi	29
E6	Des données actualisées plus fiables sur l'épidémie de SIDA dans le monde (décembre 2003)	32
E7	Les sources d'information sur le VIH/SIDA au Burundi	35
E8	Les déterminants du VIH/SIDA au Burundi	42
E9	Modélisation de l'impact démographique du VIH/SIDA avec le progiciel SPECTRUM	46
E10	Des traditions culturelles à risque	49
E11	Hypothèses retenues pour l'estimation du coût global de traitement des malades du Sida	53
E12	Repères sur les programmes de lutte contre le VIH/SIDA antérieurs à 2002	56
E13	Un dispositif institutionnel réformé pour la lutte contre le VIH/SIDA	61
E14	Les médias et la lutte contre le VIH/SIDA	63
E15	Les résultats mitigés des stratégies de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et les acquis récents de l'expérience des Réseaux communautaires de lutte contre le SIDA	66
E16	Les conditionnalités de la Banque Mondiale pour le financement des ARV	71
E17	Repères sur la stratégie de soutien aux orphelins	73
E18	Etude sommaire des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA mises en œuvre dans les autres pays	76
E19	Promouvoir l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'action nationale de lutte contre le SIDA : l'exemple du projet GIPA	81

LISTE DES ABREVIATIONS

ABS	Alliance Burundaise contre le SIDA
AENA	Assistance des Enfants Non Accompagnés
AES	Accidents d'exposition au sang
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ANSS	Association National de Soutien aux Séropositifs et aux Sidéens
APEF	Association pour la Promotion et la Protection des Droits de l'Enfant et de la Femme
APRODEBU	Association pour la Protection des Déshérités au Burundi
ARV	Anti-rétroviraux
ASBL	Association Sans But Lucratif
BCG	Bilié de Calmette et Guérin
BRARUDI	Brasserie et limonaderie du Burundi
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Etats-Unis)
CDF	Centre de Développement Familial
CECM	Coopérative d'épargne et de crédit mutuel
CEFDHAC	Conférence sur les Ecosystèmes Forestiers Défenses Humides d'Afrique Centrale
CHUK	Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COOPEC	Coopérative d'Epargne et de Crédit
CPP	Code de Procédure Pénale
CSLP(-I)	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (- Intérimaire)
DH	Développement Humain
DHD	Développement humain durable
DTC	Diphtherie-Tétanos-Coqueluche
ENECEF	Enquête Nationale d'Evaluation sur les conditions de vie de l'Enfant et de la Femme
EPISTAT	EPISTAT : Epidémiologie et Statistiques (Ministère de la Santé Publique)
EU	EU : Euro
FAO	FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture
FBu	Franc Burundais
FHI	Family Health International
FNST	Fonds National de Solidarité Thérapeutique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
GTO	Groupe Thématique ONUSIDA
HCR	Haut Commissariat pour les Réfugiés
HIMO	Haute intensité de main-d'œuvre
IEC	Information Education Communication
INSS	Institut Nationale de Sécurité Sociale
IDH	Indicateur du développement humain
IEC	Information Education Communication
IO	Infections opportunistes
IPF	Indication de Participation des femmes
IPH	Indicateur de Pauvreté Humaine
ISDH	Indicateur sexospécifique du Développement Humain
IST/MST	Infections / Maladies Sexuellement Transmissibles
ISTEEBU	Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
LDGL	Ligue des Droits de l'Homme pour les Pays des Grands Lacs
LMTC	Lutte contre les Maladies Carentielles
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MINATE	Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement
OAG	Observatoire de l'Action Gouvernementale
OCHA	Bureau de coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
OPDE	Oeuvre Humanitaire pour la Protection
PAE	Plan d'Action Environnemental
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit intérieur brut

PNLS / MST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de pouvoir d'Achat
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RNDH	Rapport National sur le Développement humain
RPB+	Réseau Burundais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIG	Système d'Information Géographique
SNEB	Stratégie Nationale de l'Environnement au Burundi
SNU	Système des Nations Unies
SOCABU	Société d'assurance du Burundi
SP/REFES	Secrétariat Permanent des Réformes Economiques et Sociales
SWAA	Society for Women Again Aids in Africa
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
US\$	Dollar des Etats Unis
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le présent document est la troisième édition du Rapport National sur le Développement Humain au Burundi (RNDH). Le premier rapport, publié en 1997, était centré sur un plaidoyer en faveur du Développement Humain Durable (DHD). Le second, produit en 1999, avait pour thème la pauvreté au Burundi et sa répartition spatiale. En dépit d'un contexte difficile, la publication des deux premiers RNDH a joué un rôle important, en favorisant la promotion des valeurs du Développement Humain Durable.

Les initiatives prises en faveur du DHD, en particulier la publication des RNDH, ont influencé positivement les orientations politiques nationales. Grâce à la diffusion d'une information pertinente sur les principaux indicateurs socio-économiques et à la promotion des thématiques majeures du développement humain, les RNDH ont participé au processus qui a conduit à mettre sur pied une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Un Cadre Stratégique intérimaire de croissance économique et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP-I) a été adopté. Un document complet, aujourd'hui en préparation, constituera bientôt le cadre de référence pour l'ensemble des politiques et programmes de développement du Burundi et son adoption offrira des perspectives nouvelles au pays pour l'allègement de sa dette extérieure, l'accès aux avantages de l'initiative PPTTE et pour le financement de programmes ciblés de lutte contre la pauvreté.

L'influence du DHD se retrouve également dans les principaux programmes développés ces dernières années, tant au niveau de leur ciblage – soutien des couches de la population les plus touchées par la crise – que de la mise en avant d'approches participatives pour leur conception et leur mise en œuvre. De même, les nouvelles politiques sectorielles élaborées par le Gouvernement d'Union Nationale de Transition convergent pour promouvoir les cinq « piliers » du DHD : lutte contre la pauvreté et amélioration des conditions de vie ; promotion de la femme et protection de l'enfant ; promotion de la bonne gouvernance ; préservation de l'environnement ; et promotion de l'emploi.

Un autre point fort des RNDH aura été la recherche d'une plus grande précision et fiabilité dans la production des données statistiques et, sur cette base, la mise à disposition d'indicateurs susceptibles de mesurer, de manière synthétique, l'évolution des principales composantes du développement humain. Le calcul des différents indicateurs composites du DHD, débouchant sur la production de séries annuelles, a permis ainsi de mettre en évidence les divers problèmes de fiabilité des statistiques économiques (PIB en particulier) et sociales (indicateurs de l'éducation et de la santé en particulier) ou encore des projections démographiques qui fondent les ratios par habitant. Les RNDH ont conduit à mieux diffuser les définitions et modalités de construction des indicateurs en même temps qu'ils ont permis de sensibiliser responsables gouvernementaux, bailleurs de fonds, ONG, etc., sur l'importance d'un appareil statistique fiable pour une gestion efficace des politiques de développement. Des efforts considérables restent toutefois encore à faire à cet égard. Ils sont nécessaires non seulement pour affiner l'analyse de la situation du développement humain mais aussi dans la perspective des futurs programmes de lutte contre la pauvreté : les statistiques actuelles vont en effet servir de référence pour l'année de base du CSLP, des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et pour la détermination des objectifs à court, moyen et long terme de la stratégie comme de ses programmes opérationnels.

Après un bref rappel du contexte (*chapitre 1*), ce troisième Rapport national sur le Développement Humain, propose, comme les deux précédentes éditions, un panorama actualisé et synthétique sur les principaux paramètres du DHD (*chapitre 2*). Si des pas importants ont été franchis s'agissant du processus de retour à la paix, les fondamentaux économiques restent critiques. La relance économique reste hypothéquée par l'atonie de la demande, liée notamment au manque crucial de capitaux nécessaire à une reprise des investissements, publics comme privés.

Après dix ans de crise, les principaux indicateurs de développement humain au Burundi accusent un important recul. Le Burundi est classé aujourd'hui au 171^e rang parmi 175 pays analysés dans le Rapport Mondial sur le Développement Humain¹. Selon cette source, L'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans en 1990 à moins de 48 en 2002, la moitié de la population adulte est analphabète, le taux brut de scolarisation combiné (du primaire au supérieur) est d'environ 34%. Pour l'espérance de vie, le Burundi se situe en dessous de la moyenne des pays les moins avancés, et de 27 ans de la moyenne des pays de l'OCDE.

Le Burundi fait partie des vingt-et-un pays dans le monde qui ont vu leur indicateur de développement humain baisser au cours des années 90. Pour ces dernières années, le présent rapport montre certes une

¹ RNDH 2003.

évolution positive de certains indicateurs – en particulier ceux liés à l’instruction et à la production intérieure suite à une certaine amélioration de la sécurité – après la chute dramatique enregistrée au plus fort de la crise. Pourtant, en 2002, l’IDH aurait approché seulement son niveau de 1995.

Le reste du rapport est consacré au thème retenu pour cette nouvelle édition du RNDH : le VIH/SIDA et les multiples relations que la pandémie entretient avec le développement humain. La pandémie qui a commencé à toucher le pays depuis bientôt vingt ans a pris une ampleur considérable et pèse lourdement sur l’évolution de l’Indicateur de Développement Humain. Aujourd’hui, le SIDA est devenu au Burundi la principale cause de décès chez l’adulte et influe également sur la mortalité infantile. Selon la dernière enquête nationale, une personne sur dix serait séropositive parmi la population des plus de 12 ans résidant en zones urbaines et semi-urbaines. Quant à l’augmentation de la séroprévalence dans le milieu rural, elle est vécue comme une menace dans la mesure où ce milieu abrite plus des 4/5^e de la population burundaise et que les ménages qui y résident souffrent d’un accès plus difficile aux services de base, en particulier en matière de santé et d’information.

Les femmes apparaissent particulièrement vulnérables avec un taux de prévalence qui atteint 18,5% en zone urbaine pour la tranche 25-44 ans.

Le chapitre 3 tentera d’apprécier l’ampleur du VIH/SIDA et les principales tendances décelables depuis la fin des années 80 jusqu’aujourd’hui. Dans un souci de rigueur scientifique et d’explication des données, on cherchera ici à préciser la fiabilité et la comparabilité des différentes sources d’information aujourd’hui disponibles (enquêtes nationales de 1989 et de 2002, données des sites sentinelles,...). Au vu des limites constatées en matière de suivi épidémiologique. Le rapport milite pour un renforcement du système d’information, en particulier dans le cadre d’une réhabilitation de l’appareil statistique sanitaire.

Le chapitre 4 étudie les impacts du VIH/SIDA dans ses différentes dimensions, démographique, sociale et macro-économique, tout en insistant sur les réserves qu’il convient d’avoir à l’égard des travaux réalisés jusqu’à présent sur le sujet.

Le chapitre 5 fait le point sur la réponse qui a été apportée par le gouvernement burundais à l’épidémie et sur les résultats obtenus par les plans stratégiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA qui se sont succédés depuis près de vingt ans. Ce chapitre prend en compte les premiers résultats obtenus par le plan d’action 2002-2006 actuellement en vigueur.

Le chapitre 6 met enfin l’accent sur les initiatives de solidarité et le bilan des actions conduites par les principales organisations et associations nationales qui interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA. L’accent est mis sur les bonnes pratiques que l’on peut relever auprès de ces acteurs, en particulier des associations constituées par les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Chapitre 1 : CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

Le développement humain est un concept multidimensionnel centré sur l'épanouissement de la personne humaine. Il signifie un relèvement durable du niveau de vie de la population à travers ses différentes composantes : niveau de revenus, accès aux soins de santé, à l'instruction et aux différents services de base, etc. Clairement, l'évolution du contexte burundais au cours de la dernière décennie - marquée par la guerre, la destruction d'infrastructures, le marasme économique, des problèmes aigus de financement et un recul de performance pour les services sociaux – suggère une détérioration importante des indicateurs de développement humain. Toutefois, plusieurs signes permettent d'espérer un retour à la paix, à la croissance et à des politiques de réduction de la pauvreté.

1.1. Contexte politique

Le Burundi est confronté depuis son accession à l'indépendance (1962) à des conflits cycliques luttes intestines qui ont conduit à plusieurs vagues de violences à caractère ethnique (1965, 1972, 1988 et 1993). La crise amorcée en 1993 a été de loin la plus longue, la plus meurtrière et celle qui a le plus durement mis à mal le tissu économique et social.

Débutée avec l'assassinat du Président Melchior Ndadaye, cette crise a mis fin au processus de démocratisation engagé dans le cadre du référendum constitutionnel de 1992 et confirmé par les élections présidentielles et législatives de juin 1993. Outre le coup d'arrêt porté au processus démocratique, la crise s'est traduite par l'éclatement des massacres de violences incontrôlées qui ont fait plusieurs centaines de milliers de morts parmi la population et ont engendré un flux massif de populations déplacées à l'intérieur du pays et de réfugiés dans les pays limitrophes. La récession économique et le recul des services sociaux ont suivi. La crise a pris une importance d'autant plus forte que la guerre entre des groupes rebelles associés à des partis politiques en exil et les forces armées nationales s'est inscrite, à partir de 1994, dans un contexte régional marqué par l'embrasement ethnique et politique au Rwanda et en République Démocratique du Congo voisins.

Plusieurs gouvernements se sont succédés sans parvenir à rétablir la paix. En juillet 1996, le retour de l'ancien Président Pierre Buyoya a conduit à suspendre la convention de gouvernement puis à instaurer, en 1998, un « *partenariat politique pour la paix* ». Ce partenariat a débouché sur l'adoption d'une constitution de transition reconnaissant le multipartisme, rétablissant l'Assemblée Nationale et instituant un gouvernement d'union nationale.

Sans mettre fin aux hostilités, cette évolution a permis d'engager, sous la médiation internationale successive du Président tanzanien Julius Nyerere, puis du Président sud-africain Nelson Mandela, des négociations entre dix-neuf partis burundais. Toutefois, deux groupes armés, le CNDD-FDD (Conseil National de Défense de la Démocratie – Force de Défense de la Démocratie) et le FNL-PALIPEHUTU (Front National de Libération – Parti de Libération du Peuple Hutu) ont refusé d'y être représentés, optant pour la poursuite de la guerre.

Deux années plus tard, le 28 août 2000, un nouvel espoir est né avec la signature, sans cessez-le-feu, de l'Accord d'Arusha pour la paix et la Réconciliation par les représentants du Gouvernement, de l'Assemblée Nationale et de dix-sept partis représentant toutes les tendances de l'échiquier politique du pays. Cet accord, ratifié le 1^{er} décembre 2000 par le Parlement burundais, est devenu la plate-forme politique pour le rétablissement de la paix et la réconciliation au Burundi.

Plus d'un an après l'Accord d'Arusha, le pays s'est doté d'un Gouvernement de transition en novembre 2001, puis d'une Assemblée Nationale et d'un Sénat en février 2002. Quelques mois plus tard, un accord de cessez-le-feu a été signé, le 2 décembre 2002, entre le Gouvernement de transition et le CNDD-FDD de Pierre Nkurunziza après le CNDD-FDD de Jean Bosco Ndayikengurukiye et le PALIPEHUTU-FNL de Alain Mugabarabona. Mais le FNL-PALIPEHUTU de Agathon Rwasa n'a pas encore rejoint la table de négociation.

La mise en application de l'accord de paix et de réconciliation nationale a franchi une étape

Encadré E1 : De la crise de 1993 au retour à la paix

- Octobre 1993 : Assassinat du Président Melchior Ndadaye.
- Juillet 1996 : Retour de l'ancien Président Buyoya.
- 1998 : Institution du partenariat pour la paix.
- Août 2000 : Signature de l'Accord d'Arusha pour la paix et la réconciliation.
- Novembre 2001 : Mise en place d'un Gouvernement de transition.
- Février 2002 : Mise en place d'une Assemblée Nationale et d'un Sénat pour la période de transition.
- Décembre 2002 : Accord de cessez-le-feu.
- Avril 2003 : alternance au Sommet de l'Etat pour la deuxième phase de transition
- Novembre 2003 : Signature de l'accord global de cessez le feu avec le principal mouvement armé (CNDD-FDD Nkurunziza), suivie de l'entrée de ce mouvement dans les institutions de transition.

déterminante avec la concrétisation, le 30 avril 2003, des changements politiques prévus pour la seconde période de la transition à travers l'alternance au Sommet de l'Etat et la signature d'un accord global de cessez-le-feu (définitif et permanent) entre le gouvernement de transition et l'une des branches armées du CNDD-FDD le 16 novembre 2003. Un nouveau gouvernement a été mis sur pied comprenant des représentants du CNDD-FDD.

Finalement, après la succession de multiples gouvernements et au terme d'un très long processus de négociations, le Burundi peut aujourd'hui, en s'appuyant sur les Institutions de Transition, envisager de consolider l'inclusion politique, la réconciliation et le retour à la paix et à la sécurité. Avec un climat politique assaini, les Burundais peuvent également réfléchir plus sereinement aux stratégies et politiques à mettre en œuvre pour reconstruire le pays, retrouver un sentier de croissance durable et s'attaquer à la pauvreté qui s'est très fortement accrue ces dix dernières années.

Le Burundi doit désormais relever le triple défi de la consolidation de la paix, d'un retour à une croissance soutenue et équitable, et d'une réhabilitation des services de base. Il doit, entre autres, trouver des solutions aux problèmes prioritaires mis en exergue dans l'Accord d'Arusha : la réduction des disparités ethniques, la protection et l'assistance aux personnes vulnérables, l'amélioration et l'accès aux services administratifs à la base, la réhabilitation de la justice, la promotion des droits de l'homme, la réinstallation et la réinsertion des sinistrés de guerre, la reconstruction des infrastructures et la réduction de la pauvreté. Ces priorités montrent l'importance des chantiers à réaliser au cours des prochaines années.

1.2. Contexte social

L'analyse des principaux indicateurs sociaux – qui sera développée dans le second chapitre – atteste d'une détérioration majeure des conditions de vie d'une population qui figurait déjà parmi les plus pauvres de la planète au début des années 90. Certes, des améliorations sont observées dans certains secteurs depuis 1999, à la faveur de l'amélioration progressive des conditions de sécurité. La situation n'en demeure pas moins critique.

Aujourd'hui, pratiquement toutes les parties s'accordent sur l'effet désastreux de la guerre sur le plan du développement humain. Cet impact se lit en particulier, à travers :

- un très lourd tribut humain (on estime que la guerre a fait plus de 250.000 morts) ;
- la destruction des infrastructures et les pillages (services publics, installations privées,...) ;
- la désertion de nombreux établissements scolaires ou sanitaires, surtout dans les zones rurales qui ont été les plus touchées par les conflits ;
- la diminution drastique des ressources humaines et l'effet déstructurant de la guerre sur les dotations en personnel dans les principaux services sociaux ;
- l'amenuisement des moyens financiers de l'Etat consacrés aux investissements publics, en particulier dans les secteurs sociaux, en raison d'une part des difficultés de collecte de recettes, d'autre part du poids des dépenses militaires et de sécurité ;
- la baisse considérable de l'aide internationale (arrêt de nombreux programmes de développement) qui s'est par ailleurs essentiellement mue en aide d'urgence au détriment de l'aide destinée aux projets de développement ;
- la chute des investissements privés comme publics, le marasme de la plupart des secteurs de l'économie et le chômage.

La désorganisation du système productif – en particulier du secteur agricole – a eu des conséquences immédiates et durables en particulier sur les revenus des ménages et sur l'alimentation. Le rétrécissement des ressources des familles a conduit à rogner sur les dépenses liées à la santé et à l'éducation. Ces évolutions, cumulées avec la détérioration de l'offre de soins et de formation, se sont rapidement traduites, par exemple, en termes de morbidité, de mortalité des enfants ou encore de déscolarisation.

Le conflit s'est, en outre, traduit par le déplacement de plusieurs centaines de milliers de personnes à l'intérieur et à l'extérieur du pays. Ces personnes déplacées, dites « sinistrés de guerre » ont été obligées de se regrouper dans des camps pour des raisons sécuritaires et humanitaires et parfois sous l'impulsion des autorités administratives. En 2003, on estime à 1,2 millions de personnes, soit 17% de la population totale du pays, le nombre de Burundais vivant dans des conditions infra-humaines d'exil, d'errance et/ou de regroupement dans les camps des déplacés.

Selon les enquêtes conduites en 2002, le Burundi compte environ 240 sites de déplacés disséminés à travers tout le pays et regroupant plus de 430.000 personnes. Plus de 500.000 réfugiés sont encore réfugiés dans les pays voisins et surtout en Tanzanie où vivent 95% des réfugiés burundais alors qu'environ 200.000 rapatriés avaient regagné le Burundi entre 1997 et 2003. En plus de ces déplacés et rapatriés, aux effectifs relativement connus, existe un flux important de personnes aujourd'hui dispersées dans des ménages d'accueil, situés généralement en milieux urbain et périurbain, ainsi que diverses catégories très vulnérables comme les femmes veuves chefs de ménages (20.000), les enfants de la rue et les jeunes déscolarisés (50.000), les gardiens de la paix (50.000) et les chômeurs (rapatriés, jeunes lauréats des écoles et universités sans emploi (15.000).² Dans ce cadre, la mise en place, en février 2003, d'une Commission nationale de réhabilitation des sinistrés (CNRS) constitue un pas important pour répondre aux priorités de réconciliation nationale et de réintégration sociale.

1.3. Contexte économique

1.3.1. Une récession durable

L'économie burundaise a été profondément désarticulée par les effets conjugués de la guerre et de l'embargo régional imposé au pays entre juillet 1996 et janvier 1999. L'évolution des termes de l'échange – en particulier, la chute des cours mondiaux du café, principal produit d'exportation - a représenté un facteur supplémentaire d'aggravation des difficultés économiques du pays.

De 1993 à 1996, le Burundi a connu quatre années successives de récession marquée avec des taux négatifs allant en s'aggravant (cf. graphique G1). Après la stabilisation de 1997 puis la reprise de 1998, le Burundi a connu à nouveau deux années de croissance négative en 1999 et 2000 liées à une sécheresse prolongée. En 2001, un redémarrage a été constaté avec une augmentation du PIB de +2,1%, sous l'effet conjugué d'une bonne pluviométrie et de l'amélioration des conditions de sécurité sur une grande partie du pays. La reprise de l'activité économique, impulsée par la reconstruction et une forte hausse de la production de café, a été confirmée en 2002 (+4,5%) et permet de renouer avec une évolution positive du revenu par habitant. Cependant, la situation économique demeure fragile. Les performances restent très limitées pour les industries comme pour les services, en raison notamment d'une pénurie de devises.

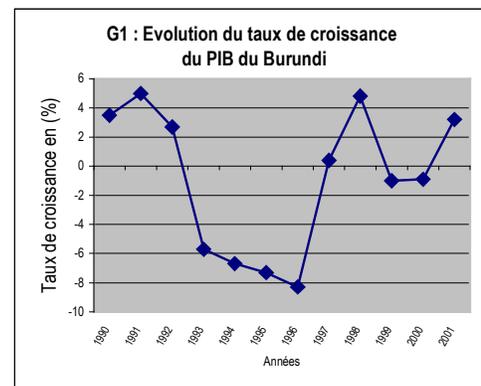
Sur l'ensemble de la période, on observe que compte tenu de ce recul tendanciel de la production, allié à une croissance démographique soutenue (de l'ordre de 3% par an) et à une érosion continue du Franc burundais, le PIB réel par habitant exprimé en dollar a été pratiquement divisé par deux entre 1993 et 2001 passant de 210 US\$ à 110 US\$.

En dehors de l'impact de la guerre, l'économie burundaise se heurte à d'importantes rigidités structurelles telles qu'une agriculture vivrière dominante mais à très faible productivité, une capacité d'exportation limitée et en nette régression en ce qui concerne son principal produit générateur de devises (café), ou encore un secteur secondaire au tissu très limité et lourdement handicapé en particulier par l'enclavement du pays. S'agissant du café (qui fournit plus de 80% des exportations en valeur), on constate que le Burundi exportait en 2000 pour à peine 49 millions de US\$, soit une valeur deux fois moindre que quinze ans auparavant (111 millions de US\$ en 1985)³.

1.3.2. La régression des investissements

L'évolution des investissements, publics comme privés, constitue l'un des indicateurs les plus visibles de la récession économique du pays.

Alors qu'il se situait en moyenne autour de 14% du PIB au début de la décennie et même à 16% en 1993, le taux d'investissement brut a fléchi très sensiblement (cf. graphique G2). Exception faite de 1996, il n'a pas dépassé la barre des 10% sur l'ensemble de la période 1994/2001 et est même descendu en dessous de 6% en 1998 et 2000. Malgré la remontée enregistrée en 2001-2002



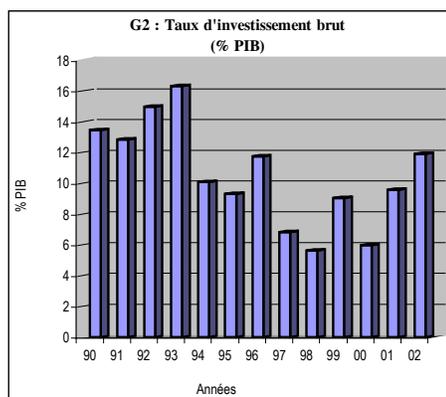
² Source : Programme National de Réhabilitation des Sinistrés, Forum de Bruxelles, Janvier 2004, p.3.

³ Ceci résulte d'un double effet quantité (la production en volume a baissé de moitié, passant de 32.200 tonnes en 1990 à 16.000 tonnes en 2001) et effet prix (entre 1990 et 2000, les cours du café ont connu une chute dramatique jusqu'à descendre au niveau de 50 ct/lb en l'an 2000). La situation s'est cependant un peu améliorée depuis 2001.

(respectivement 9,6% et 11,9%), le niveau d'investissement reste très insuffisant. Au vu de l'évolution du PIB, ces données mettent en évidence un recul important, en termes absolus et francs constants, de l'investissement annuel, traduisant une dynamique de décapitalisation de l'économie burundaise.

Ce recul s'explique d'abord, pour une large part, par la réduction de l'aide extérieure qui, par le passé, assurait le financement de l'essentiel des programmes d'investissement public. Simultanément, dans un contexte de risque élevé et de restriction des crédits à l'économie, le secteur bancaire, déjà peu favorable au financement à moyen et long terme d'investissements productifs dans les centres urbains, s'est replié.

Quant au financement du monde rural, il demeure très limité. Les Coopératives d'Épargne et de Crédit (COOPEC) représentent pratiquement le seul système significatif pour la mobilisation de l'épargne et l'octroi de crédits en milieu rural. En 2000, l'encours des dépôts a atteint 2,5 milliards de FBu (0,5% du PIB) alors que la clientèle potentielle représente plus de 90% de la population du pays.



En fait, les exigences, notamment en matière de garantie, excluent la majorité des sociétaires paysans de l'accès au crédit. Alors qu'ils mobilisent l'essentiel de l'épargne, les agriculteurs se retrouvent fortement sous représentés dans la distribution des crédits.

Dans un contexte de financement très difficile, on constate toutefois l'émergence de nouvelles caisses coopératives d'épargne et de crédit mutuel, comme les CECM et Jami Bora, ou d'associations sans but lucratif (ASBL) tels que l'association TWITEZIMBERE, qui attestent du rôle croissant de la microfinance, surtout en milieu urbain.

1.3.3. La crise du financement public

Le Burundi connaît une crise du financement public qui tire son origine de la conjonction des

paramètres suivants : des recettes drastiquement réduites, des dépenses de fonctionnement largement incompressibles, une pression importante des dépenses de sécurité (effort de guerre), un service de la dette peu soutenable et une dépréciation rapide du franc burundais. Cette situation, dans un contexte de gel de l'aide au développement, a plusieurs conséquences désastreuses : limitation des moyens de fonctionnement des services publics notamment sociaux, recul de l'investissement public, pression inflationniste liée au financement monétaire du déficit budgétaire, perte de l'accumulation d'arriérés intérieurs et extérieurs.

Les recettes courantes, fiscales et non fiscales, ont souffert des effets de la baisse de l'activité économique et de la réduction des importations. Parallèlement, la désorganisation des administrations des impôts et des douanes, l'informalisation croissante des échanges et l'érosion du pouvoir d'achat ont favorisé la baisse des activités de recouvrement et la corruption. Toutefois, le ratio recettes/PIB est remonté de plusieurs points ces dernières années, passant de 16,2% en 1999 à un niveau de l'ordre de 20% en 2001 et 2002.

De manière générale, les dépenses, augmentent plus rapidement que les recettes. Pour les cinq dernières années, les dépenses courantes ont toujours dépassé le niveau des recettes budgétaires, exception faite de l'année 2000. Outre les dépenses incompressibles pour la majorité des postes de dépenses, le poids du service de la dette et surtout des dépenses liées à l'effort de guerre et aux actions d'urgence apparaît déterminant. Ainsi, pour la période 1998-2002, les dépenses militaires ont représenté en moyenne 35% du total des dépenses courantes et une ponction oscillant entre 6 et 8% du PIB.

En revanche, sur la même période, les dépenses d'équipement ont toujours été inférieures à 7% du PIB ; en 2002, les dépenses de capital ont à peine atteint 33,4 milliards de FBu, soit 5,7% du PIB. Sur ce total, le financement intérieur représente moins de 20%.

L'élément le plus déstabilisateur du financement public est certainement la réduction drastique des dons (cf. infra). Ils étaient d'environ 20 milliards de FBu avant la crise, soit environ 34% de toutes les recettes de l'Etat, alors qu'ils ne représentent plus ces dernières années qu'un pourcentage oscillant entre 10 et 15%.

Le déficit budgétaire global (sur base engagement et dons compris) s'est creusé, passant de 3,5% du PIB en 1993 à 7,5% du PIB en 1999 avant de retomber à 2% en 2000, année où des mesures ont été prises pour réduire les dépenses. Les opérations financières de l'Etat se soldent donc par des déficits qui s'accumulent d'année en année. L'Etat finance son déficit, d'une part en recourant de manière systématique au crédit du système bancaire local, d'autre part, en accumulant des arriérés de paiements sur la dette publique intérieure et extérieure. Le financement du déficit par le crédit bancaire est passé ainsi de 0,6 milliards de FBu en 1992 à 37,1 milliards de FBu en 2002. Ceci a un impact négatif direct sur l'inflation et la dépréciation monétaire et sur la production puisqu'il s'agit là de ressources qui devraient plutôt servir à l'investissement. Par ailleurs, le Trésor public ne cesse d'accumuler des arriérés de paiements sur le secteur privé national. A titre d'illustration, les impayés de l'exercice budgétaire 2001 sur base des créances régulièrement engagées ont été de l'ordre de 17,7 milliards de FBu.

Il convient de noter que le gouvernement burundais a conclu en août 2002 un programme post-conflit avec le FMI (crédit d'assistance de 9,63 millions de DTS), qui va être suivi désormais d'un programme plus « structurel » de réformes économiques et financières pour le moyen terme, appuyé par une Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC). Les performances ont été jugées dans l'ensemble satisfaisantes par rapport aux critères fixés pour l'année 2002 et pour le 1^{er} trimestre 2003, à l'exception des critères relatifs aux arriérés de paiements extérieurs et aux avoirs extérieurs nets. Les contre-performances enregistrées à ce niveau ont été principalement liées à des raisons exogènes (chute des cours du café qui ont contrarié le niveau des recettes prévu, faible décaissement de l'aide au développement attendue des donateurs).

1.3.4. Un endettement difficilement soutenable

Le Burundi a vu le volume de sa dette croître rapidement, surtout à partir de 1985. Fin 2003, l'encours de la dette extérieure était estimé à 1.237 millions de dollars, soit 208% du PIB. La dette burundaise est essentiellement :

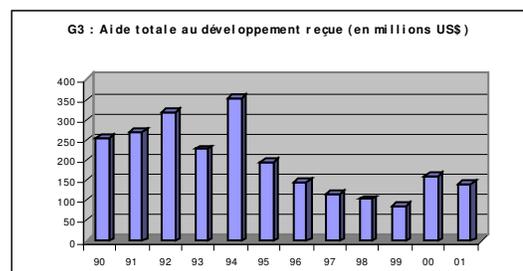
- multilatérale : 86% de l'encours relèvent d'emprunts contractés auprès des institutions internationales (IDA, BAD, OPEP, BADEA, FIDA,...) dont les trois quarts sont dus à la Banque Mondiale et à la Banque Africaine de Développement ;
- directe : les emprunts contractés par l'Etat pour son propre compte représentent 81% de l'encours ;
- concessionnelle : 82% de la dette extérieure est constituée d'emprunts à conditions douces ;
- fortement influencée par l'évolution du taux de change puisqu'elle est libellée en devises étrangères.

L'évolution de l'aide extérieure

L'aide publique au développement reçue, qui enregistrerait une progression régulière au début de la décennie, a connu une diminution considérable au cours des années de crise, exception faite de l'année 1994 (reprise temporaire de certains programmes, mobilisation importante d'aide d'urgence après les violences de fin 1993). De près de 320 millions de dollars en 1992, le volume total de l'aide est passé en dessous de la barre des 200 millions à partir de 1995 (gel de la plupart des programmes d'aide) et a même atteint un montant de 86 millions en 1999. En 2000-2001, elle est remontée à un niveau de l'ordre de 150 millions.

En 2001, l'aide totale représentait seulement 0,9% du PNB contre 4,6% en moyenne dans les années précédant la crise. Les gouvernements qui se sont succédés depuis 1995 se sont efforcés, avec l'appui en particulier du système des Nations Unies, d'engager un plaidoyer soutenu auprès de la communauté internationale afin de mobiliser les ressources nécessaires pour les programmes d'urgence puis pour la reconstruction. Depuis 2000, quatre conférences ont ainsi été réalisées : Paris (décembre 2000), Genève I (décembre 2001), Genève II (novembre 2002) et Bruxelles (janvier 2004).

Les engagements annoncés par les partenaires au développement se sont élevés respectivement à 450 millions de dollars (Paris), 832 millions (Genève I) puis 907 millions (Genève II). Sur les 907 millions d'engagements annoncés en novembre 2002, 564 concernaient le Programme Social d'Urgence. Sur ce total,



les déboursements effectivement réalisés à la fin mai 2003 ne représentaient que 355 millions de dollars, soit 39% des enveloppes financières promises.

L'encours de la dette, exprimé en franc burundais, a plus que quadruplé (passant de 306 milliards de FBu en 1994 à 1.331 milliards fin septembre 2003. Exprimé en dollars américains, l'encours a connu une hausse relativement contenue depuis le début de la crise, passant de 1.049 millions de US\$ en 1994 à 1.237 millions en 2003,

Le paiement du service de la dette représente une charge actuellement insoutenable pour le pays. De fait, depuis 1995, le Burundi ne réalise plus que des paiements partiels et sélectifs sur les échéances dues au titre de la dette extérieure. Le service contractuel (dû) de la dette extérieure s'est en effet fortement alourdi : alors qu'il représentait 46% des exportations de biens et services non-facteurs en 1995, son niveau a grimpé jusqu'à 157% de la valeur des exportations en 2002 avant de redescendre à 87% en 2003 en raison de l'amélioration des cours et de l'augmentation des volumes exportés pour le café.

Depuis le début de la crise, la capacité de remboursement du pays a été considérablement réduite sous l'effet de plusieurs années de baisse des recettes pour les cultures d'exportation (cf. supra), de la récession générale de l'économie et de la réduction drastique des financements extérieurs. En conséquence, les arriérés de paiement se sont accumulés pour atteindre un montant de 168,5 millions de US\$ à la fin de septembre 2003. Les perspectives sont d'autant plus sombres que le pays doit compter avec un échéancier cumulé du service de la dette de près de 226 millions de US\$ d'ici 2007.

Les prévisions des tirages sur les crédits existants ne représentent aujourd'hui qu'une faible réserve de capitaux (15 millions de US\$ en moyenne annuelle pour la période 2003-2007) au regard des besoins de remboursement de la dette extérieure (45 millions de US\$ en moyenne annuelle sur la même période, dont près de 32 millions dus aux créanciers multilatéraux). La dette extérieure représente donc une ponction peu supportable sur les ressources publiques, à un moment où des besoins de ressources considérables sont nécessaires pour reconstruire les infrastructures du pays, réinsérer des centaines de milliers de populations déplacées, réduire la pauvreté, lutter contre le VIH/SIDA,....

A cet égard, la finalisation du CSLP et les avantages de l'initiative PPTE sont des enjeux majeurs pour 2004. En attendant l'accès du Burundi à l'initiative PPTE, le Gouvernement d'Union Nationale a réitéré, lors du Forum des Partenaires au Développement (Bruxelles, janvier 2004), son plaidoyer en vue d'un appui de la communauté internationale en faveur de mesures exceptionnelles d'allègement de la dette. Il continue, pour cela, à s'appuyer sur le Fonds Fiduciaire de la Dette Multilatérale (FFDM), préconisé lors de la conférence des donateurs de décembre 2001 (Genève I) et créé en 2002 sous la forme d'un compte alimenté par des dons bilatéraux et géré par la Banque Mondiale. Les besoins du Fonds ont été estimés à un total de 195 millions de US\$ pour la période 2003-2006, correspondant au remboursement des arriérés sur la dette multilatérale (75 millions de US\$ accumulés sur la période 1995-2003) et à une enveloppe de l'ordre de 30 millions de US\$ par an pour le paiement du service de la dette. Ce fonds n'avait cependant enregistré, à fin juin 2003, des contributions d'à peine 6,5 millions de US\$.

1.3.5. Une inflation forte et un pouvoir d'achat en net recul

La pénurie de devises et la dépréciation consécutive de la monnaie nationale, combinées à une politique monétaire et de crédit expansionniste, ont ravivé les tensions inflationnistes dans l'économie. Le taux d'inflation (calculé en référence à l'indice des prix à la consommation), qui n'était que de +2% en 1992, a atteint +24% en 2000. En dix ans (1990/2000), les prix à la consommation ont été multipliés par 4,1. En 2001 toutefois, un certain ralentissement a pu être constaté (+9,3%), sous l'effet de la bonne production agricole (limitation des pressions sur les prix des produits alimentaires constituant une part importante des dépenses des ménages) et de la mise en œuvre des mesures préconisées dans le cadre du programme de référence conclu avec le FMI.

Tableau T1 - Evolution de l'encours des arriérés de la dette extérieure (1995-2002 ; en millions de US\$)

Bailleurs	1995	2000	2002
Dette multilatérale	4,7	43,1	65,3
- Groupe BAD	3,1	14,2	28,6
- Banque Mondiale	0	0,6	1,2
- BADEA	1,3	13,8	15,4
- Union Européenne	0,2	7,1	10,2
- OPEP	0	6,8	9,4
- Autres	0,1	0,6	0,5
Dette bilatérale	1,5	49,5	73,9
- France	1,4	20	29,1
- Koweït	0,1	11,8	16,2
- Arabie Saoudite	0,0	9,8	13,2
- Autres	0,0	7,9	15,4
Créanciers privés	0,0	0,0	9,3
Total arriérés	6,2	92,6	148,5

1.3.6. Une situation des paiements détériorée

Ces dernières années, la balance des paiements a connu une détérioration importante.

Ceci s'explique principalement pour deux raisons : (i) la dégradation du compte courant suite à une forte croissance des importations par rapport aux exportations ; (ii) et la diminution drastique des entrées nettes de capitaux résultant de la faiblesse à la fois des prêts et des investissements directs étrangers. On doit souligner l'impact de l'évolution des exportations découlant de la chute de la production du café, qui a alourdi considérablement le solde négatif des échanges commerciaux et du compte courant. En 2000 par exemple, le solde négatif des marchandises et des services s'est détérioré globalement de 78% suite à un accroissement relatif des importations de 42%, représentant trois fois celui des exportations (14%).

La dégradation de la position extérieure du Burundi se note au vu du niveau des réserves de change officielles qui est passé de l'équivalent de 10 mois d'importation de biens et services non-facteurs en 1993 à 3 mois en 2000.

Chapitre 2 : SITUATION DU DEVELOPPEMENT HUMAIN

Le développement humain est un phénomène multidimensionnel qui touche les différents aspects des conditions économiques et sociales des populations : ressources monétaires mais aussi alimentation et nutrition, accès à l'eau, à l'habillement, à la santé, à l'éducation et au logement, capacités de promotion sociale, etc. Le concept ne se limite pas à la simple accumulation de richesses, de revenus ou de croissance économique mais renvoie à une entreprise de progrès centrée sur l'homme et son bien-être. Le contexte évoqué au chapitre précédent suggère une évolution de la situation du développement humain guère favorable, laquelle sera confirmée ici. Ce bilan national du point de vue du Développement Humain Durable (DHD) sera appréhendé à travers (i) l'étude de l'évolution des principaux indicateurs composites de développement humain, (ii) l'analyse des indicateurs de pauvreté, (iii) et un rapide passage en revue des vecteurs essentiels du développement humain que sont la santé, l'éducation, le genre, la bonne gouvernance, l'emploi et l'environnement.

2.1. Evolution des indicateurs de développement humain

2.1.1. L'indicateur de développement humain

L'indicateur de développement humain (IDH) mesure le niveau atteint par 175 pays en termes d'espérance de vie, d'instruction et de revenu réel corrigé.

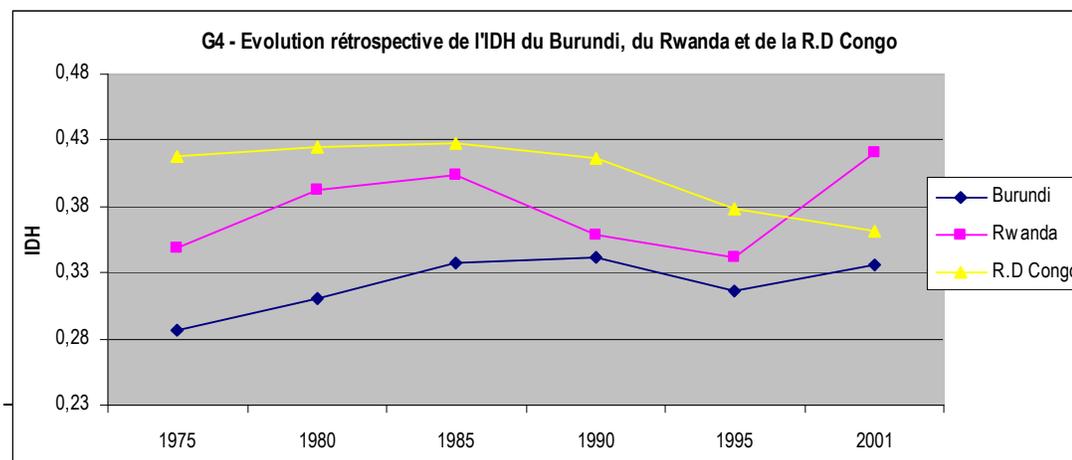
Suivant le classement présenté dans le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003, le Burundi (valeur de l'IDH de 0,337) occupe la 171^e place sur 175 pays⁴. Situé au même niveau que le Mali, il ne devance que le Burkina Faso, le Niger et le Sierra Leone. La valeur moyenne de l'IDH pour cette même année est de 0,440 pour les pays à faible développement humain et de 0,448 pour les pays les moins avancés et de 0,468 pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne.

Le Burundi occupe clairement le dernier rang parmi ses principaux voisins, avec des écarts significatifs entre les valeurs d'IDH.

Tableau T2 - Comparaison de l'IDH avec huit pays d'Afrique Centrale et de l'Est

Pays	IDH	Rang mondial	Rang régional
Burundi	0,337	171	8
Rwanda	0,422	158	4
Angola	0,377	164	6
Rép. Dém. Congo	0,363	167	7
Ouganda	0,489	147	3
Tanzanie	0,400	160	5
Congo Brazzaville	0,502	140	1
Kenya	0,489	146	2

Source: Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003.



⁴ L'IDH présenté dans cette première section est celui qui est calculé par les services du PNUD et publié dans le Rapport mondial sur le développement humain de 2003. Il diffère de l'IDH calculé sur la base des estimations des services statistiques nationaux.

Sur la base du calcul de l'IDH au niveau national, on note que les trois premières années de la décennie 90 ont été marquées par des progrès lents mais perceptibles de l'état de développement humain. Pour chacun des trois éléments constitutifs de l'IDH (espérance de vie, niveau d'instruction et niveau de croissance économique), une amélioration a été constatée d'année en année. La crise politique d'octobre 1993 et la guerre civile qui l'a suivi vont apporter un coup d'arrêt brutal à cette évolution. Le graphique G5 ci-après, permet d'apprécier l'évolution comparée, année par année, de l'IDH et de ses composantes. Les données font ressortir les faits suivants :

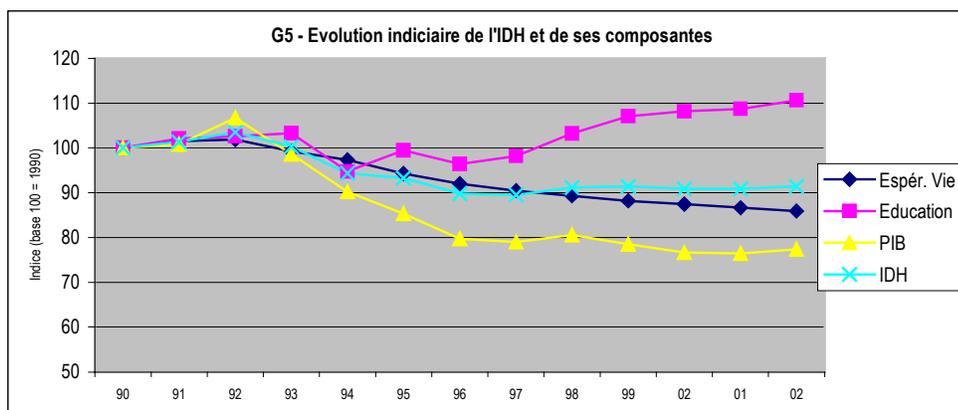
- L'Indicateur de Développement Humain a chuté jusqu'en 1997. Depuis lors, il a pratiquement stagné à son niveau de 1998.
- Le recul de la production intérieure apparaît clairement comme le premier facteur de baisse de l'IDH. L'indicateur relatif au PIB est ainsi passé d'une valeur indiciaire de 107 en 1993 à 79 en 1997. En 2002, il se situe à 23 points en dessous de son niveau de 1990.

Tableau T3 - Evolution de l'IDH au Burundi de 1990 à 2002

Année	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux d'alphabétisation des adultes (> 15 ans)	Taux brut de scolarisation combiné du primaire au supérieur	PIB par Habitant En PPA	Indice d'espérance de vie	Indice du niveau d'instruction	Indice Du PIB	Valeur de l'IDH
1990	51.3	37.08	32.87	677.1	43.83	35.68	31.92	0.372
1991	51.7	37.85	33.54	693.2	44.50	36.42	32.32	0.377
1992	51.8	38.63	32.61	773.9	44.67	36.62	34.15	0.385
1993	51.1	39.00	32.56	663.5	43.50	36.85	31.58	0.373
1994	50.6	39.67	22.06	563.9	42.67	33.80	28.87	0.351
1995	49.6	40.32	25.87	513.7	41.33	35.50	27.31	0.347
1996	49.2	40.94	21.32	466.1	40.33	34.40	25.69	0.335
1997	48.8	41.53	22.10	459.9	39.67	35.05	25.47	0.334
1998	48.5	42.10	26.32	474.0	39.17	36.84	25.97	0.340
1999	48.2	42.04	30.58	456.1	38.67	38.22	25.33	0.341
2000	48.0	41.99	31.82	439.5	38.33	38.60	24.71	0.339
2001	47.8	41.94	32.53	437.3	38.00	38.80	24.63	0.338
2002	47.6	42.06	34.28	445.2	37.67	39.47	24.92	0.340

Source : Base de données des indicateurs du DHD au Burundi

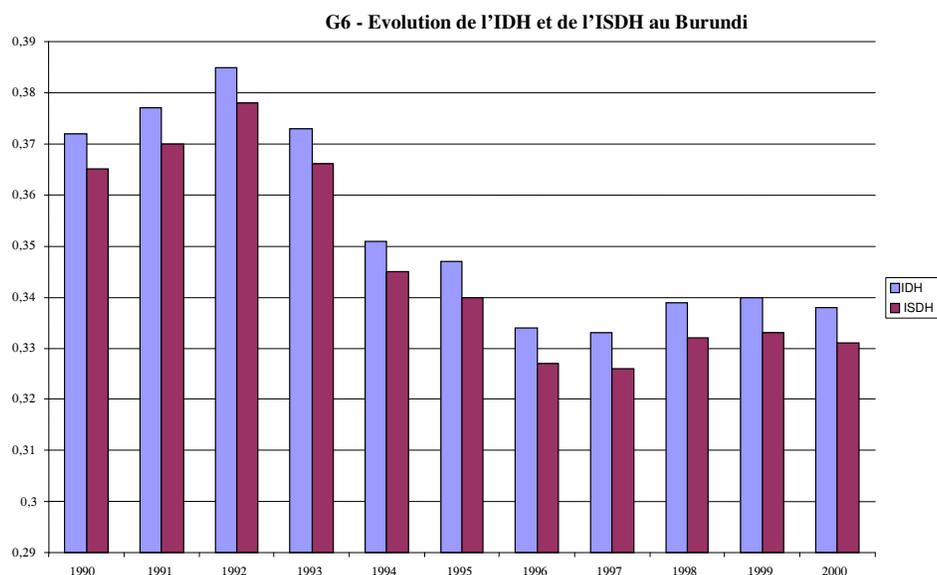
- L'espérance de vie a enregistré une baisse régulière depuis 1993 : d'un niveau de 51,8 ans, elle serait redescendu en dessous de 50 ans en 1995 et serait estimée à 47,6 ans en 2002, soit une perte de 4,2 années de vie en moyenne sur la période. En termes indiciaires, le recul serait de 14 points entre 1990 et 2002. Ce recul marqué s'expliquerait d'abord en raison des pertes humaines considérables consécutives à la guerre. Il serait également imputable au VIH/SIDA qui serait devenu aujourd'hui la première cause de mortalité de la population adulte (*voir chapitre 3*). Le niveau d'instruction serait la seule variable à connaître une évolution encourageante. Certes, la guerre a eu dans un premier temps des conséquences désastreuses, en particulier sur les capacités d'offre (infrastructures scolaires et personnel enseignant) et sur la demande (réduction de la fréquentation scolaire liée à l'insécurité, au déplacement des populations, à la déstructuration du tissu familial,...). Mais, il semble apparaît que depuis 1998, on assiste à une remontée progressive de la fréquentation des établissements scolaires. Le taux brut de scolarisation combiné (de l'enseignement primaire à l'enseignement supérieur) serait ainsi passé de 20,1% en 1997 à 28,9% en 2000 et à 31,0% en 2002.



2.1.2. L'indicateur Sexospécifique de développement humain (IDH)

L'Indicateur Sexospécifique du Développement Humain (ISDH) permet de corriger l'IDH en tenant compte des inégalités entre les sexes. L'écart entre l'ISDH et l'IDH traduit l'importance de ces disparités. En d'autres termes, plus un pays réduit les inégalités entre hommes et femmes, plus l'ISDH et l'IDH sont proches.

Le **graphique G6** montre qu'au cours de la dernière décennie, l'ISDH au Burundi a évolué de manière à peu près parallèle avec l'IDH. Il ressort que (i) le niveau de l'ISDH a été toujours inférieur à celui de l'IDH ce qui traduit des niveaux de développement humain inégaux entre les genres ; (ii) l'écart en termes indiciaires n'aurait pratiquement pas bougé sur l'ensemble de la période. Les paragraphes ci-dessous permettront de préciser dans quelle mesure les femmes sont pénalisées en particulier en regard de la pauvreté monétaire et de l'accès à l'éducation.



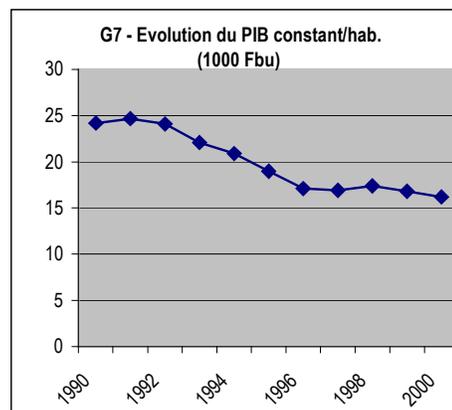
Notons que le calcul de ces deux indicateurs continue à souffrir des défaillances importantes du système national d'information statistique. Ainsi, les variables démographiques - sur lesquelles sont fondées aussi bien les calculs de l'espérance de vie que le calcul de ratios tels que le taux de scolarisation ou le PIB/habitant - reposent sur des projections établies sur la base d'un recensement de la population vieux de treize ans. Aucune enquête inter censitaire n'est intervenue alors qu'à l'évidence la population a connu, sous l'effet de la guerre, d'importants changements pour lesquelles on ne dispose d'aucune mesure précise (décès liés au conflit, migrations massives à l'intérieur et à l'extérieur du pays, mortalité liée au VIH/SIDA et sur mortalité provoquée par la paupérisation croissante de la population,...). De même, certaines hypothèses ont été retenues - par exemple concernant la progression régulière du taux d'alphabétisation (en dépit de la crise) - en l'absence de données susceptibles de les vérifier.

2.2. Les indicateurs de pauvreté

2.2.1. Un revenu par tête en dollars réduit de près de moitié

Bien qu'il soit une mesure imparfaite du niveau de vie des ménages, l'évolution du PIB/tête atteste du recul du revenu moyen des burundais de vie des ménages, l'évolution du PIB/tête atteste du recul du revenu moyen des Burundais.

Entre 1990 et 2000, le PIB/tête exprimé en Fbu constants a chuté en gros d'un tiers. Exprimé en dollars américains, le recul est encore plus accentué (-48%) avec un PIB/hab. en termes constants redescendu de 210 US\$ en 1993 à 110 US\$ en 2001.



2.2.2. Une incidence de la pauvreté monétaire passée de 35% à 69% en milieu rural et de 32% à 67% en milieu urbain

Après une timide amélioration au tout début de la décennie, les indicateurs de pauvreté monétaire au niveau national (cf. **tableau T4**) traduisent une augmentation très forte de la pauvreté depuis le début de la guerre civile. La proportion de pauvres dans l'ensemble de la population (**incidence**) est ainsi passée de 35,1% en 1990 à 68,8% en 1999 en milieu rural. A Bujumbura, l'incidence de la pauvreté est passée de 32,4% à 66,6% sur la même période. En valeur absolue, cela représente environ 4,5 millions de Burundais vivant en dessous du seuil de pauvreté.

L'autre fait marquant est que **l'écart moyen** qui sépare les revenus des pauvres à la ligne de pauvreté s'est considérablement creusé entre les deux dates : cet écart est passé de 9,3% à 30,6% en milieu rural et de 8,5% à 35,3% en milieu urbain. La disparité des revenus des pauvres a suivi la même tendance comme l'indique l'évolution de la **sévérité** de la pauvreté. Ainsi, non seulement la proportion de pauvres a doublé mais les pauvres sont devenus beaucoup plus pauvres qu'auparavant.

D'importants **écarts régionaux** sont à signaler. Dans six provinces, l'incidence de la pauvreté monétaire dépasse la moyenne nationale. Il s'agit des provinces de Rutana (76%), Bubanza et Cibitoke (77%) et surtout dans celles de Karuzi (82%), de Gitega (88%) et de Ruyigi (93%). En termes de régions naturelles, on note que ce sont les plaines du Bugesera, Buragane, Imbo et Mosso qui enregistrent la plus forte proportion de pauvres (75%). Cette région est suivie par les plateaux orientaux du Buyogoma et Bweru (72%), les montagnes de transition de Bututsi, Mugamba et Mumirwa (66%) et enfin les plateaux occidentaux de Buyenzi et Kirimiro (65%).

Les **ménages** les plus nombreux sont en général les plus pauvres. Ainsi, l'intensité de la pauvreté dans le groupe des ménages constitués d'une ou de deux personnes est de 57% alors qu'elle est de 67% pour les ménages de 6 à 7 personnes.

Dans le groupe des pauvres se retrouvent plusieurs catégories de personnes devenues vulnérables suite à la guerre, en particulier les déplacés intérieurs. De manière générale, les données sur la pauvreté monétaire confirment la **vulnérabilité particulière des femmes**. Ainsi, en 1999, on note que dans la capitale 76% des femmes (contre 64% des hommes) sont pauvres. Un écart analogue est observé hors Bujumbura avec une incidence respective de 77% et de 66% pour les femmes et les hommes.

Tableau T4 - Evolution des indicateurs de pauvreté monétaire de 1990 à 1999³

Année	Milieu rural			Milieu urbain		
	Incidence P ₀	Intensité P ₁	Sévérité P ₂	Incidence P ₀	Intensité P ₁	Sévérité P ₂
1990	35,1	9,3	3,3	32,4	8,5	3,1
1991	35,5	9,4	3,4	32,0	8,4	3,0
1992	34,8	9,2	3,3	32,9	8,7	3,2
1993	39,6	11,1	4,2	40,9	11,6	4,6
1994	48,5	13,9	5,6	47,2	13,4	5,4
1995	53,3	13,4	5,3	51,2	13,0	5,2
1996	57,5	14,5	5,8	64,0	19,3	8,5
1997	61,0	18,6	8,4	66,0	20,9	9,4
1998	64,6	23,9	12,2	66,5	21,9	10,0
1999	68,8	30,6	17,9	66,6	35,3	23,1

Source: Base de données sur le DHD du Burundi

La pauvreté trouve ses racines dans des **causes structurelles** mais son aggravation récente et brutale apparaît clairement liée à la guerre. *En milieu rural*, la pauvreté est largement liée à la faible productivité des activités agricoles dont les déterminants sont, entre autres, les contraintes foncières, la faiblesse de capital technique et financier ou encore l'inadaptation des systèmes d'approvisionnement en intrants. La pauvreté rurale a fortement augmenté en raison de la baisse de la production agricole consécutive à la crise, des sécheresses prolongées de ces dernières années et de la désorganisation des circuits de commercialisation.

Tableau T5 - Indicateur de pauvreté monétaire absolue par sexe et milieu en 1999

Sexe	Mairie de Bujumbura			Reste du pays		
	P ₀	P ₁	P ₂	P ₀	P ₁	P ₂
Masc	64,0	32,9	21,0	66,0	27,9	15,7
Fém	75,7	45,0	31,2	76,7	38,0	23,8

Source: Diagnostic de la pauvreté au Burundi en 1999 ; SP/REFES ; Oct. 2000.

Un autre facteur de cette paupérisation est à rechercher dans la diminution – estimée à près de 35% - du prix payé aux agriculteurs des cultures de rente. Ceci explique que l'incidence de pauvreté enregistrée dans le groupe des agriculteurs du secteur d'exportation (70%) soit l'une des plus élevées. *En milieu urbain*, la diminution du salaire réel pour les travailleurs des secteurs secondaire et tertiaire semble avoir été le déterminant majeur de la paupérisation : le salaire minimum réel a baissé de près de 60% sous l'effet d'une multiplication de l'indice des prix par 4,1 depuis 1991. Le second facteur de paupérisation en

³ Les notations P₀, P₁ et P₂ sont empruntées à J.Foster, J.Greer et E.Thorbecke dans « A class of decomposable poverty measures, 1984 ».

milieu urbain a été la montée brutale du chômage depuis 1993 même si l'on ne dispose pas de données globale précises et actualisées dans ce domaine. Le gonflement de la population active au chômage est le résultat combiné de plusieurs paramètres : arrivée dans les villes de nombreux réfugiés ruraux fuyant l'insécurité des campagnes et en quête de travail ; arrivée sur le marché de l'emploi de nouvelles cohortes de jeunes à la recherche de leur premier emploi ; vagues de licenciements dans les entreprises du secteur privé doublement touchées par la crise et les contraintes imposées par l'embargo de 1996/1999.

2.2.3. L'indicateur de Pauvreté Humaine

L'Indicateur de Pauvreté Humaine (IPH) appréhende plusieurs dimensions essentielles des conditions de vie des populations, au-delà du revenu monétaire. Il prend en compte quatre critères : la probabilité de décéder avant 40 ans, le taux d'analphabétisme des adultes, l'accès à l'eau potable, l'accès aux services de santé, et l'insuffisance pondérale chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

L'évolution de l'indicateur de pauvreté humaine (tableau T6) dénote une ampleur de cette dernière qui touche près de 50% des Burundais. Ainsi, près de 40% des Burundi meurent avant d'atteindre 40 ans, environ 50% n'ont pas accès à l'eau potable, 62% ne savent ni lire ni écrire et 20% n'ont pas accès aux soins de santé de qualité tandis que 26% des enfants souffrent de malnutrition aiguë.

L'analyse simultanée de l'IPH et de la pauvreté monétaire selon les provinces ou les régions indique que certaines zones du pays réussissent mieux en termes de revenu qu'en terme de satisfaction des besoins en matière de renforcement des capacités et des conditions de bien-être.

Ceci signifie que si les revenus moyens dans ces milieux sont relativement meilleurs que pour le reste du pays, il reste tout de même un effort important à faire pour rattraper le retard au niveau du développement humain et cet effort doit être orienté dans le sens de l'amélioration des services sanitaires, l'alimentation, l'accessibilité à l'eau et la réduction de l'analphabétisme.

2.3. La santé des populations

2.3.1. L'accès aux soins de santé

Tableau T6 : Evolution de la pauvreté humaine (IPH) au Burundi sur la période 1992-2002 :

Année	Probabilité de décéder avant 40 ans (%)	Taux d'analphabétisme des adultes (> 15 ans)	Population n'ayant pas accès à l'eau potable (en %)	Population n'ayant pas accès aux services de santé (en %)	Insuffisance Pondérale chez Les moins de 5 ans (en %)	IPH (%)
1992	33.35	61.21	42.17	19.6	18.0	45.64
1993	32.81	61.00	46.14	16.7	18.0	45.46
1994	35.59	60.33	44.41	22.3	20.0	45.83
1995	36.94	59.68	44.81	20.4	22.0	45.60
1996	37.75	59.06	44.79	18.5	24.0	45.60
1997	37.75	58.47	47.46	20.3	25.0	45.54
1998	37.75	57.90	49.12	20.2	24.0	45.26
1999	37.90	57.96	52.68	19.3	25.4	45.54
2000	38.00	58.01	52.56	18.3	25.8	45.55
2001	38.00	58.06	52.44	18.2	26.3	45.60
2002	38.00	57.34	52.33	18.2	26.8	45.23

Source : Base de données des indicateurs du DHD au Burundi.

Le système de santé du Burundi avait enregistré des résultats très encourageants avant la crise. Le pays s'était doté d'un nombre important de nouvelles infrastructures sanitaires (hôpitaux, centres de santé, maternités) si bien que plus de 80% de la population pouvait atteindre un centre de soins dans un rayon ne dépassant pas six kilomètres. La couverture vaccinale dépassait 80%. Le taux de mortalité infantile était en constante diminution. Les effectifs du personnel soignant connaissaient un accroissement d'année en année, permettant une amélioration du taux de couverture par du personnel médical et para-médical. Les

projections réalisées au début des années 90 tablaient sur une progression sensible de l'espérance de vie qui devait passer de 51,3 ans en 1990 à 62 ans en 2010.

La guerre a affecté très durement le système de santé et donc l'accès aux soins de santé pour la population burundaise. Plusieurs milliers de personnes ont dû se déplacer et vivre dans des conditions très précaires. Les destructions des infrastructures, les pillages des centres de soins ont réduit les capacités de prise en charge des populations malades. Les différents indicateurs de santé se sont gravement détériorés.

2.3.1.1. Indicateurs de situation sanitaire

Les statistiques attestent d'une augmentation importante des décès dus aux *maladies* infectieuses et parasitaires, particulièrement entre 1997 et 2000. Les taux d'incidence pour les autres maladies auraient également fortement

augmenté (autour de 11% en 1990/91 et de l'ordre de 50% en 2000/2001). Le pays a connu une flambée des grandes endémies dont les épidémies de méningite, de choléra, de dysenterie bacillaire et de typhus exanthématique alors que ces maladies avaient presque disparu. Ainsi, on estime qu'environ

100.000 personnes ont souffert du typhus exanthématique entre 1996 et 1998. En 2000, ce sont près de 2 millions de personnes qui ont été frappées par la malaria.

Le *taux de mortalité infantile* est passé d'un niveau voisin de 110 p/1000 en 1992/1993 à 127 p/1000 en moyenne sur la période 1996-1998. Après une décrue, le taux serait à son niveau le plus haut depuis une quinzaine d'années avec 129 p/1000 en 2002.

Le *taux de couverture vaccinale globale*, qui était de 82% en 1992, est descendu en dessous du seuil de 50% à cinq reprises (1994, 1997, 1998, 1999). Il n'aurait sensiblement remonté qu'en 2002, avec un niveau (67%) encore inférieur de 15 points par rapport à celui atteint dix ans auparavant. Une évolution similaire est constatée pour la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an dont seulement 63% ont été vaccinés en 2003.

Encadré E3 – Indicateurs des déficits du système sanitaire (2002) :

- Ressources humaines : un médecin pour 31.000 habitants
- Infrastructures : un hôpital pour 201.000 habitants et un centre de santé pour 15.000 habitants
- Couverture vaccinale globale : 66,7%
- Mortalité maternelle : 800 pour 100.000 naissances
- Mortalité infantile : 129 pour 1000 naissances
- Mortalité infanto-juvénile < 5 ans) : 385 pour 1000.

2.3.1.2. Indicateurs liés aux infrastructures, au personnel et aux ressources financières

Si les indicateurs sanitaires semblent connaître une certaine stabilisation voire progressent depuis 1999, grâce surtout à l'amélioration des conditions de sécurité à l'intérieur du pays et donc des possibilités d'intervention sanitaire, le système de santé burundais reste handicapé par plusieurs problèmes rémanents. Ceux-ci concernent : (i) la faiblesse de la coordination

et de la planification du secteur ; (ii) l'insuffisance et la mauvaise répartition des infrastructures et du personnel ; (iii) la gestion trop centralisée et déficiente des structures de santé, conduisant en particulier à des performances médiocres du système d'approvisionnement en médicaments ; (iv) la faiblesse des moyens financiers alloués au secteur ; (v) le manque d'efficacité du système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire ; (vi) le déficit important constaté en matière d'hygiène et d'assainissement.⁵

Un premier point, qui suggère des inégalités importantes d'accès selon les milieux (rural, semi-urbain, urbain) et les zones, concerne la répartition inégale des *infrastructures de santé*, et ce d'autant plus que la guerre s'est accompagnée d'un nombre important de destructions.

En ce qui concerne les *ressources* humaines, l'inventaire du personnel médical par province sanitaire atteste également de la concentration des ressources dans la capitale alors que celle-ci représente à peine le dixième de la population. Ainsi, en 2001, sur 190 médecins intervenant dans le cadre du système public de santé, 132, soit 70%, étaient concentrés dans la ville de Bujumbura. Quant au reste du personnel soignant, il est dans sa très grande majorité concentrée sur Bujumbura-urbain, Gitega, Bururi, et Ngozi, l'insécurité prévalant dans la plupart des autres provinces ayant renforcé des inégalités déjà constatées avant le conflit. Un autre phénomène a pris une ampleur particulière à la faveur de la crise : une fraction notable du personnel soignant qualifié est partie travailler à l'extérieur du pays, où la rémunération est meilleure, ou alors s'est reconvertie dans les secteurs privé et communautaire, où les moyens financiers et matériels sont un peu plus à la hauteur des besoins.

S'agissant de l'*accès aux soins de santé*, l'Enquête Prioritaire de 1998/99 révèle que seulement 60% des personnes tombant malades consultent une structure médicale (dont 9% se dirigent vers la médecine traditionnelle). Ce chiffre traduit un problème d'accès financier aux soins : 70% des malades qui ne consultent pas le médecin disent que c'est par manque de moyens financiers alors qu'ils ne sont que 6% à évoquer comme motif l'éloignement physique des structures de santé. L'enquête a également révélé qu'un ménage burundais dépensait en moyenne 528 FBu par an – soit moins d'un dollar US\$ - pour des soins de santé. Cette somme dérisoire témoigne de la relation entre pauvreté et accès aux soins.

⁵ Source : Evaluation des politiques et plans d'action du secteur de la santé ; SP/REFES, 2000.

Tableau T8 - Evolution des allocations budgétaires et des aides extérieures affectées au secteur de la santé

Année	1990	1993	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses de santé en % des dépenses publiques totales	4,23	4,51	4,36	3,83	3,34	2,92	2,67	2,88	3,01
Dépenses publiques de santé en % du PIB nominal	0,84	0,99	0,87	0,71	0,62	0,55	0,53	0,62	0,65
Aides extérieures à la santé en % du total des aides extérieures	5,19	7,60	6,11	1,91	9,03	14,39	14,96	26,24	23,31

La faiblesse du *financement public de la santé* constitue assurément une cause essentielle des problèmes qui viennent d'être constatés. Les allocations budgétaires mais aussi l'aide publique au développement attribuées au secteur de la santé sont restées très faibles, très en deçà des recommandations de l'Initiative 20/20 d'Oslo⁶. A la fin des années 90, le secteur de la santé bénéficiait seulement de 4% des crédits du budget de l'Etat et de 12% du montant total de l'assistance extérieure. Avec des moyens limités, le gouvernement a pris cependant ces dernières années un certain nombre de mesures positives centrées en particulier sur la lutte contre les endémo-épidémies, la relance de la couverture vaccinale et l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments (création de la Centrale d'Achat des Médicaments – CAMEBU et des pharmacies communautaires). Il a également démontré une mobilisation importante dans la lutte contre le VIH/SIDA, comme on le verra plus loin.

2.3.2. La situation alimentaire et nutritionnelle

Le problème des *disponibilités alimentaires* se pose à la fois en termes de quantités offertes et de prix. La dépression économique et l'insécurité n'ont guère encouragé la commercialisation des produits, surtout dans les zones les plus touchées par la guerre. Par ailleurs, de manière structurelle, des pénuries sont souvent perceptibles pendant la période de soudure après les semailles des céréales et des légumineuses jusqu'aux récoltes. En troisième lieu, la sécheresse prolongée au cours des années 1998-2000 a affecté les disponibilités alimentaires, particulièrement dans les provinces du Nord et de l'Est. C'est surtout la province de Kirundo, jadis considérée comme grenier du pays, qui a enregistré durant cette période une sécheresse sans précédent. Cette sécheresse a provoqué une famine importante et conduit à gonfler le flux des sinistrés.

Aujourd'hui, la situation nutritionnelle au niveau national tend à s'améliorer mais la situation reste toutefois précaire à cause de l'insécurité persistante dans certains endroits et des déplacements fréquents des populations. Les indicateurs de la base de données DHD conduisent ainsi aux constats suivants :

- L'*apport journalier en calories* a connu une baisse sensible ; il ne représente plus en moyenne nationale que 75% des besoins contre 99% en 1990 (1650 cal/j/hab contre 2.170).
- Le pays a du recourir de manière accrue aux *importations de céréales* pour satisfaire les besoins en céréales : elles représentent en moyenne 4.700 tonnes par an sur la période 1993-2001 avec des niveaux particulièrement élevés dans les premières années de crise (plus de 9.600 tonnes en 1994) et en 1998 à cause de la sécheresse. Par contre, une très forte diminution a été enregistrée en 2002.
- Pour permettre de faire face aux besoins, un recours massif à l'*aide alimentaire* a été réalisé : alors que celle-ci représentait moins de 3 millions de US\$ dans les années 1990 à 1992, elle a atteint des montants jusqu'à huit fois plus élevés (24 millions de US\$ en 1999). Au total, 130 millions de US\$ d'aide alimentaire ont été reçus entre 1994 et 2001. L'année 2002 traduit, là encore, un changement important puisque l'aide alimentaire ne représente plus pour cette année-ci que 2,6 millions de US\$ contre 15,4 millions un an auparavant.

D'autre part, d'après l'Enquête Prioritaire de 1998-1999 réalisée au niveau national, la malnutrition aiguë globale touchait 8,1% de la population enquêtée.

Les problèmes liés à l'alimentation et à la nutrition s'expliquent principalement par une malnutrition protéino-énergétique sous forme modérée et qui évolue vers la forme sévère. Le régime alimentaire de la population, basé sur le haricot accompagné de tubercules ou parfois de banane, y joue un rôle important : en période de mauvaise récolte du haricot, comme ce fut le cas surtout entre 1998 et 2000, les tubercules constituent l'essentiel de l'alimentation des familles ; ceci conduit à un déséquilibre nutritionnel qui a lui-même des conséquences sur le plan de la santé.

⁶ L'Initiative recommande à chaque pays d'affecter 20% du budget national aux secteurs sociaux de base (soins de santé primaire, éducation à la base) et aux organismes internationaux d'allouer 20% des aides publiques au développement à ces mêmes secteurs.

Tableau T9 – Situation nutritionnelle en 2000

Enfants de moins de 5 ans	Modérée	Sévère
<i>Malnutrition</i>	45,1%	13,3%
<i>Retard de croissance</i>	56,8%	27,7%
<i>Emaciation</i>	7,5%	0,5%

Source : Enquête nationale d'évaluation des conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi (ENEF, 2000)

En ce qui concerne la *malnutrition chez les enfants*, l'insuffisance pondérale aurait sensiblement augmenté avec la crise : en 2000, elle toucherait 26% des enfants de moins de 5 ans contre 15% en 1990. L'ENEF donne pour la même année des indications plus détaillées (cf. **tableau T9**) qui montrent notamment que 13% des enfants de moins de 3 ans souffrent d'une malnutrition sévère et 28% d'un retard de croissance sévère. Ce sont les régions du centre et du Nord du pays qui sont les plus touchées.

Des enquêtes parcellaires menées entre 1990-2000 dans 13 provinces sur les 17 que compte le pays, sous l'égide de l'UNICEF, du Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles et Carencielles (LMTC) et de certaines ONG, montrent des taux de malnutrition nettement plus faibles, variant entre 5% et 17% avec une moyenne de 12%. Cette disparité s'expliquerait en raison de la variabilité des situations alimentaires d'une province à une autre et même, pour une même province, d'une commune à l'autre.

2.3.3. L'alimentation en eau potable

Après une amélioration observée au début des années 90, le taux de couverture en eau potable a baissé à partir de 1993. Plusieurs systèmes gravitaires d'adduction en eau ainsi que des sources aménagées ont été détruites. En 1997, les estimations réalisées ont conclu à une réduction de la couverture en eau potable de 6 points pour le milieu rural (49%) et d'un point en milieu urbain. Entre 1997 et 2000, le taux de couverture a continué à baisser en milieu rural pour descendre à 43% tandis qu'il a légèrement remonté en milieu urbain. La diminution de la desserte en eau pour le milieu rural s'expliquerait par la poursuite de la destruction des infrastructures d'adduction d'eau dans les provinces encore en crise.

Partant d'une définition plus large, l'enquête prioritaire de 1998-1999 conclut pour sa part à un taux d'accessibilité de 97% et de 80% pour les ménages résidant respectivement à Bujumbura-mairie et dans le reste du pays.

Tableau T10 - Taux de couverture en eau potable (en %)

Milieu	1990	1992	1997	2000
Rural	49	55	49	43
Urbain	95	97	94	95

Le taux de couverture varie sensiblement d'une zone à l'autre, les provinces du Nord du pays (Kirundo, Muyinga) et celles de l'Est (Cankuzo, Ruyigi) étant plus arides et donc moins bien servies. En 1998, on estimait ainsi à seulement 26% le taux de couverture en eau potable contre 67% à Gitega ou 47% à Karuzi. L'enjeu

consiste aujourd'hui à mettre en œuvre la politique nationale de l'eau (1998), répondre en priorité à la demande des provinces les plus déficitaires et garantir une meilleure coordination dans un secteur où les intervenants sont multiples.

2.4. L'éducation

2.4.1. L'enseignement formel

Les efforts réalisés avant la crise (construction d'infrastructures, formation des formateurs, campagnes de sensibilisation pour la fréquentation scolaire de tous les enfants,...) avaient permis d'améliorer le taux brut de scolarisation dans le primaire (70% pour l'année scolaire 1992-93). Durant les moments les plus forts de la crise, on a enregistré, notamment dans le primaire, un recul important du taux de scolarisation (redescendu à 42% en 1996), une réduction des taux de promotion (67% en 1996) et un nombre record d'abandons de l'école (23% en 1995).

Le tableau T11 montre que le retour progressif de la sécurité a permis une remontée des indicateurs de fréquentation scolaire. Bien que certaines régions soient encore instables, beaucoup de classes ont été réouvertes et le taux de scolarisation brut dans le primaire a retrouvé en 2001 sensiblement son niveau du début des années 90 et l'aurait dépassé en 2002 (71,1%). Le taux de scolarisation dans le secondaire, moins touché par la crise (établissements concentrés dans les principaux centres urbains), dépasse en 2002 (10,4%) le niveau atteint en 1992 (6,4%).

Toutefois, ces points positifs sont à tempérer :

- *L'écart de scolarisation entre filles et garçons* demeure. Il semble même aujourd'hui un peu plus important : l'écart de taux garçons/filles était de 14,4 points en moyenne pour 1990-1992 ; il est de 16,5 points en moyenne pour les trois dernières années (2000-2002).
- Certaines provinces du pays restent très en deçà de la moyenne nationale. Il s'agit notamment de Bubanza, Kirundo, Karusi et Muyinga qui ont enregistré, par rapport à la période d'avant la crise, une chute avoisinant 30%. La question de la sécurité n'est pas seule en cause.
- La *rentabilité du système éducatif* reste très moyenne. Dans le primaire, les taux de promotion n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant la crise (63% en 2002) et les taux d'abandon descendent difficilement en dessous de la barre des 10% ;
- Malgré la création des collèges communaux (au moins deux par commune), dont on espérait qu'ils allaient permettre à la majorité des enfants terminant le cycle primaire d'accéder à l'enseignement secondaire, on estime à 30% seulement le *taux de passage entre les deux niveaux*⁷.
- Le *taux d'encadrement pédagogique*, comme les moyens, restent nettement insuffisants. Dans certaines provinces comme Karusi, Ruyigi et Muyinga, le rapport enseignant par classe reste encore inférieur à un et certaines classes restent sans titulaires.
- C'est encore dans les provinces où la scolarisation est faible que l'on remarque un écart plus élevé atteignant parfois les 20% ;
- La *qualification des enseignants* continue à poser des problèmes. En 2000, on estime que 82% des enseignants possédaient une qualification pédagogique appropriée tandis que 14,9% avaient une formation suffisante mais sans qualification pédagogique. Par ailleurs, le pourcentage d'enseignants non-qualifiés demeure beaucoup plus faible en milieu rural (77% contre 97% en milieu urbain), et ce plus particulièrement dans les provinces de Cibitoke, Kirundo, Karusi, Muyinga, Ruyigi, Ngozi et Cankuzo.

Tableau T11 - Principaux indicateurs du système éducatif burundais par année scolaire (%)

Indicateurs	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taux brut de scolarisation											
- enseignement primaire	67,8	68,0	44,7	53,2	42,0	43,8	52,7	62,5	64,9	66,8	71,1
- enseignement secondaire	6,4	6,6	6,0	6,3	7,4	7,5	8,6	8,7	9,5	10,0	10,4
- enseignement supérieur	0,99	1,07	1,01	1,12	1,05	0,96	1,00	1,13	1,33	1,32	1,18
Taux d'alphabétisation (15 ans et +)											
- Hommes	49,6	49,7	50,4	51,1	51,7	52,4	53,0	52,7	52,7	52,3	54,0
- Femmes	28,9	29,2	29,9	30,5	31,1	31,6	32,1	32,3	32,2	32,4	32,5
Pourcentage d'élèves de l'enseignement technique par rapport à l'enseignement général)	11,1	11,4	12,5	10,6	10,1	8,5	5,7	5,9	5,6	5,3	6,1
Taux d'encadrement (élèves/maitre)											
- enseignement primaire	65,2	62,8	45,1	53,2	46,1	45,1	47,9	55,2	55,7	49,5	49,7
- enseignement secondaire	29,6	28,6	24,9	23,7	24,1	21,7	25,6	39,6	48,2	19,0	25,1

Source : Base de données des indicateurs du DHD au Burundi

- L'accroissement rapide du réseau des écoles secondaires par l'implantation des collèges communaux s'est opéré uniquement en faveur de l'enseignement général. Ainsi, sur 399 écoles secondaires publiques et communales, seulement 31 écoles secondaires (8%) sont d'enseignement technique ou professionnel.

Le *financement du secteur de l'éducation* est assuré pour l'essentiel par l'Etat et les bailleurs de fonds et, dans une moindre mesure, par les collectivités locales, les confessions religieuses, les ONG locales et les parents d'élèves.

La part des *dépenses budgétaires (fonctionnement)* allouée à l'éducation tend à régresser : alors que ce pourcentage avoisinait 25% du budget national dans les années 80, il est retombé actuellement à environ 15%. Actuellement, l'enseignement de base représente 40% du budget ordinaire de l'éducation, contre 31% pour l'enseignement secondaire général, pédagogique, communal et technique et 29% pour l'enseignement

⁷ Cela représente toutefois un progrès appréciable par rapport à la situation préexistante avant l'instauration de ces collèges, où le taux n'était que de 10%.

supérieur. Les salaires du personnel absorbent à eux seuls de l'ordre de 95% des dépenses de fonctionnement de l'enseignement de base. Il reste dans ces conditions très peu de ressources à consacrer à l'achat de l'équipement et du matériel scolaires.

En ce qui concerne les *dépenses d'investissement de l'Etat*, le secteur de l'éducation ne compte en moyenne que pour à peine 14% du total. Plus grave : au sein de ceux-ci, la part des crédits d'investissements alloués à l'enseignement primaire est restée quasi-nulle ces dernières années (elle était avant la crise prise en charge quasi-exclusivement par l'aide extérieure) alors que l'enseignement supérieur a reçu une proportion croissante des ressources publiques.

L'*aide extérieure* au secteur de l'éducation s'est amenuisée, en raison du gel de nombreux programmes de coopération et du poids représenté par l'aide d'urgence depuis 1994. Alors que l'éducation bénéficiait en 1990 de 13,4% du total des aides, cette part est retombée à seulement 1,2% en 1998. Plus de 78% de l'aide à l'éducation de 1990 à 1998 était octroyée sous forme d'aide d'urgence tandis que seulement 21,8% finançait l'investissement. L'enseignement supérieur absorbait près de 44% de cette aide alors que l'enseignement de base n'en recevait que 1,3%.

Suite à la persistance de la crise et à l'augmentation de la pauvreté, les familles ont fortement diminué leur participation au fonctionnement des écoles. Le gouvernement a été obligé de voter un budget supplémentaire pour suppléer à l'insuffisance des financements locaux. Il a dû aussi supporter les frais de scolarisation des enfants indigents ou des orphelins.

2.4.2. L'alphabétisation

Les actions d'alphabétisation s'inscrivent aussi dans le cadre de la politique d'éducation pour tous. L'impact de celles-ci est difficile à mesurer en l'absence de données régulières précises⁸. Selon la dernière source disponible (**Enquête prioritaire de 1998-99**), la moitié des personnes âgées de 15 ans et plus ne sait ni lire ni écrire (51%). Les femmes sont les plus touchées par l'analphabétisme (68,6% contre 42,3% chez les hommes). Cette disparité est encore plus prononcée dans le milieu rural où les hommes sont pratiquement deux fois plus alphabétisés que les femmes (55,4% contre 28,8%). A Bujumbura par contre, la grande majorité des personnes sont alphabétisées (85,1%) avec un avantage certain mais moins important pour les hommes (90,5% contre 77,5% pour les femmes).

Aujourd'hui, il n'existe toujours pas de politique gouvernementale claire en matière de lutte contre l'analphabétisme des adultes et les ressources allouées par l'Etat au Service National d'Alphabétisation (chargé de concevoir, organiser et coordonner les actions d'alphabétisation) sont très faibles. Par exemple, pour 2001, le SNA n'était crédité dans la Loi des finances que d'un montant de 40,0 millions de FBu.

L'alphabétisation des adultes est de fait laissée en grande partie à l'initiative des volontaires (confessions religieuses, centres Yaga Mukama, ONG, ...).

2.5. La situation des femmes et des enfants

2.5.1. Les femmes burundaises : vulnérabilité et inégalités

La question du genre au Burundi se pose surtout en termes d'inégalité d'accès des femmes à l'instruction, de vulnérabilités spécifiques et d'une participation réduite des femmes à la vie publique :

- ▶ Les femmes burundaises (51,7% de la population) sont, on vient de le voir, les moins *alphabétisées* (32,2% contre 52,7% pour les hommes ; 2000).
- ▶ Les femmes ont moins *accès à l'éducation primaire et secondaire* : le taux brut de scolarisation des filles dans le primaire est distant de près de 20 points de celui des garçons (62,0% pour les filles contre 80,3% pour les garçons) et la décennie 90 témoigne plutôt d'une détérioration à cet égard. Avec la crise, le taux de scolarisation des filles dans le primaire est descendu sous la barre des 40% au cours des années 1996 et 1997.
- ▶ Pour l'enseignement secondaire, le rapport filles/garçons s'est nettement amélioré par rapport au début des années 90 où il n'arrivait pas à 0,5 pour atteindre un niveau de l'ordre de 0,8 à la fin de la décennie ; il a toutefois baissé depuis 2000 (0,71 en 2002). Le taux brut de scolarisation dans le secondaire est ainsi respectivement de 8,3% pour les filles et de 12,5% pour les garçons.

⁸ Les projections de l'ISTEEBU sont à cet égard à considérer avec prudence en particulier pour la période postérieure à 1993.

- La proportion de jeunes filles accédant à l'enseignement supérieur reste en dessous de 1%. Quant au rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur, il n'a pratiquement pas évolué depuis 1990 (autour de 0,40) et présente son niveau le plus bas en 2002 (0,36). Les jeunes filles sont orientées, au cours de leur scolarité, plutôt vers les filières sociales et à cycle court que dans les filières scientifiques ou à cycle long.
- Les femmes présentent une *mortalité maternelle* très élevée, faute, pour les femmes de disposer du temps et des moyens pour assurer une surveillance médicale adéquate de leur grossesse et de leur accouchement. La proportion des accouchements pratiqués par un personnel de santé dûment qualifié a été en moyenne de 10% sur la période 1993-1999. Une amélioration est observée cependant depuis trois ans (12% en 2000-2001, 18% en 2002). Rappelons que ce risque de mortalité maternelle se situe dans un contexte où l'indice synthétique de fécondité dépasse les 6 enfants par femme.
- Les femmes sont plus exposées que les hommes à l'infection du VIH/SIDA, particulièrement en cette période de guerre où la promiscuité des personnes regroupées et les violences commis sur des filles et des femmes ont augmenté les risques de transmission du VIH/SIDA à ces dernières. Ceci est confirmé par un taux de séroprévalence beaucoup plus élevé, tout du moins pour les zones urbaines et semi-urbaines où la séropositivité atteint, en moyenne, 13,3% des femmes contre 6,2% des hommes pour les 12 ans et plus.
- Sur le plan économique, les femmes résidant à Bujumbura sont inoccupées dans leur majorité : leur taux d'activité est de 43% contre 68% pour les hommes. Celles qui ont un emploi occupent généralement des postes subalternes et peu rémunérateurs. La difficulté de trouver un emploi pour les femmes est liée à un niveau de formation et de qualification globalement plus faible que chez les hommes. Les facteurs socio-culturels jouent ici également un rôle important. Selon la tradition burundaise, la femme burundaise dépend de son mari et est pénalisée dans la transmission du patrimoine (elle ne peut pas hériter de son père et ne peut que garder, pour ses enfants, les biens laissés par son mari).

- Pour les femmes résidant en milieu rural, le taux d'activité est sensiblement identique à celui des hommes (87% contre 90%). Elles assurent simultanément des tâches essentielles dans l'activité de production et de commercialisation agricole tout en prenant en charge l'essentiel des activités ménagères (recherche de l'eau et du bois de chauffage, préparation des repas, éducation et gardiennage des enfants, etc.).

Tableau T12 : Taux d'activité selon le lieu de résidence et le sexe

Lieu de résidence	Hom	Fem	Total
Bujumbura-Mairie	67,7	42,6	55,1
Reste du Pays	87,3	89,7	88,7
Ensemble	86,0	87,1	85,6

Source : ISTEEDU : Enquête prioritaire 1998-1999.

- L'Indicateur Sexospécifique de Développement Humain (ISDH) permet d'appréhender de manière synthétique la disparité entre les hommes et les femmes, en s'intéressant aux écarts de situation constatés dans les trois domaines considérés par l'IDH (espérance de vie, niveau d'instruction, revenu réel par habitant en PPA). Son évolution (cf. § 2.1.2) confirme une situation défavorable des femmes, à l'exception de

l'espérance de vie.

- La femme reste peu représentée dans les postes de décision, au parlement, au sénat et au gouvernement. Ainsi, l'indice de participation de la femme (IPF) montre une forte inégalité au détriment des femmes, même si la situation s'améliore quelque peu ces dernières années. Le niveau de l'IPF, après être descendu de 0,34 à 0,29 entre 1993 et 1996 est remonté à 0,42 en 2002. On note notamment une amélioration de la proportion de femmes au Parlement. Sur le plan politique, les femmes restent cependant fortement sous représentées dans les partis politiques. Néanmoins, la femme burundaise commence à prendre de l'initiative et à réclamer d'être prise en compte dans les décisions qui se prennent à l'échelon national, comme en témoignent l'exemple des négociations d'Arusha (cf. encadré E4).

Tableau T13 : Evolution de l'IPF au Burundi

Année	Parlement (%)		Cadres supérieurs et de direction (%)		Cadres techniques (%)		Revenu réel estimé du travail en PPA		IPF
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
1993	87,7	12,3	85,4	14,6	78,7	21,3	745	587	0,338
1996	93,4	6,6	84,5	15,5	76,5	23,5	523	413	0,287
1999	85,6	14,4	83,6	16,4	75,7	24,3	511	404	0,375
2002	80,4	19,6	83,1	16,9	75,2	24,8	498	396	0,424

Source: Base de données des indicateurs du DHD au Burundi, 2002.

2.5.2. Les enfants en situation difficile

La crise a eu un impact dramatique sur la situation des enfants et sur leurs conditions de vie. Outre les problèmes de malnutrition, de santé infanto-juvénile et de déscolarisation, des enfants ont été tués, d'autres blessés et d'autres encore ont été témoins d'actes de violences qui les ont psychologiquement affectés. De nombreux enfants sont par ailleurs condamnés à vivre seuls ou accompagnés de parents ou de familles tutrices, dans des sites de déplacés ou de réfugiés.

Selon l'Enquête Nationale d'Évaluation sur les Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme au Burundi (ENECEF) réalisée en 2000, moins de trois enfants âgés de 0-14 ans sur quatre (72%) vivaient avec leurs deux parents. 7% des enfants ne vivaient pas avec un parent biologique et 19% des enfants avaient un ou leurs deux parents décédés. La situation était particulièrement critique dans la région Ouest où seulement 67% des enfants vivaient avec les deux parents, 5% vivaient avec leur mère seulement et 9% ne vivaient avec aucun parent.

Tableau T14 - Evolution des effectifs d'orphelins pour quelques centres d'accueil

Centre d'accueil	1997	1999
Orphelinat SOS de Gitega	124	100
Orphelinat SOS de Bujumbura		185
Orphelinat SOS de Muyinga	53	66
Orphelinat de Bujumbura	175	200
Projet « Enfants Soleils »	57	63
Œuvre Humanitaire p/la Protection des enfants en Difficulté (OPDE)	300	368
Total	876	982

Source : Ministère de l'Action sociale et de la Promotion de la Femme.

Les enfants en situation particulièrement vulnérables sont les orphelins de guerre, les enfants séparés de leurs familles, les enfants soldats, les enfants déplacés ou rapatriés, les orphelins du Sida. Bien que leurs effectifs soient difficiles à estimer, on considère qu'ils sont plusieurs centaines de milliers en situation de vulnérabilité⁹. En 1999, on recensait plus de 2.700 enfants de la rue dans les sept agglomérations urbaines du Burundi (1.728 enfants de la rue non encadrés et 1.006 enfants de la rue encadrés). Ce phénomène a été amplifié par les «enfants sans adresse des collines» que l'on observe dans plusieurs parties

du pays. Selon le Projet AENA (Assistance aux Enfants Non Accompagnés), le nombre d'orphelins de la crise était estimé à 50.000 en 1999 et le nombre d'enfants déplacés ou rapatriés à environ 580.000.

Les initiatives de protection des enfants sont surtout développées par des centres d'accueil, des confessions religieuses et d'autres associations privées. Ces centres d'accueil organisent l'encadrement des enfants en difficulté comme les enfants de la rue et les orphelins du SIDA ou de guerre. Ce sont des enfants qui sont recueillis en bas âge et qui grandissent parfois dans ces centres d'accueil. En 1999, un décompte dans les principaux centres d'accueil du pays pour lesquels des informations avaient pu être recueillies (cf. **tableau T14**) conduisait à un chiffre d'à peine un millier de personnes pris en charge dans le cadre d'institutions¹⁰, témoignant d'un besoin criant de renforcer les capacités d'accueil pour les enfants nécessitant une protection particulière, même si l'on doit s'efforcer de privilégier les solutions d'accueil au sein de la famille ou de la communauté d'origine. Le tableau indique, par ailleurs, une évolution à la hausse des effectifs, qui, dans le contexte actuel, semble plus résulter d'une pression importante de la demande (augmentation du nombre d'orphelins liés à la guerre à l'expansion du SIDA) qu'à une extension de la capacité d'offre.

Pour tempérer ce tableau sombre, on notera les efforts particuliers réalisés ces dernières années en faveur du redressement de la couverture vaccinale des enfants avec des campagnes soutenues de vaccination des enfants contre la tuberculose, la poliomyélite, la rougeole et la diphtérie ainsi que la supplémentation en vitamine A. Selon l'ENECEF-2000, 84% d'enfant âgés de 12-23 mois ont reçu le vaccin BCG et la première dose de DTC a été donnée à 86% des enfants. Ce pourcentage baisse pour des doses suivantes de DTC, soit 82% pour la deuxième dose et 73% pour la troisième dose. De même, si 87% d'enfants âgés de moins de deux ans ont reçu le Polio 1, ce pourcentage baisse à 63% pour le Polio 3. Durant la période couverte par l'enquête, la couverture vaccinale contre la rougeole est restée inférieure à celle des autres vaccins car seulement 70% d'enfants de moins de deux ans sont vaccinés contre la rougeole et moins de la moitié des enfants (46%) ont pu avoir les 4 vaccins recommandés. Les enfants burundais commencent également à bénéficier de l'initiative de Gestion Intégrée des Maladies de l'Enfance. Malheureusement peu de mères connaissent les signes (diarrhéiques, infections respiratoires, malaria ou autres maladies) qui doivent inciter à conduire un enfant dans une structure sanitaire.

⁹ Les seuls orphelins du Sida étaient estimés par l'ONUSIDA à 237.000 enfants en 2001.

¹⁰ La liste exhaustive des nombreux intervenants dans la prise en charge des orphelins comme le décompte des effectifs d'enfants couverts ne sont pas disponibles.

2.6. L'accès à l'emploi

Les statistiques disponibles sur la population active occupée salariée montrent que les effectifs ont augmenté dans tous les secteurs mais suivant un taux de croissance annuel moyen (2,2%) nettement en deçà de celui de la population générale. On notera que, pour le secteur privé, la baisse des effectifs dans les entreprises privées du fait de la crise et de l'embargo (1996-1999) a été en partie compensée par la création importante d'emplois par les ONG humanitaires.

A priori, le secteur informel s'est accru au cours de la période et on estime qu'aujourd'hui le secteur informel et l'agriculture emploient environ 95% des actifs occupés, le secteur « moderne » restant très marginal avec 4,9%. Selon l'Enquête prioritaire de 1998-1999, le taux d'activité globale n'était que de 86,6%. Ceci traduit les difficultés du marché de l'emploi au Burundi à utiliser la totalité des ressources humaines disponibles.

Tableau T15 : Effectifs de la population salariée par secteur d'activité (en milliers)

Secteur	1990	1994	2000
Public	28,8	31,2	35,9
Para-public	22,1	24,0	27,4
Privé	27,6	29,9	34,0
Total	78,4	85,1	97,3

Source: Ministère du Travail et de la Formation

L'emploi a été clairement atteint par la crise : la morosité de l'activité économique et la limitation des recrutements à la Fonction Publique aux seuls secteurs de la santé, de l'éducation et de la justice ont fortement diminué le taux d'absorption de la main d'œuvre. Certes, le pays dispose d'atouts susceptibles d'être à terme valorisés (agrandissement du marché sur les pays voisins dans le cadre du COMESA, main d'œuvre à bon marché, richesses naturelles encore peu

ou pas exploitées telles que le nickel). Mais, pour l'instant, le développement de l'emploi reste entravé par plusieurs contraintes structurelles :

- la forte pression sur le marché de l'emploi exercée par un taux de croissance démographique élevé (environ 3%) ;
- l'étroitesse de ce marché et l'inadéquation entre les profils des demandeurs de travail et les besoins réels du pays ;
- la faible dynamique en faveur du développement des entreprises nationales (recours massif à l'importation pour la plupart des biens d'équipement, manque de confiance des investisseurs, limitation du crédit en faveur du secteur privé, productivité faible des secteurs agricole et informel, inflation galopante,...) ;
- la limitation de l'offre de travail dérivant des faiblesses du système éducatif (résistance à l'envoi des enfants à l'école, insuffisance d'infrastructures scolaires et d'enseignants, inadéquation du contenu des formations aux besoins,...) ;
- d'autres facteurs d'ordre socioculturel et sociopolitique.

2.7. La bonne gouvernance et la consolidation de la paix

La mauvaise gouvernance est clairement à la racine de la crise que traverse le pays depuis dix ans. Une relation critique existe ainsi entre le mode de gouvernance et les conflits cycliques qui ont caractérisé l'histoire du Burundi et qui ont fini par détruire le tissu social et créer une conscience aiguë de divisions identitaires. La crise de la gouvernance au Burundi se manifeste sous plusieurs formes.

Au niveau de *l'administration publique*, on constate diverses défaillances : absence de transparence dans la gestion, définition inadéquate des missions des services et des emplois, inadéquation des profils des agents aux postes occupés, faibles capacités des systèmes normatifs et de contrôle, capacité limitée d'adaptation (par exemple, dans l'adoption et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication), etc. Cette situation interdit une gestion efficace du secteur public dans ses différentes composantes (formulation et mise en oeuvre des politiques sectorielles, pilotage économique et gestion des finances publiques, fourniture de services publics de base,...).

Dans le *secteur judiciaire*, une crise de confiance générale s'est instaurée. Des actes de mauvaise gestion et de malversations sont régulièrement mis en évidence sans que le système judiciaire démontre une capacité à les punir et à les endiguer. La situation a été rendue critique en l'absence de toute mesure de réhabilitation et en raison des nombreuses prises de positions critiques émanant de différents groupes d'intérêts politiques à la faveur de la crise. Le secteur judiciaire est ainsi devenu un enjeu essentiel de la crise communautaire actuelle.

Par ailleurs, si la plupart des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et particulièrement la Convention relative aux droits de l'enfant, ont été ratifiés, les moyens de leur mise en œuvre ne suivent pas.

S'agissant du *développement participatif*, le gouvernement a opté en faveur de la décentralisation et d'une gestion du développement national associant étroitement les communautés de base, la société civile et le secteur privé. Toutefois, force est de reconnaître que les acteurs concernés (représentants du secteur privé, associations, syndicats professionnels, collectivités locales, etc.) commencent à peine à jouer leur rôle de contre-pouvoir. Par exemple, s'il existe aujourd'hui plusieurs centaines d'ONG locales (plus de 800 Associations Sans But Lucratifs-ASBL étaient recensées par le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique à la fin de 2001), très peu disposent de capacités soutenues d'intervention.

En ce qui concerne enfin les *institutions législatives et exécutives et les libertés publiques*, on constate que les nombreuses turbulences qui ont jalonné l'histoire du Burundi depuis son indépendance, n'ont pas permis de mettre en place des institutions viables et démocratiques. Le pluralisme politique n'a connu qu'une existence assez éphémère après l'indépendance (de 1958 jusqu'en 1966, année de l'instauration du monopartisme) et ne sera rétabli par la suite que pour à peine quelques mois (en 1992 et jusqu'en octobre 1993). Le retour à la démocratie s'effectue aujourd'hui de manière progressive. Fin 2002, il existait vingt partis politiques agréés. Les libertés publiques ont évolué en parallèle des changements de régimes et des crises politiques. S'agissant de l'information, une demi-douzaine de journaux privés paraissent régulièrement, plus de huit radios et studios privés émettent quotidiennement de même que des agences d'information diffusent leurs productions sur place et à travers le monde par courrier électronique et par des sites web.

Aujourd'hui, la bonne gouvernance au Burundi est conçue comme une approche globale qui s'articule autour des questions d'organisation démocratique de l'Etat, de renforcement des droits de l'homme et de l'appareil administratif aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé et enfin, de la planification et de la gestion de l'économie en privilégiant la transparence dans la gestion publique et le renforcement du secteur privé. En dépit d'un contexte de crise, on doit retenir l'adoption d'une série de mesures dans la période récente qui témoignent d'une volonté des pouvoirs publics de progresser vers une meilleure gouvernance démocratique, administrative et économique :

Concernant la mise en œuvre d'une approche globale visant à promouvoir la bonne gouvernance :

- la création par le gouvernement d'un département ministériel spécifique : le Ministère chargé de la Bonne Gouvernance et de la Privatisation ;
- l'inclusion du renforcement de la bonne gouvernance parmi les six programmes prioritaires soumis aux bailleurs de fonds lors des conférences sur le Burundi à Paris (décembre 2000) et à Genève (décembre 2001) ;
- l'inscription des objectifs de bonne gouvernance dans l'ensemble des plates-formes élaborées en vue de la reconstruction nationale (Accord d'Arusha, CSLP-I, Plan National de Reconstruction, Programme du Gouvernement de Transition, politiques sectorielles).

Concernant le renforcement du contrôle de la gestion publique :

- l'institution d'une Cour des Comptes ;
- la mise sur pied d'une Inspection d'Etat ;

Concernant le secteur judiciaire et la promotion des droits de l'homme :

- l'élaboration d'un nouveau Code de Procédure Pénale (CPP) qui est entré en vigueur depuis janvier 2000 ;
- la mise en place, à côté d'une législation conséquente dans ce domaine, d'institutions nationales chargées de promouvoir et de protéger les droits de l'homme : Ministère des Droits de la Personne Humaine, des Réformes Institutionnelles et des Relations avec le Parlement ; Centre de Promotion des Droits de l'Homme et de la Prévention du Génocide ; Commission Gouvernementale des Droits de l'Homme ;
- l'engagement d'une collaboration étroite sur le thème de la protection des droits de l'enfant, avec la cellule « Protection de l'Enfant » de l'UNICEF, l'Office du Haut Commissaire aux Droits de l'Homme afin d'assurer le plus possible la protection des droits de l'enfant dans tout le pays ;
- l'appui aux ligues nationales de droits de l'homme et diverses associations sans but lucratif qui s'occupent du respect, de la promotion et de la protection des droits de l'homme en général, et des droits de l'enfant, de la femme et des groupes défavorisés en particulier.

Concernant les libertés publiques :

- la promulgation d'une loi sur la liberté de la presse et la mise en place d'un Conseil National de la Communication (instance de régulation). Une révision de celle-ci dans un sens plus libéral est toutefois nécessaire et les journalistes et autres professionnels des médias se mobilisent pour réclamer une loi mieux adaptée ;
- la création d'un club de la presse (« Maison de la Presse »), destiné à servir de cadre de travail et de rencontre pour les journalistes des différents organes de presse et d'un « Centre de la presse ».

2.8. La préservation de l'environnement et la gestion des ressources naturelles

La préservation du potentiel de production et d'accroissement de la richesse et des biens concourant à l'amélioration du bien-être de la population doit nécessairement s'accompagner des actions de maintien de l'équilibre du milieu et de régénération de ce potentiel. Ce souci va de pair avec la volonté de satisfaire les besoins des générations actuelles sans pour autant hypothéquer les ressources des générations futures.

Aujourd'hui, les préoccupations liées à cette gestion globale et parcimonieuse des ressources naturelles et de l'environnement au Burundi révèlent bien l'existence de menaces écologiques et environnementales comme le déboisement excessif, lié à l'extension des terres cultivées et à une surconsommation du bois, ou encore l'exploitation non contrôlée des matières premières (tourbe, argile, mines et carrières). En matière d'environnement, le Burundi doit faire face aujourd'hui à trois problèmes majeurs :

- *la dégradation et l'épuisement des sols* : ceux-ci sont consécutifs à plusieurs causes dont la plus importante reste la forte croissance démographique qui implique une exploitation excessive des terres et une réduction des espaces naturels. Les autres facteurs sont liés à la topographie, au climat, à la nature même des sols, aux pratiques culturales, aux surpâturages, etc.
- *la dégradation des ressources sylvicoles* : elle s'observe à travers les destructions de la végétation, de la forêt naturelle et des boisements artificiels, elles mêmes impulsées principalement par la recherche de terres pour l'agriculture et l'exploitation des combustibles ligneux.
- *la dégradation des conditions d'hygiène pour les habitants* : celle-ci résulte de la destruction des infrastructures d'assainissement pendant la guerre.

La politique environnementale adoptée par le Gouvernement s'appuie sur plusieurs documents de planification (voir encadré E3) et s'est traduit par les principales actions suivantes :

- Les conventions de Nations Unies sur la Lutte contre la Désertification (LCD) et les Changements Climatiques ont été ratifiées en 1997 et le gouvernement s'est engagé à les mettre en œuvre.
- Un Code de l'Environnement, cadre légal de la SNEB, a été approuvé par le gouvernement et adopté en 1999 par l'Assemblée Nationale.
- Une Commission Nationale de l'Environnement a été mise en place (décret n°100/091 du 29/08/2001) avec pour rôle d'assister le ministère en charge de l'environnement dans la préparation et la mise en œuvre de la politique nationale environnementale.
- Un Centre d'Information Environnementale a été constitué en 2000 auprès du Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement (MINATE).
- Un système d'Information Géographique (SIG) a été conçu afin d'aboutir à long terme à un meilleur aménagement du territoire par l'élaboration de cartes d'érodabilité, d'aptitude de sols, de pentes et d'occupation de sols.
- Le Burundi assure la coordination régionale du Projet « Biodiversité du Lac Tanganyika » qui inclut aussi tous les pays riverains du Lac (Burundi, Tanzanie, Congo et Zambie). Il est aussi membre de la Conférence sur les Ecosystèmes Forestiers denses et Humides d'Afrique Centrale (CEFDHAC) ou Processus de Brazzaville.
- Des actions de protection des sols ont été entreprises. Elles ont concerné la mise en place d'un Programme National de Lutte Anti-Erosive, l'intensification agro-sylvo-pastorale, l'élaboration d'une carte d'occupation du sol, l'aménagement des bassins versants et la révision du Code Foncier en vue de renforcer la base légale sur l'utilisation durable des sols. Toutefois, la politique en matière de gestion des terres est récente et souffre encore de plusieurs lacunes dont l'occupation désordonnée des terres,

l'absence de clarification des droits sur les terres et la non application des législations des terres, des forêts et des réserves naturelles.

- Un inventaire des marais au niveau national et la classification de ces derniers en fonction de leurs caractéristiques pédologiques et hydrologiques ont été réalisés.

Encadré E5 - Politique environnementale du Burundi.

Une première Stratégie nationale de l'environnement au Burundi (SNEB) a été préparée en 1992-93 mais mise aussitôt en veilleuse en raison de la crise sociopolitique. La SNEB a été actualisée en 1997 et un Plan d'Action pour l'Environnement, outil de mise en œuvre de la SNEB, a été élaboré ainsi qu'un Plan Directeur de l'Eau (1998). De plus, un Plan Directeur d'Aménagement des Marais et une Politique Nationale de Gestion des Ressources en Eau seront bientôt adoptés par le Gouvernement.

Les objectifs de cette politique sont :

- la reconstitution du couvert végétal détruit et le développement du patrimoine forestier,
- le renforcement de la gestion du patrimoine existant,
- la promotion des techniques permettant l'économie du bois en vue de l'augmentation du revenu sur la transformation,
- la mise en place d'un programme de recherche,
- l'évaluation de la demande et des disponibilités en eau en vue de la maîtrise de la production de la ressource « eau »,
- l'évaluation des risques de pollution de l'eau,
- l'évaluation de la qualité de l'air au Burundi et l'inventaire de ses formes de pollution,
- le rétablissement et le maintien de l'équilibre écologique,
- la sauvegarde du patrimoine génétique et de la biodiversité,
- la lutte contre les différentes formes de pollution et la contribution à l'augmentation durable de la production.

Source : Politique sectorielle du Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Environnement et du Tourisme.

- En ce qui concerne la conservation des forêts, la lutte contre le déboisement et la désertification, les orientations gouvernementales concernent notamment : (i) l'établissement des programmes d'extension du patrimoine forestier à travers le développement de l'agroforesterie, la promotion des boisements privés et la protection des crêtes dénudées, (ii) le maintien de la couverture végétale du pays à hauteur de 20% du territoire national, (iii) la vulgarisation du Code forestier, (iv) l'implication des populations dans la gestion des boisements domaniaux et dans la lutte contre les feux de brousse, (v) le lancement des campagnes de lutte contre la désertification afin de sensibiliser la grand public à ce grave problème et (vi) l'élaboration (en cours) du Plan d'Action National de lutte contre la désertification. Le MINATE a engagé une politique forestière visant le développement des ressources forestières grâce au reboisement et à la régénération des forêts, la maîtrise des facteurs de dégradation et la structuration de la filière bois.
- S'agissant de la gestion et de la protection des ressources en eau, les objectifs préconisés par la politique en cours sont: (i) l'évaluation des disponibilités, (ii) l'évaluation de la demande et

des risques de pollution, (iii) la maîtrise de l'eau en vue d'augmenter la production et, (iv) un meilleur partage des eaux du Bassin du Nil.

- Concernant l'air, les objectifs et les actions en cours portent sur l'évaluation de la qualité de l'air au Burundi et l'inventaire de toutes les formes de pollution de l'air et leurs effets sur les êtres vivants.

De manière générale, la réalisation de ces objectifs se heurte au manque de ressources financières, à la forte spéculation exercée sur des terres exiguës, au manque d'harmonisation des interventions, aux lacunes dans la planification, à l'insuffisance des données et à l'absence des réglementations exigées ainsi qu'au manque d'équipement et à l'insuffisance des capacités institutionnelles du ministère en charge de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

Chapitre 3 : AMPLEUR ET EVOLUTION DU VIH/SIDA AU BURUNDI

Plus de vingt ans après son apparition au Burundi, le SIDA continue sa progression, attisée par les conflits armés et leurs effets sur les populations : déplacements de population, destructions d'infrastructures, détérioration de la situation économique et sociale.

Après un rappel sommaire sur la situation dans le monde en général et sur le continent africain en particulier, ce chapitre présentera les données disponibles à ce jour sur l'importance du VIH/SIDA au Burundi. Les principaux indicateurs pour mesurer l'ampleur de l'épidémie sont la séroprévalence du VIH dans la population, la séro-incidence annuelle, le nombre de patients au stade sida, la mortalité et la morbidité liées au VIH. Le rapport analysera les trois sources principales d'information existant actuellement, à savoir les deux enquêtes nationales de 1989/90 et de 2002 ainsi que les données collectées au niveau des « sites sentinelles » (consultations prénatales), et indiquera leurs limites.

3.1. Situation épidémiologique mondiale du VIH/Sida

3.1.1. La situation épidémiologique du VIH/Sida dans le monde

Déclarée au début des années 80, l'épidémie du VIH est devenue, en l'espace d'une vingtaine d'années, une des pandémies les plus graves et les plus meurtrières dans le monde. Selon les dernières estimations fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, on compterait, à la fin 2003, 40 millions de *personnes infectées par le VIH* dont 37 millions d'adultes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans (cf. encadré E6). Les femmes représentent 48% des sujets infectés.

Le nombre de *nouvelles infections* est évalué à 5 millions (4 millions d'adultes, dont 1 million de femmes, et 800.000 enfants).

En 2003, le *taux de prévalence globale* du VIH chez les adultes - mesuré par la proportion des personnes âgées de 15 à 49 ans vivant avec le VIH/SIDA - est estimé à 1,1%.

Quant à la *mortalité liée au SIDA*, les chiffres de l'ONUSIDA/OMS indiquent que l'épidémie du VIH/SIDA a tué plus de 3 millions de personnes en 2003. Le SIDA est devenu désormais la deuxième cause de mortalité infectieuse dans le monde, après la tuberculose (4 millions). Le *nombre cumulé de décès* depuis le début de l'épidémie est évalué à 22 millions.

3.1.2. La situation épidémiologique du VIH/Sida en Afrique sub-saharienne

L'Afrique sub-saharienne est de très loin la région la plus touchée par l'épidémie de VIH/SIDA. En 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région a été estimé à 26,6 millions, dont 3,2 millions ayant contracté l'infection au cours de l'année écoulée.

Sur les cinq millions de nouvelles infections au VIH apparues l'année dernière dans la population adulte, entre 3,0 et 3,4 millions seraient survenus en Afrique sub-saharienne qui regroupe pratiquement sept séropositifs sur dix. Le SIDA y aurait tué près de 2,3 millions de personnes en 2003. Toujours selon les derniers chiffres de l'ONUSIDA et de l'OMS, le taux de prévalence globale du VIH chez les adultes en Afrique sub-saharienne se situerait dans une fourchette de 7,5% à 8,5%, soit un taux huit fois supérieur à la moyenne mondiale.

Encadré E6 – Des données actualisées plus fiables qui confirment la gravité de la situation

Les dernières estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS publiées à la fin 2003 (« Le point sur l'épidémie de SIDA », Décembre 2003) conduisent à des chiffres un peu moins élevés que ceux parus en 2002. Ceci est en fait le résultat de l'application d'outils et de méthodes améliorées. Des efforts importants ont ainsi été conduits en 2003, sur la base d'une collaboration entre le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS, le Futures Group, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, Family Health International et le Center Est-West, afin de développer les capacités de modélisation et d'estimation dans 130 pays.

Les estimations nationales de la prévalence du VIH dans les pays subissant une épidémie généralisée sont réalisées en partant des données produites par un certain nombre de « sites sentinelles » (dispensaires) qui sont en mesure de fournir diverses informations sur les femmes enceintes à l'occasion des consultations prénatales. L'ONUSIDA et l'OMS ont mis au point une *méthode en six étapes* afin d'estimer la prévalence du VIH chez les hommes comme chez les femmes. « Cette méthode part de l'hypothèse selon laquelle la prévalence du VIH chez les femmes enceintes offre une bonne approximation des tendances de la prévalence au sein de la population adulte (15-49 ans). Les études menées au niveau sous-national dans un certain nombre de pays africains [en particulier en Zambie en 2001] ont prouvé la véracité de cette hypothèse (en comparant directement la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales à celle établie au sein de la population adulte dans la même communauté) » (*Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2003*). On reviendra plus loin sur cette question.

Les données révisées qui ont été présentées fin 2003 évoquent une surestimation des chiffres publiés en 2002 mais elles ne remettent pas en cause l'augmentation régulière du nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que du nombre de décès dus au SIDA. Les données sont présentées en précisant la fourchette entourant chaque estimation.

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	40 millions	34 – 46 millions
	Adultes	37 millions	31 – 43 millions
	Enfants < 15 ans	2,5 millions	2,1 – 2,9 millions
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2003	Total	5 millions	4,2 – 5,8 millions
	Adultes	4,2 millions	3,6 – 4,8 millions
	Enfants < 15 ans	700.000	590.000 – 810.000
Décès dus au SIDA en 2003	Total	3 millions	2,5 – 3,5 millions
	Adultes	2,5 millions	2,1 – 2,9 millions
	Enfants < 15 ans	500.000	420.000 – 580.000
Prévalence chez l'adulte (15-49 ans)	Total	1,1 %	0,9 – 1,3%

Source : le point sur l'épidémie de Sida, Décembre 2003

Globalement, en l'espace de quatre ans (1999-2003), le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/SIDA est passé d'environ 33 millions à 40 millions et le nombre de décès annuels dus au SIDA de 2,1 millions à 3,0 millions. L'Afrique sub-saharienne est de loin la région la plus touchée. Toutefois, des épidémies plus récentes continuent de s'aggraver – en Chine, en Indonésie en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Vietnam, dans plusieurs républiques d'Asie centrale, dans les Etats baltes et en Afrique du Nord.

Fait positif, le rapport ONUSIDA/OMS constate qu'à l'échelle mondiale, la riposte au SIDA s'achemine vers une nouvelle phase. L'engagement politique s'est intensifié, la mobilisation communautaire devient plus dynamique, les fonds augmentent, les programmes de traitement naissent à la vitesse supérieure et les efforts de prévention s'élarissent.

Les femmes représentent 48% des sujets infectés à travers le monde mais 55% en Afrique subsaharienne. Cette surreprésentation féminine parmi les personnes séropositives est particulièrement marquée pour les tranches d'âges les plus jeunes (15-24 ans) comme l'attestent plusieurs enquêtes nationales récentes : elles sont deux fois et demie plus susceptibles d'être infectées que les hommes de la même tranche d'âge. Plusieurs facteurs l'expliqueraient. D'abord, sur un plan biologique, la transmission du VIH s'opérerait de manière générale plus facilement de l'homme à la femme que l'inverse. Une autre raison serait la plus grande précocité des rapports sexuels chez les femmes, avec des partenaires souvent plus âgés qu'elles. Enfin, la grande vulnérabilité économique et sociale de la femme, surtout des veuves et divorcées, les expose beaucoup plus aux facteurs de risque de VIH.

La situation au sein du continent varie en fait considérablement d'un pays à l'autre. Dans plusieurs pays, en particulier, dans le Sahel, les taux de prévalence du VIH chez l'adulte sont restés assez bas : ils ne dépassent pas 2% au Mali et sont de 1% ou moins encore en Gambie, en Mauritanie ou au Niger.

A l'inverse, le taux de prévalence a atteint presque 40% au Botswana et au Swaziland. L'Afrique australe – qui est par ailleurs la sous-région la plus urbanisée du continent – apparaît particulièrement touchée : dans la plupart des pays de cette zone, plus d'une femme enceinte sur cinq est infectée par le VIH. Alors qu'elle ne représente même pas 2% de la population mondiale, l'Afrique australe regroupe à elle seule environ 30% du total des personnes vivant avec le VIH/SIDA de par le monde.

Ces dernières années, on a pu noter une certaine stabilisation des nouvelles infections en Afrique (4 millions en 1999, 4 millions en 2001, entre 3 et 3,4 millions en 2003). Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation d'un tel phénomène.

Dans certains pays (Ouganda, Rwanda, Burkina Faso,...), la stabilisation voire la diminution de la séroprévalence est le fruit de politiques nationales volontaristes et d'un effort particulier de mobilisation de ressources pour lutter contre le VIH/SIDA. De ce point de vue, l'Ouganda constitue un exemple de ce volontarisme et des résultats qui peuvent être obtenus par des programmes efficaces de lutte contre le VIH/SIDA : la prévalence du VIH continue aujourd'hui à baisser en Ouganda où elle est tombée en 2002 à 8% à Kampala alors que dix ans auparavant des dispensaires de la capitale enregistraient des taux de l'ordre de 30%.

Un autre exemple est celui du Sénégal qui a, dès le début de l'épidémie, investi massivement dans les programmes de prévention et de sensibilisation. Cette mobilisation a permis de contenir depuis 1990 le taux de prévalence du VIH à un niveau d'environ 1%.

En revanche, selon l'ONUSIDA, il n'existe guère de preuves d'un retournement de tendance en ce qui concerne l'Afrique australe. Les données relatives aux consultations prénatales des femmes enceintes dans plusieurs pays ne permettent pas de conclure à un véritable fléchissement. Dans certains cas (Zimbabwe), la baisse de la prévalence ressort d'enquêtes récentes dont les données apparaissent a posteriori entachés de biais statistiques importants (irrégularités au niveau du dépistage, données démographiques erronées,...).

3.2. La séroprévalence au Burundi

La progression de l'infection par le VIH au Burundi a été très rapide et s'est faite de manière décalée entre la zone urbaine et la zone rurale. Les premiers cas de Sida ont été signalés en 1983 ; il s'agissait de patients atteints d'immunodépression majeure, en l'occurrence de méningite à cryptocoque et de cancers (sarcome de Kaposi). Cependant, les premières années de l'épidémie n'ont pas fait objet d'une attention particulière de la part de l'autorité de l'époque. L'évolution jusqu'à la mise au point et à l'utilisation généralisée de la sérologie est difficile à apprécier. En fait, la prise en compte de l'épidémie n'est intervenue qu'à partir de 1986 avec la création d'un projet MST/SIDA, devenu en 1988 Programme national de lutte contre le VIH/Sida/MST (cf. chapitre V). La mise à disposition de la sérologie VIH et son introduction dans le contrôle des dons de sang réalisés en centres de transfusion sanguine sont intervenues en 1987. Le dépistage des sujets infectés par le VIH a été alors rendu possible.

Le Burundi figure parmi les pays fortement affectés par le VIH/SIDA. Suivant les données de 2002 de 2000, son taux de prévalence estimé 5,6% (11,2%) le classait 16^{ème} rang des pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par l'épidémie¹¹. Même si ces chiffres ont été, depuis lors, revus à la baisse, Les différentes régions du pays sont diversement atteintes. Les zones urbaines et semi-urbaines sont les plus touchées par rapport à la zone rurale. Cependant c'est dans cette dernière zone que le taux de prévalence progresse de manière inquiétante ces dernières années (cf. infra).

La difficulté provient du fait que Les données sur la séroprévalence au Burundi restent, à l'heure actuelle, très insuffisantes (cf. encadré E7). Pour apprécier son l'ampleur du VIH au Burundi et son évolution, on dispose (i) des résultats de deux enquêtes nationales réalisées respectivement en 1989 et 2002, (ii) des données dites de surveillance biologique collectées auprès des femmes enceintes à l'occasion des consultations prénatales (cf. encadré E7).

3.2.1. Les résultats des enquêtes nationales de séroprévalence

a) L'enquête nationale de séroprévalence de 1989/90

Cette enquête a été la première étude qui a permis d'évaluer l'importance de l'infection par le VIH. Il est à noter qu'elle a été réalisée sur une base différenciée entre les zones (urbaine, semi-urbaine et rurale) pour ce qui concerne les tranches d'âge enquêtées.

L'enquête de 1989 a conclu à une séroprévalence globale limitée dans la mesure où les zones rurales, qui représentent l'essentiel de la population, ont présenté un taux de prévalence de 0,7% 1%. Elle a par contre permis de confirmer l'importance du VIH/SIDA en zones urbaine et semi-urbaine où le taux de

¹¹ WHO, HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002

séroprévalence avait atteint respectivement un niveau de 15,17% et 14,7% 11% parmi la tranche d'âge des 15-44 ans.

Dans les *milieux urbain (Bujumbura) et semi-urbain (autres centres)*, l'analyse par tranche d'âge et par sexe montrait ce qui suit :

- En zone urbaine, la séroprévalence chez la femme atteignait des niveaux élevés parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans, attestant d'une contamination précoce avec un maximum de séroprévalence (25%) entre 25 et 34 ans, âge où les femmes sont sexuellement les plus actives. Entre 25 et 44 ans, la séroprévalence était, dans tous les cas, supérieure à 20% *chiffre à vérifier*. Ce constat traduisait alors un double risque : d'abord, celui d'une amplification potentielle de la transmission du VIH dans la communauté ; ensuite celui d'une contamination importante des enfants par la mère. Sur ce dernier point, l'enquête a attesté d'une séroprévalence élevée (supérieure à 3%) pour les enfants de moins de 4 ans, confirmant l'importance de la séroprévalence chez les femmes enceintes et de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La prévalence moins élevée (inférieure à 1%) observée parmi les enfants de 5 à 14 ans peut s'expliquer en partie par le fait que l'épidémie à l'époque de l'enquête était récente et qu'au début des années 80, la séroprévalence chez la femme enceinte était encore plus faible. Cela s'explique également par la mortalité élevée des enfants atteints par le VIH : plus de 80% des enfants VIH positifs décèdent avant l'âge de 5 ans en l'absence d'une prise en charge adaptée.
- La séroprévalence était globalement nettement moins élevée pour les hommes : 4% pour les 15-24 ans, de 15% entre 25-34 ans, de 12% entre 35-44 ans et de 13% au-delà de 45 ans. Cette séroprévalence nettement supérieure chez la femme par rapport à l'homme est a priori liée à sa grande vulnérabilité par rapport aux relations sexuelles et, à une plus grande réceptivité du VIH pour des raisons anatomiques¹² et par rapport à sa grande vulnérabilité économique et sociale.
- L'enquête a également mis en évidence des séroprévalences décalées chez la femme et chez l'homme. L'une des explications est une contamination précoce des jeunes filles par des hommes plus âgés, les jeunes filles contaminant ensuite, à leur tour, les jeunes hommes lors des relations sexuelles. Quant à la baisse de la séroprévalence chez les personnes de plus de 45 ans, elle s'expliquerait autant par le faible risque de contamination à ces âges que par l'importance de la mortalité des patients atteints dans les 10 ans qui suivent la contamination. Or, cette dernière se fait à un âge plus précoce comme le montre les taux de séroprévalences par tranche d'âge.
- En zone semi-urbaine, l'enquête de 1989 a constaté les mêmes tendances qu'en zone urbaine tant pour les niveaux généraux d'exposition que pour les écarts de situation entre les sexes et les tranches d'âge.

Pour les *zones rurales*, l'enquête indique qu'à l'intérieur d'une séroprévalence globalement faible (moins de 1%), celle-ci apparaît toutefois plus importante chez la femme que chez l'homme. Les facteurs déjà mentionnés pour le milieu urbain sont probablement applicables aux zones rurales.

¹² Mastro TD, De Vicenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *Acquir Immun Defic Sindr* 1996,10:S75-S82

Encadré E7 - Les sources de données sur le VIH/SIDA au Burundi

1) Enquête nationale 1989/90

Cette enquête a été la première qui a permis d'évaluer la séroprévalence l'incidence du VIH au Burundi. Elle a été réalisée dans la population générale (i) en zone rurale, sans distinction d'âge, (ii) en zone semi-urbaine, dans la tranche d'âge de 15-44 ans, (iii) et en zone urbaine, par tranches de 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44 et 45 ans et plus. L'enquête a servi de référence jusqu'en 2002. Elle a été conduite de façon rigoureuse. Toutefois, malgré une stratification identique (les trois milieux urbain, semi-urbain et rural), la représentativité de la population par tranche d'âge n'a pas été assurée. En outre, cette différence des populations retenues respectivement pour les trois zones ne favorise pas la comparaison des données d'un milieu à l'autre ni celle à l'égard des enquêtes ultérieures.

2) Enquête nationale de séroprévalence 2002

Financée par la Banque Mondiale, cette enquête a été réalisée par le CEFORMI sous la double tutelle du Ministère de la Santé Publique et du Ministère à la Présidence Chargé de la Lutte contre le SIDA. Les résultats ont été publiés en décembre 2002. L'étude a été effectuée sur un échantillon de 5.569 personnes des milieux urbain, semi-urbain et rural. L'utilisation de l'échantillonnage par grappe a permis d'éviter d'une part la représentation excessive des individus partageant le même ménage, d'autre part la variabilité de séroprévalence chez les individus de même âge vivant dans un même ménage. L'enquête a porté sur les personnes âgées de 12 ans et plus. La tranche la plus jeune (12-14 ans) a été prise en compte au vu de la précocité des rapports sexuels mise en évidence par l'enquête socio-comportementale de 2000. Les résultats obtenus peuvent être considérés comme un reflet de la prévalence de la population burundaise. Le taux de non réponse était faible (0,7%). Toutefois, plusieurs réserves ont été faites : Cependant : L'inclusion dans l'étude des personnes dès l'âge de 12 ans ainsi que la surreprésentation de la tranche des 12-24 ans ont probablement contribué à abaisser le taux de prévalence globale, comme le reconnaît d'ailleurs le rapport d'enquête. Par ailleurs, les phénomènes de surreprésentation *in fine* conduisent à s'interroger sur les méthodes de redressement des données brutes qui ont été employées. Pour des raisons sécuritaires, l'enquête a exclu d'emblée deux provinces du pays (Makamba et Rutana) et la méthodologie ne permet pas de présenter les résultats province par province (l'échantillon a été construit pour assurer une représentativité sur les seules variables du sexe et des tranches d'âge).

- Un bais, considéré comme important par certains, a été introduit du fait d'un nombre significatif de refus de réponses (que l'on suppose plus important chez les ménages « à risque »). Le rapport d'enquête ne donne d'ailleurs sur ce point aucune précision.

3) Les données de « surveillance sentinelle » (Bulletins Epidémiologiques de Surveillance du VIH/SIDA/MST)

Le bulletin épidémiologique présente les données des enquêtes sérologiques menées chez les femmes enceintes en CPN (consultations prénatales) auprès des « sites sentinelles », des données de surveillance de routine des cas de SIDA, des infections sexuellement transmissibles notifiées au niveau des structures sanitaires du pays. Il présente également les données de séroprévalence du VIH/IST dans d'autres groupes cibles : donneurs de sang, personnes bénéficiant d'un dépistage volontaire du VIH, personnes suivies dans le cas de tuberculoses. Les données sont fournies à partir de sept sites de surveillance sentinelle répartis dans 7 provinces. Un site concerne le milieu urbain : le Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi-CMCB. Trois sites portent sur le milieu semi-urbain : ils sont localisés dans les trois centres secondaires de Gitega, Rumonge et de Kayanza. Trois sites concernent enfin le milieu rural : Muramvya, Ijenda et Kiremba. Ces données sont considérées comme reflétant la tendance de l'évolution de la séroprévalence du VIH dans la population générale du pays par beaucoup comme les plus fiables. Elles présentent en fait plusieurs avantages majeurs. En premier lieu, Elles sont peu coûteuses, elles permettent de suivre une population très exposée et d'informer en outre sur les risques de transmission potentielle du VIH de la mère à l'enfant. Elles ont surtout comme atout principal d'être collectées de manière régulière et d'offrir ainsi la possibilité de construire des séries annuelles et de mettre en évidence des tendances quant à la séroprévalence des femmes d'âge sexuellement actif. Elles ont cependant quelques faiblesses : elles sont le reflet de la séroprévalence des femmes en âge de procréer et non de la population générale. Elles surestiment cette dernière. De plus, la prévalence chez la femme est également plus élevée que chez l'homme. Toutefois, on peut leur reprocher certaines faiblesses :

- Les sites ne concernent que 7 provinces sur les 17 que compte le pays.
- Si elles sont en général fiables, on a pu constater certains biais ; ainsi, en 1995, on a enregistré une séroprévalence particulièrement élevée atteignant, par exemple, 39% à Kayanza, alors que celle-ci résultait en fait de l'utilisation d'un réactif très sensible cette année-là.
- Le principal problème auquel on se heurte avec la surveillance biologique est celui de la représentativité des sous-populations utilisées. Quelle que soit la cible choisie (donneurs de sang, femmes en consultations prénatales,...), les données recueillies sont sujettes à différents biais, en particulier le biais de sélection. Ainsi, les femmes consultant auprès de sites sentinelles ne représentent qu'une fraction des femmes enceintes.

4) Les données de l'ONUSIDA

Elles ne constituent pas une source primaire d'information puisque les chiffres présentés dans le rapport mondial les rapports mondiaux de l'ONUSIDA et de l'OMS de l'ONUSIDA sont établis sur la base des données collectées au niveau nationale à l'occasion des consultations prénatales dans les sites de surveillance sentinelle et d'enquêtes nationales. De la qualité des données nationales dépend la fiabilité des estimations qui peuvent être fournies par l'OMS ou l'ONUSIDA. L'ONUSIDA a préconisé de subdiviser les sites de surveillance en fonction du degré d'urbanisation des lieux. Toutefois, dans le modèle ONUSIDA, le « semi-urbain » n'existe pas. Autrement dit, sur les sept sites sentinelles du pays, six sont considérés comme « rural » alors que l'on sait par ailleurs que la séroprévalence au Burundi est très proche entre les zones urbaines et les zones semi-urbaines. Le taux de séroprévalence de l'ONUSIDA tend donc à sur-représenter l'urbain pour un pays où 90% de la population réside en zones rurales. Le modèle utilisé tend donc à surestimer la séroprévalence globale. En outre, certains contestent l'hypothèse défendue par l'ONUSIDA selon laquelle la prévalence du VIH chez les femmes enceintes offre une bonne approximation de la prévalence au sein de la population adulte. Cette contestation se base sur deux arguments : (i) les femmes sont plus vulnérables que les hommes et présentent des taux de séroprévalence nettement plus élevés ; (ii) la prévalence de la tranche 15-49 ans est beaucoup plus importante que celle observée pour les tranches supérieures.

5) Etudes comportementales

Une première enquête socio-comportementale a été réalisée en 1992. Une *Etude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents en santé reproductive* a été ensuite effectuée par le Cridis avec un financement du FNUAP et publiée en 1998. Enfin, une *Enquête socio comportementale sur l'infection par le VIH/SIDA au Burundi*, réalisée par le CEFORMI avec un financement de la Banque Mondiale, a été mise en œuvre en 2000. Elle a permis de préciser les représentations que les populations élaborent à propos des risques de contamination ainsi que les conduites et pratiques développées en matière de prévention. Le rapport a été publié par le MSP en juillet 2001. Il est à noter qu'une nouvelle enquête de surveillance comportementale doit démarrer au cours du 1^{er} trimestre 2004. Financée par Family Health International (FHI), cette enquête est ciblée sur les jeunes de 15-24 ans, les corps en uniforme, les prostituées, les sites de déplacés et les prisonniers.

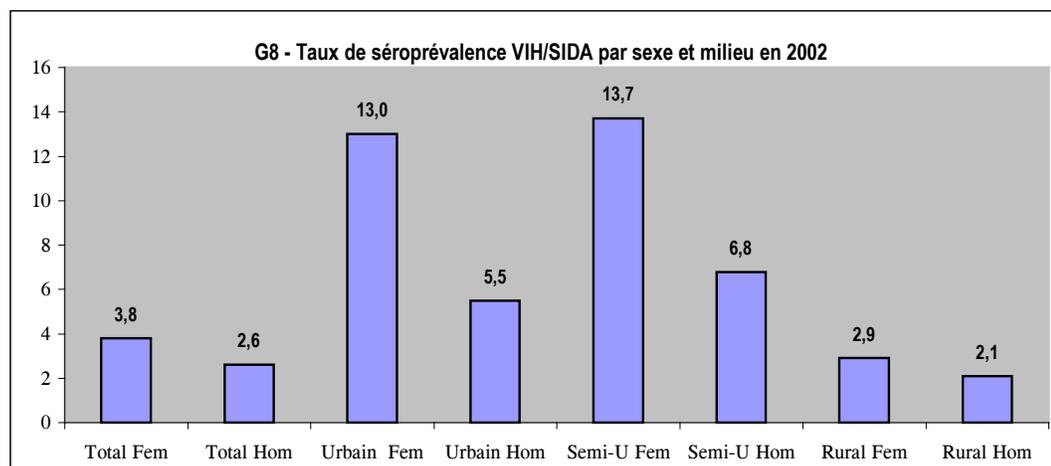
6) Etudes d'impact du VIH/SIDA

Deux études ont été réalisées respectivement en 1996 et en 2000 : une *Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA au Burundi* (Ministère de la Santé Publique, novembre 1996) et une *Evaluation de l'impact démographique du VIH/SIDA au Burundi* (FNUAP, août 2000). Une troisième *étude d'impact du VIH/SIDA*, portant à la fois sur les effets démographiques, macro-économiques et sociaux de la pandémie, est actuellement en voie de finalisation (publication du rapport définitif attendue pour le 1^{er} trimestre 2004). Il faut reconnaître que les travaux conduits jusqu'ici sont restés d'une portée limitée, présentant des insuffisances aussi bien au niveau des calculs d'impact que de leurs conclusions/recommandations en termes opérationnels.

b) L'enquête nationale de séroprévalence de 2002

Compte tenu du contexte de crise qui a prévalu depuis 1993, ce n'est qu'en 2002 – soit treize ans après la première enquête - qu'il a été possible de réaliser une seconde enquête nationale sur la prévalence du VIH/SIDA. L'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de l'ordre de 5.569 personnes, l'enquête fait l'objet de certaines réserves (cf. encadré E7). Elle constitue quoiqu'il en soit la seule source d'information statistique depuis 1989 sur la prévalence de la population adulte dans son ensemble. L'enquête de 2002 conclut à un taux de prévalence globale de 3,2% pour l'ensemble de la population enquêtée (12 ans et plus).

Ce taux, qui est certes plus élevé si l'on exclut les tranches les plus jeunes (le taux de prévalence atteignant 3,6% pour les 15 ans et plus, 3,9% pour les 18 ans et plus et 4,0% pour la population de 15-49 ans, peut



apparaître a priori en retrait par rapport aux estimations qui ont pu être fournies au début de l'actuelle décennie en partant de projections de l'enquête de 1989 et des données intermédiaires obtenues au niveau des sites sentinelles. Le niveau de séroprévalence est également légèrement nettement inférieur aux estimations présentées par l'OMS l'ONUSIDA dans son dernier rapport sur la surveillance épidémiologique dans la région africaine. (*Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA – 2002*), qui mentionne un taux de prévalence du VIH pour le Burundi de 5,6% 8,3%.

Tableau T16 - Séroprévalences du VIH /SIDA comparées dans la population des 15-44 ans (enquêtes de 1989/90 et de 2002)

Enquête Nationale	Milieu		
	Urbain	Semi-urbain	Rural
1989-90	11,3%	14,7%	0,7%
2002	9,5%	11%	2,98%

Les données de l'enquête de 1989-1990 concerne la population générale en zone urbaine et la tranche de 15-44 ans en zone semi-urbaine et rurale alors que celle de 2002 concerne la population de 12 ans et plus

Cette enquête confrontée à la première enquête nationale met en évidence les éléments suivants :

- La *séroprévalence globale* est élevée au Burundi, surtout si l'on s'intéresse à la population adulte et, parmi celle-ci, aux personnes appartenant aux tranches d'âge sexuellement actives.
- Bien qu'elle reste quatre fois moins élevée qu'en milieu urbain, la séroprévalence *en milieu rural* accuse une *augmentation significative*, passant de 0,7% au début des années 90 à 2,5% en 2002.
- On observerait une *tendance à la stabilisation, voire à la baisse, en milieux urbain et semi-urbain* : la prévalence du VIH y est passée respectivement de 11,3% et 14,7% en 1990 à 9,4% et 10,5% en 2002. Sur longue période et sur la base des sources disponibles, on considère que la séroprévalence estimée en zone urbaine est passée de moins de 1% en 1983 à moins de 6% en 1986 pour atteindre 11% en 1989 et retrouver un niveau sensiblement comparable en 2002.
- L'enquête confirme une *séroprévalence nettement supérieure chez les femmes*. La prévalence est plus du double pour celles-ci par rapport aux hommes dans les zones urbaines (13,0% contre 5,5%) et semi-urbaines (13,7% contre 6,8%). En revanche, les écarts de prévalence entre les deux sexes pour les zones rurales ne seraient pas statistiquement significatifs.

Tableau T17 - Séroprévalences du VIH /SIDA par tranches d'âge et par zones (%)

Tranches d'âge	Urbain	Semi-urbain	Rural
12-14	1,5	4,2	0,0
15-24	4,0	6,6	2,2
25-34	12,6	15,9	3,3
35-44	16,1	13,8	4,0
45-54	12,5	14,1	2,4
55 et +	11,9	6,7	2,2
Total	9,4	10,5	2,5

- L'enquête indique une *variation forte de la séroprévalence en fonction de l'âge*. Celle-ci est faible entre 12 et 14 ans : respectivement 1,5%, 4,2% et 0,0% en zones urbaine, semi-urbaine et rurale. La séroprévalence s'accroît dès la tranche de 15-24 ans (resp. 4,0%, 6,6% et 2,2%). Elle est maximale dans la tranche d'âge des 25-34 ans en zone semi-urbaine (15,9%) et dans la tranche des 35-44 ans pour les zones urbaine (16,1%) et rurale (4,0%). Elle décroît pour les tranches d'âge supérieures.
- L'enquête atteste de la *précocité de la séropositivité* avec toutefois des parcours différents en fonction du sexe et de la zone de résidence. Dans les zones urbaines et semi-urbaines, la séroprévalence commence à augmenter dès l'âge de 16 ans pour les jeunes filles tandis que, pour les garçons, la prévalence reste encore très faible jusqu'à 20 ans. Ces phénomènes ne sont pas observables dans le milieu rural où les jeunes de 12 à 20 ans sont globalement très peu touchés par l'infection qu'il s'agisse de filles ou de garçons.
- La séroprévalence est *liée également au statut marital*. Dans les trois milieux considérés, on note que les divorcés et les veufs présentent les prévalences les plus élevées. Pour ces deux catégories, le taux de prévalence est ainsi respectivement de 22,6% et de 32,1% dans les zones urbaines, de 32,4% et 19,6% dans les zones semi-urbaines et de 2,0% et 6,8% dans les zones rurales.
- L'étude dégage aussi des professions et des situations liées ou associées à une plus grande prévalence du VIH comme le multipartenariat sexuel.

Ces données sont essentielles pour montrer l'ampleur de la séroprévalence et les différences de situation en fonction notamment de la zone de résidence, du sexe, de l'âge ou du statut familial. Il convient néanmoins de souligner les points suivants.

En premier lieu, les deux enquêtes de 1989/90 et de 2002 ont été réalisées selon des méthodologies différentes et qu'elles ne sont pas directement comparables.

En second lieu, les modalités de réalisation et traitement de l'enquête de 2002 (voir encadré 7) peuvent avoir contribué à baisser le taux de prévalence globale.

En troisième lieu, l'absence de données intermédiaires ne permet pas d'étudier les évolutions sur la période. Ainsi, il est difficile de dire si la séroprévalence en milieu urbain s'est stabilisée sur la période ou si elle a continué son ascension au cours des années 90 avant de redescendre plutôt en fin de période sous l'effet des différentes interventions conduites dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

Cependant quelques évolutions de tendances peuvent être dégagées. Entre les 2 enquêtes, de 1989 et celle de 2002, la séroprévalence a augmenté de façon importante en zone rurale. Elle reste à un niveau élevé en zone urbaine et semi-urbaine avec une tendance à la stabilisation, voir même à un infléchissement. A compléter.

3.2.2. Les résultats de la surveillance biologique

Les données de surveillance biologique constituent la seconde source de données sur la séroprévalence du VIH au Burundi. Le dépistage du virus est opéré dans des sites sentinelles auprès des sous-populations identifiées à l'avance comme les donneurs de sang, les femmes enceintes venues en consultation prénatale ou les patients en traitement pour infections sexuellement transmissibles (IST).

La séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles

Si elles ont l'inconvénient de ne porter que sur une fraction de la population adulte, les données des sites sentinelles n'en sont pas moins riches d'enseignement dans la mesure où (i) elles touchent une population

fortement exposée au VIH, (ii) elles permettent par ailleurs de disposer d'informations sur l'un des vecteurs de transmission (de la mère à l'enfant, par le sang ou l'allaitement), (iii) elles fournissent les seules séries annuelles relatives à la séroprévalence d'une population donnée.

A la lumière de ces séries (*cf. tableau T18*), les principaux constats sont les suivants :

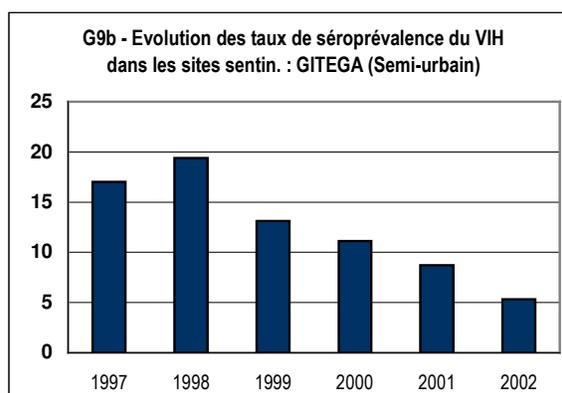
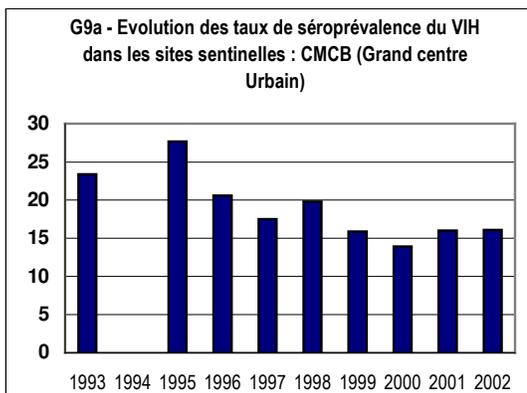
- En zone urbaine, la séroprévalence du VIH est passée de moins de 1% supposé en 1983 à 11% en 1990 pour grimper à un peu plus de 23% en 1993 et même 28% en 1995 (mais ce dernier chiffre a été probablement surestimé en raison du réactif utilisé). Depuis 1996, les séries annuelles confirment l'infléchissement qui est ressortie des données de l'enquête nationale de 2002 pour le milieu urbain. S'il est toujours resté depuis six ans (1997-2002) en deçà du seuil de 20% sur la période 1997-2002, le taux de séroprévalence mesuré pour les consultations au CMCB de Bujumbura ne traduit pas, en revanche, la poursuite d'une décroissance pour ces dernières années. En effet, l'introduction du programme PTME dans ce centre a fait affluer beaucoup de femmes séropositives en quête d'une prise en charge dans ce domaine. Ainsi, le pourcentage de séropositivité a pu augmenter à cause de ce phénomène.
- Les taux de séroprévalence indiquent des différences sensibles, pour une même année, selon les villes secondaires. En 2002, ils sont de l'ordre de 11% à Kayanza et inférieurs de moitié à Gitega. En fait, les variations observées d'une année sur l'autre (*cf. tableau T18*) incitent à la prudence dans l'interprétation de séries. La seule tendance à l'infléchissement mise en évidence concerne le site de Gitega où une baisse continue de la séroprévalence est observée ces dernières années avec un taux passant de 19,4% en 1998 à 5,3% en 2002.
- En zone rurale, la séroprévalence chez l'adulte aurait augmenté notablement depuis 1990 (1%). En fait, pour les trois sites concernés, la séroprévalence au cours de la période 2000-2002 varie entre un minimum de 0,8% et un maximum de 3,8%.
- La séroprévalence chez les jeunes femmes enceintes (âgées de 15 à 24 ans) atteint près de 14% à Bujumbura et près de 12% à Kayanza. Les taux sont de l'ordre de 5-6% pour les autres zones semi-urbaines et de 1 à 3% pour les sites en zone rurale.

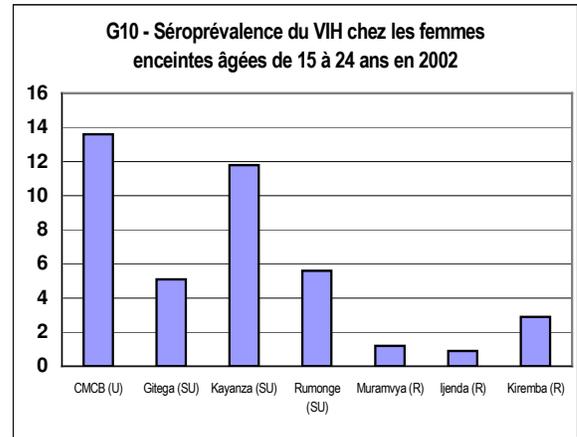
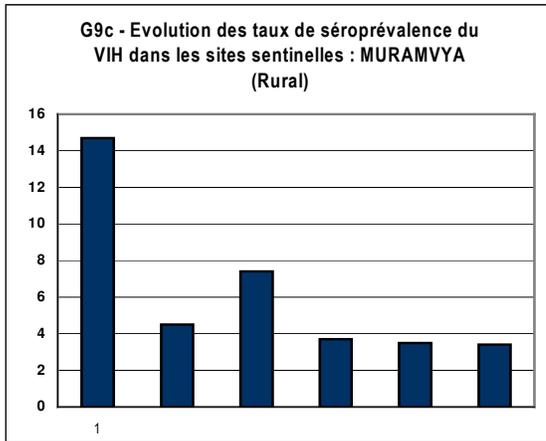
Tableau T18 – Evolution des taux de séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles depuis 1993 (en %)

Sites sentinelles	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
CMCB (Grand centre Urbain)	23,4		27,7	20,6	17,5	19,8	15,9	13,9	16	16,1
GITEGA (Semi-urbain)					17	19,4	13,1	11,1	8,7	5,3
RUMONGE (Semi-urbain)	12,5		16,6				11,2	5	12,8	7,4
KAYANZA (Semi-urbain)			39		10,2		5,5	11,6	5,6	11,1
MURAMVYA (Rural)				6,9	14,7	4,5	7,4	3,7	3,5	3,4
IJENDA (Rural)			12,4	5,9	3,9	3,8	2,6	3,8	1,1	0,8
KIREMBA (Rural)			7,7		3,1	4	0,9	2,2	1,6	2

Source : Bulletin Epidémiologique de surveillance du VIH/SIDA/MST – Année 2003, MSP, 2003.

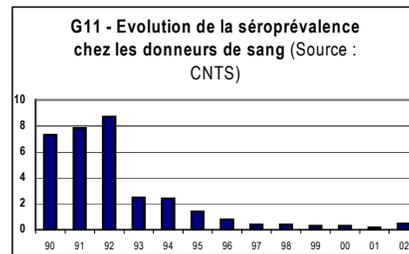
Graphiques G9 a, G9b, G9c et G10 – Evolution des taux de séroprévalence du VIH dans les sites sentinelles depuis 1993 (en %)





La séroprévalence chez les donneurs de sang

La séroprévalence de l'infection par le VIH indique une baisse très importante à partir de 1993. C'est la preuve de l'efficacité des mesures de sélection des donneurs qui prévoient un entretien avec questionnaire préalable au don de sang et l'exclusion des donneurs repérés ainsi positifs ou douteux (*cf. chapitre 5*).



3.3. Les autres indicateurs

Hormis le taux de séroprévalence, d'autres indicateurs sont utilisés pour suivre l'évolution de l'épidémie. Ceux-ci concernent (i) la séro-incidence (nouvelles contaminations), (ii) la morbidité liée au VIH, (iii) les décès dus au SIDA, (iv) les orphelins du SIDA, (v) les données portant sur la prise en charge. En l'état actuel, le Burundi ne dispose pas d'un système d'information capable de fournir les données nécessaires au calcul périodique de ces indicateurs.

3.3.1. La séro-incidence

L'importance des nouvelles contaminations est évidemment à la source du niveau élevé de séroprévalence. Malheureusement, les études de cohortes, débutées en 1990, ont dû être rapidement arrêtées (1993) à cause de la guerre. Dans ces conditions, on ne dispose d'aucune information fiable sur l'incidence annuelle des nouvelles infections par le VIH.

3.3.2. La morbidité

S'agissant de la morbidité, là encore très peu d'informations sont disponibles. La seule tentative de collecte organisée d'information a été le démarrage en 1995, pendant quelques mois, d'une étude transversale auprès des services de médecine interne. Celle-ci a été rapidement interrompue faute de moyens (gel de la coopération). Par ailleurs, en l'absence d'une bonne organisation des dossiers médicaux assurant leur confidentialité, le suivi de la morbidité – comme de la mortalité – liée au VIH est délicat pour des raisons d'éthique. Certaines données partielles obtenues plus particulièrement au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK) ont mis en évidence trois faits importants qui expliquent l'importance du VIH comme facteur de morbidité chez l'adulte au Burundi¹³ :

- les maladies associées au SIDA constituent le deuxième motif d'hospitalisation dans les services de médecine interne de Bujumbura, après le paludisme

¹³ P. Aubry et al. : Infections opportunistes au cours du Sida chez l'adulte africain, Médecine et Armées, 1992, 20, 177-183 ; T. Niyongabo et al, in Nutrition, 1999, 15, 289-293 ; T. Niyongabo et al, in European Journal of Clinical Nutrition, 1997, 51, 1-4.

- la tuberculose, qui constitue l'autre grande endémie au Burundi, est associée dans 56% des cas au VIH chez les tuberculeux ambulatoires, et dans 77% des cas chez les tuberculeux hospitalisés;
- la malnutrition est détectée chez 47% des patients hospitalisés dans le service de médecine interne du CHUK et elle est associée au VIH dans 40% des cas.

Il convient de noter qu'au milieu des années 90, les taux de séroprévalence des patients enregistrés dans les services de médecine interne étaient d'autant plus élevés qu'il n'existait pratiquement aucune autre structure susceptible d'accueillir les personnes présentant des problèmes de santé liés à leur séropositivité.

3.3.3. La mortalité due au SIDA

Il est admis que le SIDA est devenu la première cause de décès chez l'adulte et l'une des principales causes de mortalité chez l'enfant. Toutefois, la seule source de données – système EPIDSTAT du Ministère de la Santé – n'est pas en mesure de fournir à ce sujet la moindre confirmation tant les informations produites manquent de fiabilité. Les statistiques de routine sont en effet largement biaisées par les faiblesses du système d'information sanitaire, notamment par l'insuffisance des taux de complétude des questionnaires adressés périodiquement par les centres de santé et les hôpitaux. Par ailleurs, plusieurs des grandes structures hospitalières, comme l'Hôpital du Roi Khaled et l'Hôpital-militaire, sont très avares sur leurs informations. De façon plus générale, il n'existe aucune étude précise réalisée sur la mortalité adulte et infantile.

Par exemple, les chiffres déclarés dans les rapports EPIDSTAT sur les cas de Sida (65, 68, 59 pour 100.000 habitants respectivement en 1998, 1999, 2000) et sur les décès par le SIDA sont très loin de la réalité¹⁴ du fait de l'importance de la sous notification des cas.

On estime, en moyenne, que dans une cohorte de patients séropositifs, 10% ont atteint le stade du Sida maladie. Par ailleurs, la durée moyenne de survie des patients Sida étant évaluée à 12 mois, la mortalité est de 50% des patients au stade de Sida au courant de l'année suivante. Ceci résulte à la fois de la prise en charge limitée des infections opportunistes et de la faible utilisation des ARV.

Ainsi, à la fin de 2002 2001, on pouvait estimer¹⁵ que :

- 250.000 personnes vivaient avec le VIH/SIDA, dont 135.000 femmes et 35.000 enfants de 0 à 14 ans dont la transmission pour la plupart s'est faite de la mère à l'enfant ;
- 25.000 d'entre eux étaient au stade de SIDA ;
- le nombre de décès liés au SIDA en 2001 se situait autour de 40.000 ;
- le nombre d'orphelins du Sida en 2001 était estimé à 240.000.
- 390.000 personnes vivaient avec le VIH-SIDA, dont 340.000 âgées de 15 à 49 ans, parmi lesquelles 190.000 femmes (56%) et 19.000 enfants de 0 à 14 ans dont la transmission pour la plupart s'est faite de la mère à l'enfant ;
- 39.000 personnes avaient développé le SIDA ; le nombre de décès liés au SIDA se situait dans une fourchette de 11.000 à 39.000 personnes et probablement proche de 20.000 cas Chiffre à actualiser cfr. Spès et Audace.

La grande mortalité des patients infectés par le VIH au Burundi s'explique par la prise en charge limitée des infections opportunistes (IO) et la faible utilisation des ARV¹⁶. En effet, les études réalisées dans les pays développés dès le début des années 90 ont montré que la prise en charge des infections opportunistes réduit fortement la mortalité des patients séropositifs et augmente leur durée de survie. Parallèlement, la mise sous traitement anti-rétroviral des patients a de son côté pour effets de ralentir la progression de la maladie vers une immunodépression avancée, de retarder le moment du développement du SIDA maladie, d'allonger considérablement la durée de survie des patients et enfin de réduire fortement la mortalité chez les patients VIH+.

3.3.4. Le nombre d'orphelins du SIDA

Là encore, on ne dispose que d'approximations globales. Suivant. Selon le Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA de juillet 2002, on estimait en 2001 à 240.000 le nombre de jeunes burundais ayant perdu l'un ou les deux parents du fait du SIDA.

¹⁴ Epistat, 2000

¹⁵ Données du SEP/CNLS, 2004

¹⁶ J.C Melchior et al, Nutrition, 1999, 15, 865-869.

3.3.5. La prise en charge

La couverture des soins en terme de prise en charge des IO reste encore faible au Burundi. Quant à l'utilisation des ARV, elle est encore très limitée. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH s'inscrit en effet dans un cadre général de santé public où de nombreux déficits sont observés tant au niveau des ressources humaines que des infrastructures, des dotations en médicaments ou des services rendus (cf. chapitre 2). Dans ces conditions, on enregistre un faible niveau de prise en charge des patients, particulièrement de ceux infectés par le VIH.

En 2001, on estimait à seulement 15% la proportion de patients bénéficiant d'une prise en charge correcte des IO et à 1% la part des patients sous ARV¹⁷. Il est à noter que cette prise en charge se fait presque exclusivement à Bujumbura. Les chiffres les plus récents conduisent à estimer à 1.500 le nombre de patients sous ARV, du moins ceux enregistrés dans le système sanitaire formel.

Encadré E8 - Les déterminants du VIH/SIDA au Burundi

1. Facteurs immédiats :

- ▶ La précocité des rapports sexuels
- ▶ Le multipartenariat
- ▶ Les relations sexuelles à risque non protégées
- ▶ La fréquence élevée des infections sexuellement transmises

2. Facteurs sous-jacents :

- ▶ Le manque de services d'information, de conseils et de prestations adaptés à la prévention et à la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles
- ▶ La promiscuité dans les camps des déplacés et dans les agglomérations
- ▶ L'alcoolisme et les drogues qui induisent des comportements sexuels à risque notamment la fréquentation des prostituées, l'infidélité des couples et les viols
- ▶ La faible communication entre parents et enfants en matière de sexualité liée aux tabous et le manque d'encadrement des orphelins suite au décès des parents
- ▶ La faiblesse du réseau de distribution et du marketing des préservatifs
- ▶ Le commerce du sexe
- ▶ Le célibat géographique pour certaines catégories de la population (militaires, ouvriers, routiers...) favorise le recours aux femmes à partenaires multiples.

3. Facteurs fondamentaux :

- ▶ La paupérisation croissante largement favorisée par la crise socio-politique et le blocus économique imposé au Burundi
- ▶ Le faible niveau d'instruction
- ▶ Le statut socioculturel de la femme burundaise : la femme est dépendante économiquement et occupe une position d'infériorité dans ses rapports
- ▶ La sexualité est un sujet tabou dans la famille burundaise et cela engendre un manque de communication aussi bien entre les couples qu'entre parents et enfants
- ▶ Certaines pratiques traditionnelles telles que : « gutera intobo (une femme est courtisée par son beau-père), « gusobanya »(un homme qui courtise sa belle-sœur en l'absence du frère), « gucura »(récupération de la femme d'un frère défunt ou d'un fils défunt) constituent actuellement un risque dans le contexte de l'infection à VIH
- ▶ Les croyances religieuses : la promotion de l'usage du préservatif rencontre des résistances chez la plupart des leaders religieux
- ▶ La dégradation des mœurs
- ▶ La destruction du tissu social

En outre l'histoire récente du Burundi, marquée par le conflit socio-politique d'octobre 1993 qui s'est soldé par des centaines de milliers de morts, environ un million de personnes déplacées à l'intérieur et à l'extérieur du pays. Le besoin de sécurité a amené une bonne partie de la population à se regrouper spontanément ou sur initiative des autorités dans des «camps» où vivent des populations qui manquent du minimum vital, d'où l'appellation «population sinistrée».

Ce nouveau mode de vie précaire a engendré ou aggravé la promiscuité, la prostitution, les viols, les épidémies diverses et a accentué la pauvreté et la malnutrition. Il contribue à accélérer la propagation du VIH d'autant plus que les services sociaux de base sont insuffisants et peu outillés.

Source : Rapport sur la formulation de l'UNDAF – Axe VIH/SIDA ; A.D Karibwami, juin 2002.

La prise en charge des IO concerne les infections pour lesquelles le diagnostic est plus facile. Il s'agit de la tuberculose, des infections bactériennes pulmonaires et digestives et des infections méningo encéphalitiques fongiques, essentiellement la cryptococcose.

¹⁷ Plan national d'action national de lutte contre le VIH / SIDA au Burundi 2002-2006

En conclusion, on insistera sur les points suivants :

En premier lieu, par delà les écarts constatés sur les chiffres de séroprévalence, les différentes sources s'accordent sur certains « invariants » : une séroprévalence globale élevée qui touche plus particulièrement les milieux urbain et semi-urbain ; une vulnérabilité beaucoup plus forte des femmes ; une séropositivité précoce chez les jeunes filles ; une corrélation significative entre la séroprévalence et le statut marital.

En second lieu, les données récentes semblent concorder sur une double tendance en fonction des zones de résidence : d'un côté, un infléchissement de la courbe de séroprévalence dans les milieux urbain et semi-urbain ; d'un autre côté, une progression sensible de la séroprévalence dans les zones rurales qui atteint désormais des niveaux significatifs et dont l'impact est considérable compte tenu de la répartition spatiale particulière de la population burundaise.

Concernant la tendance en milieu urbain/semi-urbain, certains y voient le résultat des programmes mis en œuvre au cours des années 90 et dont les activités ont été surtout concentrées dans les principaux centres urbains. Il faut toutefois se garder d'une interprétation hâtive de la stabilisation ou de la baisse du taux de prévalence (d'où l'intérêt de disposer de données sur la mortalité liée au VIH). En effet, le taux de prévalence peut baisser sous l'effet de l'intervention publique mais aussi par un effet mécanique lié à l'augmentation du nombre de décès liés au SIDA. C'est ainsi que l'on observe aujourd'hui dans les pays du Nord une augmentation de la séroprévalence qui s'explique par le fait tout simplement que l'on soigne désormais avec des ARV des gens qui, dix ans plus tôt, seraient décédés.

Concernant la seconde tendance (en milieu rural), l'augmentation de la séroprévalence peut être expliquée par des raisons multiples : (i) les effets de la guerre (déplacements et regroupements de population, importance de veuves et de veufs, séparation de nombreux ménages, viols,...), (ii) la paupérisation croissante de la population, (iii) l'augmentation des autres MST, (iv) et le faible accès aux moyens d'information et de communication.

En troisième lieu, il importe de souligner que les systèmes de surveillance épidémiologique les données épidémiologiques sur le VIH/SIDA demeurent à l'heure actuelle nécessitent d'être renforcés. très insuffisantes. S'il est important de connaître les limites de chacune des sources aujourd'hui disponibles, il convient surtout de faire en sorte que les conditions d'une meilleure fiabilité soient réunies et, surtout, que le système d'information sanitaire joue ici son rôle en diversifiant à la fois les lieux de collecte et la nature des indicateurs produits.

En dernier lieu, il apparaît essentiel de consolider les études qualitatives (enquêtes socio-comportementales sur les principaux groupes-cibles des programmes de lutte contre le VIH) et quantitatives (analyse des impacts) et de faire en sorte que celles-ci visent invariablement à éclairer l'intervention publique. En particulier l'analyse des déterminants (*cf. encadré E8*) et de la capacité des interventions publiques à influencer sur eux doit être approfondie.

Chapitre 4 : IMPACT DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE DU VIH/SIDA

Depuis plusieurs années, les études se sont multipliées pour mesurer les effets que la pandémie du VIH/SIDA avait tant sur les variables démographiques que sur l'économie et les conditions de vie. Elles ont aidé à une mobilisation croissante au niveau international pour lutter contre le VIH/SIDA en montrant que les effets de ce dernier étaient susceptibles d'hypothéquer le développement à long terme de nombreux pays, en tout cas de ceux où les taux de prévalence dépassent le seuil de 5% : « L'épidémie de SIDA a un impact majeur sur le développement humain et la pauvreté. Elle vient annihiler, dans certains cas, plusieurs décennies de progrès vers le développement et entrave, de ce fait, la réalisation des objectifs que la communauté internationale et les gouvernements se sont donnés à l'occasion du sommet du millénaire »¹⁸.

Dans le cas du Burundi, l'impact du VIH/SIDA est d'autant plus fort que la progression de la pandémie est allée de pair depuis dix ans avec la guerre, un recul majeur de l'aide au développement et une montée considérable de la pauvreté.

Plus encore que pour les données épidémiologiques, les informations fiables permettant de mesurer l'impact du VIH/SIDA dans le pays sont rares. Ainsi, si certains impacts sont tangibles au quotidien (par exemple en ce qui concerne la mortalité liée au VIH et son effet sur la gestion du système scolaire ou sanitaire), peu de données quantifiées précises peuvent être produites. Outre les faiblesses déjà soulignées du système statistique, en particulier sanitaire, l'exploitation de certaines sources d'information (fichiers des institutions de protection sociale, fichier des agents de la fonction publique, etc) apparaît difficile dès lors que les investigations proposées ne sont pas assorties de toutes les garanties nécessaires en matière de confidentialité de l'information.

Les études déjà réalisées sur l'impact socio-économique (1996) ou démographique (2000) témoignent de cette fragilité de bases statistiques et de la difficulté à dépasser des constats à caractère souvent trop général. Certaines conclusions sont même contestables par leur caractère parfois réducteur, une corrélation entre la pandémie du VIH/SIDA et l'évolution d'une autre variable étant trop hâtivement interprétée comme un lien de cause à effet. L'étude d'impact actuellement en cours de finalisation n'échappe pas à cette règle malgré le recours à des modèles a priori plus performants.

Avec les contraintes qui viennent d'être mentionnées, ce chapitre résume les principales analyses que l'on peut faire au stade actuel sur l'impact du VIH/SIDA dans ses différentes dimensions, démographique, sociale et macro-économique. On utilisera en particulier les résultats de l'évaluation de l'impact démographique et socio-économique du VIH/SIDA récemment réalisée avec le financement du PNUD tout en mettant en garde sur la fiabilité des hypothèses utilisées et en insistant sur les limites d'un tel exercice. On présentera successivement

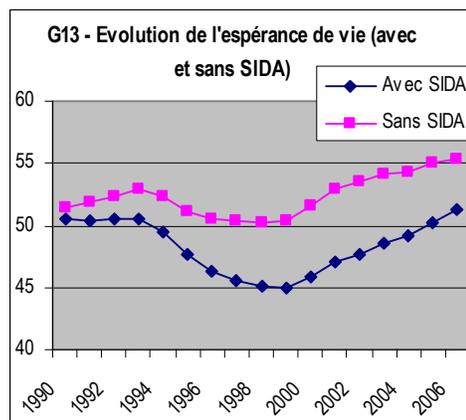
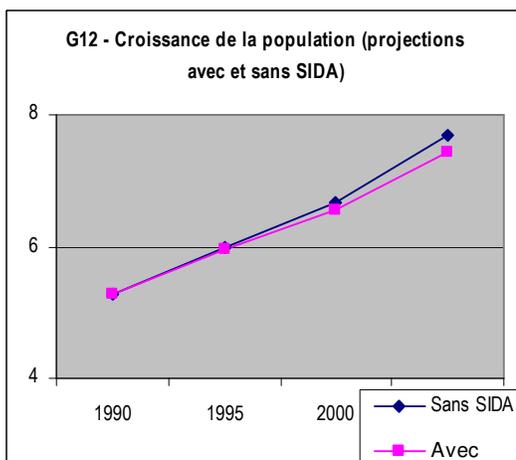
4.1. Impact sur la population et les variables démographiques

L'évaluation de l'impact démographique a été réalisée en utilisant le modèle SPECTRUM. La méthodologie consiste dans un premier temps à établir une projection démographique faisant abstraction de l'épidémie et construite sur la base d'hypothèses concernant l'évolution des principaux facteurs influant sur la croissance démographique (mortalité, fécondité, mouvements migratoires). Dans un second temps, les variables épidémiologiques sur la prévalence du VIH/SIDA sont introduites. On dispose alors de deux scénarios, respectivement « sans Sida » et « avec Sida » construits chacun selon un certain nombre d'hypothèses relatives aux paramètres démographiques et épidémiologiques. L'encadré E9 présente le modèle utilisé et les différentes hypothèses introduites par l'étude.

¹⁸ La Conférence internationale sur le VIH-SIDA, la lutte contre la pauvreté et le développement humain en Afrique Sub-Saharienne ; PNUD, Décembre 2001.

4.1.1. Le VIH/SIDA et la croissance de la population

Au cours de la décennie 80, l'impact du SIDA est encore faible et la mise en œuvre d'importants programmes de développement, notamment dans le secteur de la santé, contribue à une amélioration sensible des indicateurs socio-démographiques, en particulier de l'espérance de vie qui passe de 46,5 ans en 1980 à 51 ans en 1990. Cette progression se poursuit dans le « scénario sans SIDA » sur la base d'une augmentation de l'espérance de vie de deux années tous les cinq ans, faisant passer cette dernière à environ 60 ans en 2010.



L'impact du SIDA sur la croissance démographique reste très limité jusqu'en 1995. Ceci s'explique en raison du fait que les jeunes de moins de 15 ans (considérés comme non encore sexuellement actifs) restent plus ou moins à l'abri de l'épidémie alors qu'ils représentent près de 50% de la population. A partir de cette date, l'effet devient plus visible avec un creusement significatif de l'écart entre les deux projections. En 2005, la différence porte sur 3,3% de la population totale « sans SIDA », soit un effectif de l'ordre de 250.000 personnes...

4.1.2. Le VIH/SIDA et l'espérance de vie à la naissance

A la différence de la taille de la population, l'espérance de vie à la naissance, dont l'évolution est directement liée au niveau de la mortalité, est un indicateur qui réagit immédiatement à l'expansion de la pandémie. Les courbes des deux scénarios divergent ainsi rapidement.

En l'absence de SIDA, l'augmentation tendancielle de l'espérance de vie est interrompue brutalement en 1994 du fait des centaines de milliers de victimes liées à la crise. L'espérance de vie, redescendue à 50 ans en 1997/99, remonte sensiblement à partir de 2000 pour atteindre le cap des 55 ans en 2005.

Dans le scénario « avec sida et sans mesures complémentaires », l'espérance de vie ne progresse plus dès le début des années 90. Elle chute pour redescendre à 45 ans à la fin des années 90, sous l'effet combiné de la crise et de la mortalité liée au VIH/SIDA. Au début de la décennie, la projection avec VIH/SIDA traduit un écart d'espérance de vie de près de 6 ans avec le scénario sans SIDA.

La remontée de l'espérance de vie observée ensuite est liée à l'évolution de la séroprévalence. Sur la base des calculs réalisés par le modèle EPP (voir encadré) en partant des données de surveillance biologique (consultations prénatales), les projections conduisent en effet à une stabilisation de la séroprévalence au niveau national à partir de 1994 puis à une baisse progressive de celle-ci à partir de 1997.

4.1.3. Le VIH/SIDA et la mortalité infantile

L'impact du VIH/SIDA sur la mortalité infantile dépend de quatre facteurs essentiels : (i) la proportion des femmes enceintes qui sont séropositives ; (ii) le taux de transmission périnatale ; (iii) la période d'incubation du Sida chez les nourrissons nés séropositifs ; (iv) l'espérance de vie des nourrissons atteints du Sida maladie.

Encadré E9 - Modélisation de l'impact démographique du VIH/SIDA avec le progiciel SPECTRUM : les étapes et les hypothèses utilisées

1) Etape 1 : Etablissement d'une projection démographique en faisant abstraction du VIH/SIDA: En utilisant le module *DémProj* de SPECTRUM, on commence par établir une projection démographique en dehors de toute considération de la présence de l'épidémie (« scénario sans SIDA »). Le travail commence avec le **choix de l'année de base** de la projection qui, en règle générale, doit être antérieure à celle de l'apparition des premiers cas de sida dans le pays (1983 pour le Burundi). Cependant, une année postérieure peut être choisie dès lors que l'épidémie n'y est pas encore perceptible. L'**année 1990** a été ainsi retenue comme année de base pour deux raisons : (i) elle est suffisamment proche de 1983 ; (ii) et elle correspond au 2^e Recensement général de la population, donc à des données démographiques réelles. L'exercice se poursuit avec la formulation et l'intégration des **principales hypothèses relatives aux facteurs d'évolution démographique** :

- La *structure par âge et par sexe pour l'année de base de la projection* : on a retenu la répartition de la population par âge et par sexe de la population burundaise au recensement de 1990.
- Les hypothèses sur la fécondité : Le *niveau de fécondité* retenu pour l'année de base de la projection est l'indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,3 enfants par femmes (RGP-1990). Il a également été introduit dans le modèle le *schéma de fécondité* pour l'année de base de la projection (nombre d'enfants nés vivants par groupes d'âges de la mère sur un total de 1000 naissances vivantes) tel qu'il ressort du RGP 1990.
- Les hypothèses sur la mortalité : L'*espérance de vie à la naissance* par sexe pour l'année de base (1990) est de 50,1 ans pour les hommes et 53,1 ans pour les femmes. Faute de disposer de données relatives aux taux de *mortalité par âge*, les tables types de mortalité ont été utilisées (modèle *OUEST* de Coale-Demeny). Les auteurs de l'étude considèrent que l'année 1990 reste pertinente pour un scénario « sans SIDA » dans la mesure où l'épidémie reste encore à l'époque contenue (taux de prévalence du VIH/SIDA estimé à 1,46% au niveau national).
- Pour l'essentiel, l'étude reprend les hypothèses retenues sur le mouvement naturel de la population (mortalité et fécondité) pour les dernières projections démographiques réalisées par le Service des Ressources Humaines et de la Population du Ministère de la Planification en 1996. Cette référence aux projections de 1996 a été motivée par le fait que celles-ci présentent l'avantage d'avoir intégré dans leurs hypothèses de base, certaines données liées à la crise que traverse le pays depuis octobre 1993.
- Les hypothèses sur la migration nette et sa distribution par âge et par sexe : Les auteurs de l'étude ont ignoré les migrations internationales certes considérées comme non négligeables mais impossibles à mesurer dans le contexte de crise régionale actuelle.

2) Etape 2 : Intégration des paramètres du VIH/SIDA dans la première projection pour la construction d'une projection avec SIDA. Cette seconde étape utilise le module *AIM (Aids Impact Model)* de SPECTRUM qui exige :

- **une estimation des taux de prévalence du VIH au sein de la population adulte pour toutes les années de la période de projection.** Ceci a été assuré en utilisant un nouveau modèle (*EPP « Epidemic Projection Package »*) développé par l'ONUSIDA, lequel permet d'obtenir une estimation de la séroprévalence au sein de l'ensemble de la population adulte à partir des données collectées dans les sites sentinelles auprès des femmes enceintes venues en consultation prénatale.
- un certain nombre d'**autres paramètres de l'épidémie.** Ceux-ci concernent principalement l'année de la première manifestation de l'épidémie (valeur = 1983), le taux de transmission périnatale (valeur = 35%) = valeur par défaut), le pourcentage de nourrissons atteints de SIDA qui décèdent avant leur premier anniversaire (valeur = 67% ; vpd) ; l'espérance de vie après un dépistage positif du sida (valeur = 1 an ; vpd), la baisse (en %) de la fécondité chez les femmes infectées par le VIH/Sida (valeur = 30% ; vpd).

3) Etape 3 : Evaluation de l'impact par mise en relation des deux projections :

En mettant en relation un « scénario sans Sida » avec un « scénario avec sida », le modèle SPECTRUM évalue l'impact de l'épidémie sur diverses variables démographiques et socio-économiques : croissance de la population, espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, structure de la population, coûts de la santé, population active, etc. La projection correspondante au « scénario avec sida » fournit par ailleurs une estimation sur le nombre de personnes atteintes de VIH, le nombre de cas de Sida, le nombre d'orphelins, etc., toutes ces données étant nécessaires pour l'évaluation des coûts de prise en charge des malades année par année.

Si la période d'incubation ou le temps moyen séparant la manifestation de la maladie de l'instant du décès est supérieur à un an, le VIH/SIDA n'aura qu'un impact très limité sur le taux de mortalité infantile. A défaut de données précises, la modélisation a utilisé essentiellement les valeurs par défaut attribuées par SPECTRUM (voir encadré E9). Sur cette base, l'impact apparaît limité avec un pic d'environ 120‰ atteint au milieu des années 90, soit de l'ordre de 4 millièmes d'écarts entre les scénarios avec et sans SIDA. L'étude conclut à une reprise de la baisse de la mortalité infantile dans le scénario avec SIDA : en 2005, elle se situe à 97‰, avec un écart ramené à un peu plus de deux millièmes en comparaison avec le scénario sans SIDA. Cette évolution s'explique en raison de la projection des taux de séroprévalence effectuée par le progiciel SPECTRUM, laquelle est caractérisée par des taux de séroprévalence faibles au début, de plus en plus élevés dans sa phase de croissance, et de nouveau faibles vers la fin de la période de projection.

4.2. Impact social

L'impact social sera présenté ici sous deux angles complémentaires :

- l'impact sur différentes catégories de populations vulnérables particulièrement exposées au VIH/SIDA : il s'agit bien évidemment des personnes vivant avec le VIH mais aussi des orphelins du SIDA et des femmes ;
- l'impact du VIH/SIDA sur les principaux secteurs sociaux : santé, éducation et protection sociale.

4.2.1. VIH/SIDA et groupes vulnérables

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA

La maladie appauvrit les personnes atteintes et leurs familles lorsqu'elles bénéficient de la solidarité de celles-ci (cf. impact sur le revenu des ménages). Un cercle vicieux est vite créé, alimenté d'un côté par l'augmentation des dépenses (traitement et hospitalisation éventuelle), d'un autre côté par la baisse des revenus (absentéisme, capacité physique réduite,...).

Au-delà de ces conséquences économiques de la maladie, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), particulièrement lorsqu'elles sont au stade du développement de la maladie, doivent faire face à des pratiques diverses de stigmatisation, de discrimination ou d'exclusion. Généralement sous-informées sur leurs droits et mal épaulées par un dispositif de prise en charge psycho-sociale très insuffisant, les PVVIH tendent naturellement à cacher leur état de santé afin d'éviter l'isolement que provoque souvent l'annonce de leur séropositivité. Cette situation aggrave d'ailleurs les effets du VIH/SIDA par les comportements qu'elle suscite : refus du test de dépistage, du traitement et de la prise en charge. Jusqu'à présent, force est de constater que peu de mesures concrètes ont été prises en matière de droits de l'homme en rapport avec le VIH/SIDA.

Le droit aux soins de santé constitue un autre domaine majeur de discrimination qui frappe plus particulièrement les PVVIH. L'accès aux traitements dépend d'abord du lieu de résidence. En milieu urbain, surtout à Bujumbura, il existe une capacité minimale de prise en charge clinique (prise en charge des infections opportunistes, traitements anti-rétroviraux, hospitalisation de jour, soins à domicile, etc) et psychosociale (conseil VIH/SIDA, soutien social,...) alors que celle-ci est inaccessible pour les populations rurales dont la séroprévalence a pourtant sensiblement progressé.

En outre, le droit aux soins dépend de la catégorie sociale, c'est-à-dire du niveau de revenu et de l'accès ou non à un régime de protection sociale. Pour les classes très aisées, l'acquisition des anti-rétroviraux s'effectue depuis plusieurs années à l'étranger. Pour les assurés couverts par les deux institutions de protection sociale (INSS et MFP), la prise en charge des ARV désormais acquise représente une sécurité essentielle. Elle ne concerne cependant qu'une très faible proportion de la population et la part prise en charge par l'assuré (20%) peut constituer une contrainte importante en raison du coût des médicaments d'un côté, et des bas salaires de l'autre. Pour les autres catégories, l'accès aux traitements reste tributaire de la mobilisation de financements internationaux et de la mise en place d'un système organisé de distribution.

Les orphelins du SIDA

L'un des principaux problèmes sociaux causés par le VIH/SIDA est celui de la prise en charge des orphelins. L'ONUSIDA estimait en 2001 à 231.000 le nombre d'orphelins dont au moins l'un des deux parents sont morts du SIDA. Dans un certain nombre de familles, le décès des deux parents conduit à des situations où des enfants se retrouvent chefs de ménages et sont obligés de travailler pour subvenir aux besoins des plus petits. Le pourcentage d'enfants occupés dont l'âge est compris entre 7 et 14 ans, s'élève à 30,6% (27,2% pour les garçons et 33,9% pour les filles)¹⁹.

La plupart des Burundais vivent en communauté dans le monde rural. En cas de décès des deux parents, les orphelins ont intérêt à être éduqués au sein de cette même communauté composée de la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, etc.). Toutefois, dans l'état actuel de dénuement qui frappe la plupart des ménages burundais, tant en milieu rural qu'urbain, la charge supplémentaire que représentent ces orphelins sont très contraignantes pour les familles d'accueil. Les orphelins sont ainsi considérés comme un facteur d'appauvrissement de la communauté qui doit rogner sur ses dépenses pour assurer la prise en charge de ces enfants.

¹⁹ Rapport ONUSIDA, 2002.

Même s'ils sont accueillis, les orphelins se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulière en ce qui concerne la nourriture, les soins de santé ou l'éducation dans la mesure où les familles tendent d'abord à veiller à leurs propres enfants déjà nombreux (en moyenne 6 par famille). Ces enfants n'héritent le plus souvent de rien de leurs parents qui meurent généralement dans un état de détresse financière, causée à la fois par l'état d'incapacité physique causé par la maladie (absence de revenus) et par l'importance des dépenses de soins.

Pour ce qui concerne spécifiquement les orphelins du SIDA, des initiatives intéressantes de la société civile ont été mises en œuvre pour leur prise en charge (*cf. chapitre 6*), en particulier par les associations FVS, APECOS ou Maison Shalom.

La vulnérabilité spécifique des femmes au VIH/SIDA

Les femmes sont plus particulièrement vulnérables au VIH/SIDA et cette même vulnérabilité constitue un facteur important d'accélération de la propagation du virus. Cette vulnérabilité s'exprime de différentes manières :

- D'abord, la femme burundaise a moins facilement accès à l'information, en raison de son *niveau d'instruction* généralement plus bas. On rappellera que, pour l'Enquête prioritaire de 1998/99, 69% des femmes ne savent ni lire ni écrire contre 42% pour les hommes.
- Les femmes sont *économiquement dépendantes*. Elles sont très peu insérées dans le secteur structuré et le plus souvent confinées dans des tâches domestiques qui ne rapportent aucun revenu. Elles n'ont pas accès à la terre, au crédit et aux autres actifs. Lorsqu'elles sont chefs de ménages, leur niveau de pauvreté est plus élevé (*cf. chap. __*). Cette dépendance a certainement pris plus d'ampleur durant les années de crise avec l'augmentation du nombre de veuves.
- Cette dépendance, particulièrement dans le contexte de crise qui pèse sur le pays depuis 1993, conduit un certain nombre de femmes à la *prostitution*, occasionnelle ou non, augmentant ainsi leur risque d'être infectées par le VIH/SIDA. La prostitution est ainsi souvent une stratégie de survie économique pour assurer la prise en charge financière de la famille.
- Les femmes burundaises sont exposées de manière importante à la *violence*, domestique (avec leurs conjoints) ou non, particulièrement en cette période de guerre. L'enquête sociocomportementale de 2001 a ainsi révélé que près d'une femme sur dix (9% des répondants) avaient déjà subi des rapports sexuels contraints ou forcés, la personne incriminée étant dans 30% des cas un membre de la famille ou un proche et dans 43% des cas une personne inconnue. Les *femmes vivant dans les camps de déplacés* et de regroupés sont particulièrement exposés aux violences sexuelles de la part des autres déplacés et de ceux qui gardent les camps (*cf. infra*). Il convient enfin de souligner l'importance des facteurs socioculturels. En premier lieu, la femme burundaise, financièrement dépendante et culturellement soumise au mari, est plus ou moins contrainte à l'acceptation tacite des écarts sexuels de son partenaire. Il lui est également difficile de négocier des rapports sexuels protégés, par crainte de subir des coups ou de voir son appui financier retiré. Les hommes décident, de manière générale, s'il y a relations sexuelles ou pas, et avec ou sans préservatif. Les taux élevés de séropositivité chez les femmes et les filles sont ainsi non seulement d'ordre biologique mais liés à leur statut social. Dans la culture burundaise, les femmes ne sont pas censées parler ni décider de leur sexualité. Le fait de suggérer l'utilisation du préservatif est hors de question.
- D'autres aspects de la culture burundaise, liés aux rapports intrafamiliaux, peuvent largement contribuer à la propagation du SIDA.

Encadré E10 - « Des traditions culturelles à risque »

Certains aspects de la culture burundaise mettent en danger toute la famille car ils sont de nature à favoriser la propagation du SIDA. On les retrouve résumés dans certains adages :

- "Umugore si uwumwe", umugore n'uwumuryango" Cela veut dire que une femme mariée n'appartient pas seulement à son mari mais aussi à tous les hommes de la famille proches du mari. Dans certaines régions, on exige qu'à la mort de son mari, la femme soit mariée à l'un des frères de son époux.
- " Gutera intobo": proposition de relations sexuelles du père du mari à sa belle fille.
- " Gushinga icumu": accès libre aux belles-sœurs.
- " Umwonga umwe wonza inyoni " Cela veut dire qu'une seule femme ne suffit pas pour un homme, que celui-ci doit en avoir plusieurs pour sa satisfaction.
- « Impfizi ntiyimigwa »: Il est permis à tout taureau de faire des relations sexuelles avec n'importe quelle vache du troupeau. Pour les personnes, il est permis à tout être de sexe masculin de faire des relations sexuelles avec toutes les femmes qu'il désire.
- « Hagupfa wifuza wopfa wivuzza » : plutôt que de mourir sans avoir assouvi l'envie de rapports sexuels, il vaut mieux mourir en se faisant soigner du SIDA

4.2.2. L'impact du VIH/SIDA sur les principaux secteurs sociaux

Le VIH/SIDA et le système sanitaire

Comme on l'a vu au chapitre 2, le système sanitaire a été mis à mal par les années de crise et les indicateurs de santé se sont globalement détériorés. Le VIH/SIDA a contribué à détériorer l'offre de services à travers trois vecteurs principaux :

- En premier lieu, les malades du SIDA exercent une *pression majeure sur les infrastructures sanitaires*, en suscitant une importante demande supplémentaire. Du fait de leurs infections et affections intercurrentes ou chroniques, les consultations des patients VIH+ sont fréquentes. Les hospitalisations sont de surcroît beaucoup plus longues. Suivant un

pointage réalisé au CHU de Kamengue en 1999, on estimait que 50% des patients hospitalisés étaient VIH+ et que 70% des lits en médecine interne étaient occupés par des malades séropositifs.²⁰ Elle représente ainsi une charge de travail majeure et signifie de fait une réduction des moyens médicaux disponibles pour les autres malades. Il convient en outre de noter que la prestation assurée auprès des malades du Sida est de qualité insuffisante faut d'avoir suffisamment formé le personnel dans la prise en charge du Sida.

- En second lieu, le *coût pour soigner les malades du SIDA* est élevé et difficilement supportable pour la plupart des ménages. Les familles qui hospitalisent les leurs se trouvent souvent, au terme d'une hospitalisation assez longue, dans l'impossibilité de payer les coûts correspondants. Dans plusieurs hôpitaux, où l'autonomie de gestion – introduite dans les années 90 - impose une rigueur dans le recouvrement des recettes, on a pu ainsi assister au développement de pratiques insolites : les malades ne parvenant pas à payer leur facture d'hospitalisation et de soins médicaux sont gardés à l'hôpital jusqu'à ce que la famille règle celle-ci. Cette question, qui est allée jusqu'en Conseil des Ministres, fait aujourd'hui l'objet de réponses au niveau de certaines associations qui essaient de s'organiser pour assurer la prise en charge des coûts pour les malades les plus démunis. L'importance des coûts d'un côté, la solvabilité réduite des familles de l'autre, peuvent constituer une menace pour l'équilibre financier des établissements hospitaliers.
- En troisième lieu, le VIH contribue, par les décès qu'il occasionne, à la réduction d'un personnel soignant indispensable pour faire fonctionner les établissements sanitaires et dont la formation a exigé du temps et des ressources financières. Sans disposer de données précises, l'impact du VIH sur la couverture sanitaire est réel.

Le VIH/SIDA et le système éducatif

Le développement de la pandémie du VIH/SIDA influe sur le système éducatif principalement de deux façons :

- D'abord, le VIH/SIDA intervient sur l'offre. Compte tenu du poids des enseignants dans l'ensemble de la Fonction publique, on peut supposer que les décès liés au Sida ont été de plusieurs centaines parmi le corps enseignant. Comme pour la santé, la perte d'un personnel qualifié dans un système déjà sous-doté en ressources humaines est très préjudiciable. Elle entraîne une diminution du taux d'encadrement²¹ et, par ce biais, une dégradation de la qualité de l'enseignement.
- Ensuite, le VIH intervient sur la demande. D'abord, les abandons peuvent être gonflés par la déscolarisation des orphelins du SIDA. Ce phénomène est toutefois difficile à isoler et les fluctuations

²⁰ Plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA, op. cit. p.20

²¹ Les enseignants sont évidemment bien plus touchés que leurs élèves (ce que l'on peut aisément vérifier en comparant la séroprévalence respective des 5-19 ans et des 25-54 ans.

des taux d'abandon constatées depuis 1993 sont probablement liées avant tout à la guerre et à l'insécurité consécutive de certaines provinces. Par ailleurs, le VIH/SIDA touche la population estudiantine du secondaire et du supérieur. Si l'on ne dispose pas d'informations sur le nombre de cas d'étudiants, d'élèves ou de professeurs infectés par le VIH/SIDA, l'enquête sociocomportementale de 2001 révèle des pratiques susceptibles de favoriser la propagation du VIH/SIDA. Ainsi, à Ngozi, les hommes riches viennent rencontrer des jeunes filles constituées en majorité d'élèves du secondaire et d'étudiantes de l'Université. A Gitega, des hommes célibataires se sont spécialisés dans le proxénétisme des élèves (externes surtout) et, dans la même ville, les élèves du secondaire déclarent que la plupart de leurs relations sexuelles se font avec des enseignants, des jeunes du quartier ou des adultes qui les entretiennent financièrement.

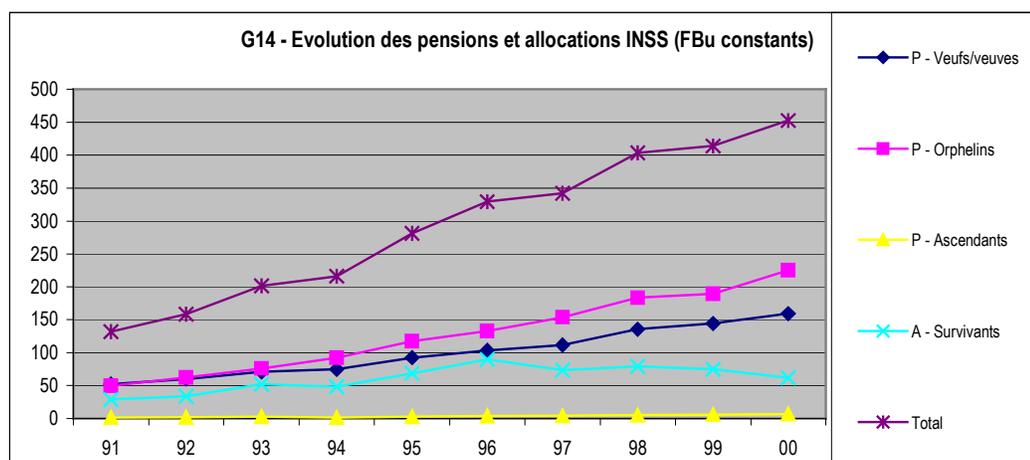
Le VIH/SIDA et le système de protection sociale

Le système de protection sociale concerne une fraction limitée de la population. Deux organismes couvrent le secteur structuré. L'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) assure principalement la couverture des salariés du secteur privé (... assurés et ayants droits). La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) assure les agents de l'Etat et assimilés, dont les militaires. Elle compte 150.000 personnes affiliées et le nombre total d'assurés et ayant droits s'élève à 700.000 personnes, soit environ 13% de la population totale.

S'agissant de l'INSS, une étude interne a mis en garde contre les risques financiers que faisait courir l'augmentation de la mortalité des assurés liée au Sida sur la branche des pensions. Au cours de la dernière décennie, l'institut a constaté une augmentation significative du nombre de dossiers de demandes de pensions et d'allocations de survivants, preuve d'une surmortalité des assurés actifs par rapport aux années antérieures : de 580 en moyenne à la fin des années 80, il a plus que doublé en dix ans pour atteindre une moyenne annuelle de l'ordre de 1200 dossiers au début de la décennie actuelle (après un pic de près de 1.800 en 1994). Quant aux dépenses annuelles liées au paiement des pensions (veufs/veuves, orphelins, ascendants) et allocations de survivants, elles ont encore plus progressé. Le total des sommes versées au titre de ces pensions et allocations a été multiplié par 3,4 entre 1991 et 2000. Cependant, il n'est pas possible d'isoler là encore l'effet spécifique lié au VIH/SIDA par rapport aux autres facteurs (décès causés par la guerre principalement).

En ce qui concerne la MFP, aucune étude spécifique n'a été réalisée sur l'importance de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/SIDA et sur ses conséquences financières. La MFP s'inscrit dans un schéma de diminution progressive de son taux de prise en charge de certaines dépenses. Elle vient cependant d'accorder, en décembre 2003, la prise en charge pour ses assurés du coût de traitement par anti-rétroviraux.

Bien que la Mutuelle ne puisse distinguer de manière systématique les maladies dont souffrent ses assurés, les statistiques des consommations par type de produits fournissent des indications utiles en permettant d'estimer le coût relatif à l'achat des médicaments traitant les infections opportunistes du VIH/SIDA. Une investigation systématique reste nécessaire pour mettre en évidence des tendances.



4.3. Impact macro-économique

De nombreuses études ont déjà été réalisées dans divers pays afin d'évaluer l'impact du VIH/SIDA sur divers indicateurs macro-économiques : production, épargne et investissements, consommation, emploi, etc. Certaines ont confirmé l'impact déterminant du VIH/Sida sur l'évolution à moyen et long termes de l'activité économique, au moins dans certains domaines. D'autres ont, au contraire, relativisé cet impact. Ces dernières mettent par exemple en avant l'effet limité du SIDA sur l'emploi dès lors qu'il s'agit de pays où les principaux secteurs présentent une faible productivité et une main d'œuvre surabondante ; il en serait de même pour l'effet sur les coûts de prise en charge sociale là où la couverture sociale reste réduite.

L'évaluation de l'impact macro-économique du VIH/SIDA dans un pays comme le Burundi est un exercice difficile pour au moins quatre raisons : (i) les statistiques économiques sont d'une fiabilité généralement limitée ; (ii) l'économie est dominée par le secteur agricole et l'informel urbain dont les « relations de comportement » sont mal connues ; (iii) de par sa structure, l'économie est sujette à divers facteurs qui peuvent conduire à des variations fortes des agrégats d'une année sur l'autre ; (iv) le « facteur VIH/SIDA » est très difficile à isoler.

Les résultats présentés ci-dessous mettent en évidence des liens logiques et, éventuellement, des tendances, plus qu'ils ne permettent de chiffrer de manière précise les effets quantifiables de l'épidémie sur les agrégats macro-économiques.

On ne dispose pas d'informations détaillées et actualisées sur le coût moyen de traitement des malades du SIDA au Burundi, hormis une investigation réalisée en 1996 en milieu hospitalier²² qui avait conduit à estimer le coût moyen d'un malade du sida décédé après hospitalisation à environ 78.000 FBu (soit 257 US\$ au taux de change de l'époque), non compris les médicaments payés en dehors de l'hôpital et les frais funéraires. Dans le modèle, on a estimé le coût annuel moyen du traitement du sida à 240 US\$ et supposé, sur la base d'une enquête de 1996, que le coût d'un malade décédé sans hospitalisation et celui d'un malade décédé après hospitalisation présentaient un rapport de 1 à 2,2.

Au niveau des ménages, il est clair que le coût annuel de traitement (240 US\$) est très élevé au vu du revenu moyen par habitant (170 US\$) et que la majorité de la population n'est pas financièrement capable de répondre aux besoins d'entretien des malades. Si cela est évident pour les ménages d'agriculteurs, cela est également le cas pour la grande majorité des salariés urbains puisque le coût de traitement représente pratiquement l'équivalent de 6 mois du salaire moyen.

Au niveau agrégé, les résultats de la modélisation conduisent, pour la période 2000-2006 à un coût annuel moyen de 2,9 millions de US\$ pour les seules dépenses liées au traitement des malades. Ce chiffre est loin d'inclure toutes les dépenses et il s'inscrit dans un schéma de prise en charge limitée des malades puisque 90% des malades décèdent sans hospitalisation.

4.3.1. L'impact sur la croissance et l'emploi

La simulation effectuée avec le modèle SPECTRUM conduit à une baisse du PIB imputable au VIH/SIDA non négligeable. L'écart entre la production intérieure avec et sans Sida atteint près de 2% en 2005 et 3% en 2010. En francs courants, cela représente un manque à gagner annuel de 12 milliards pour 2005 et de l'ordre de 24 milliards pour 2010.

Au vu des taux de séroprévalence propres à chaque tranche d'âge, la population la plus touchée est sans conteste la population active du pays. En supposant que la séroprévalence ne présente pas de corrélation avec le niveau de revenu²³, on peut penser que les personnes infectées par le VIH sont dans trois-quarts des cas des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.

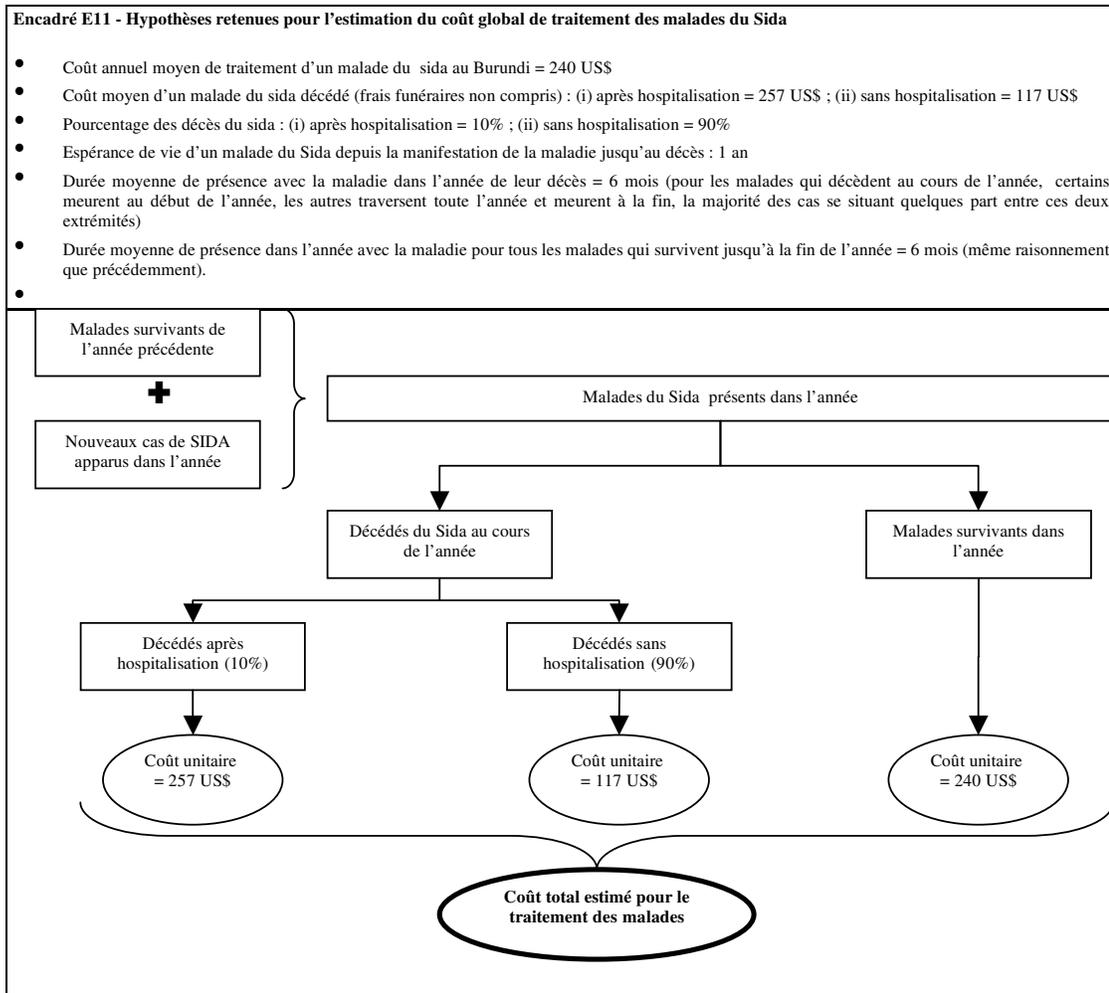
Sans pouvoir apporter de mesures précises faute d'enquêtes spécifiques par secteur ou catégorie de population active, on peut supposer que le VIH/SIDA induit les effets suivants :

²² La collecte de données portait sur six hôpitaux : les trois grands hôpitaux de la capitale (HPCR, Hôpital militaire, CHUK) et trois hôpitaux des villes de Gitega, Kibumub et Jenda.

²³ On ne dispose d'aucune donnée sérieuse permettant d'infirmer cette hypothèse. On peut d'un côté supposer que les riches sont plus exposés d'abord parce qu'ils résident en milieu urbain (taux de séroprévalence plus élevés), ensuite parce que, pour certains d'entre eux, ils disposent de moyens financiers leur permettant de pratiquer de manière soutenue un multipartenariat sexuel. D'un autre côté, on peut considérer qu'ils sont beaucoup mieux informés sur les risques de transmission et prennent généralement les moyens de se protéger.

Secteur agricole

Compte tenu de son poids dans la population active (95,4%), le secteur agricole est évidemment le plus affecté par le VIH/SIDA, en dépit de taux de séroprévalence nettement moindres en milieu rural. A court terme et au niveau agrégé, le VIH/SIDA aurait semble-t-il un impact très limité sur le secteur agricole dans la mesure où l'agriculture burundaise dispose d'une main d'œuvre en abondance et que la productivité du travail y est très faible. Les décès liés au Sida ne devraient avoir ainsi qu'un effet marginal sur la production.



Au niveau local, une propagation rapide du virus peut cependant créer des déséquilibres importants : déficit de mise en valeur des terres, insécurité alimentaire, décapitalisation (vente de bétail pour prendre en charge le coût des soins), réduction des dépenses d'exploitation nécessaires (limitation des achats d'intrants et de petit matériel pour prendre en charge les malades et/ou des orphelins).

Il convient par ailleurs d'insister sur le risque couru par la population agricole, dominante numériquement dans le pays, particulièrement sous-informée sur le VIH/SIDA et qui présente des taux de séroprévalence en augmentation ces dernières années.

Secteur urbain structuré

Dans le secteur privé structuré, les effets néfastes du VIH/SIDA sont potentiellement ressentis à trois niveaux :

- Le VIH/SIDA conduit à un absentéisme important des personnes infectées lorsqu'elles sortent de la phase asymptomatique, ce qui a un effet sur la productivité. Au coût moyen du salaire de 2000 FBu par jour et à raison de 280 jours d'absence sur l'année, l'entreprise doit supporter un coût annuel de 560.000

FBu par personne malade. Pour le secteur privé formel (18.000 salariés environ), si l'on suppose que le taux de séroprévalence moyen des employés est de 10% et qu'un quart d'entre eux développe le Sida au cours d'une année donnée, cela représente un coût annuel global de plus de 250 millions de FBu, hors prise en charge du coût des soins.

- Les décès du VIH/SIDA peuvent toucher, pour certains postes de responsabilité, des qualifications rares sur le marché. Le secteur privé formel ne dispose que d'environ 1.250 cadres (7% des effectifs totaux). Une ponction même réduite sur cette frange de salariés peut créer de sérieuses difficultés au niveau des entreprises, surtout dans un contexte où la crise a favorisé un exode – réel mais là encore difficilement mesurable – de ressources humaines qualifiées.
- Les dépenses occasionnées par le VIH/SIDA coûtent cher aux entreprises qui, en règle générale, supportent la totalité des soins de santé de leurs employés (donc la totalité du traitement des maladies opportunistes et l'hospitalisation des malades du Sida).

Il est intéressant de constater que certaines entreprises et institutions ont développé des initiatives autour des questions de prévention, de solidarité avec les malades et de prise en charge des anti-rétroviraux. Ainsi, la BRARUDI a permis dès septembre 2001 à ses employés de bénéficier des traitements ARV. A la SOCABU, à l'INSS ou à la BRB, les salariés ont mis sur pied des caisses de solidarité destinées à faire bénéficier aux malades du VIH/SIDA les traitements ARV, moyennant une contribution supplémentaire variant entre 10% et 25% du coût facturé des médicaments.

Administration publique

L'administration publique est évidemment touchée par le VIH/SIDA avec des effets plus particulièrement visibles dans les secteurs de la santé et de l'éducation (cf. supra). La perte de compétences rares a, comme pour le secteur privé structuré, un effet certain sur la productivité du secteur public. Les enquêtes semblent montrer toutefois que la catégorie des agents simples de l'Etat est davantage touchée que les cadres supérieurs, l'effet sur la productivité étant ainsi atténué.

4.3.2. L'impact sur la consommation des ménages

La consommation des ménages a connu au cours de la dernière décennie une évolution critique. En termes courants, la consommation des ménages par tête a été multipliée par 2,2 entre 1990 et 2000 soit un coefficient largement inférieur à celui de l'augmentation des prix enregistrée sur la période. Exprimée en dollars courants, la consommation par ménage a été pratiquement réduite de moitié, passant de 908 US\$ en 1990 à 472 US\$ en 2000. Cette évolution traduit l'aggravation de la pauvreté déjà soulignée au chapitre 2 et qui apparaît comme l'une des conséquences majeures de la crise que traverse le Burundi depuis 1993.

Aucune donnée ne permet d'apprécier comment le VIH/SIDA a pu affecter la consommation des ménages. Il est clair que, pour les ménages dont un ou plusieurs membres sont malades du SIDA, celui-ci conduit à réaliser d'importantes ponctions au sein du revenu disponible au détriment de l'achat de biens et services « traditionnels ». En d'autres termes, une partie du revenu est détournée de son usage normal (alimentation, habillement, logement, éducation,...) afin de prendre en charge les coûts liés à la prise en charge des malades. Par ailleurs, une partie importante des produits achetés au titre de la prise en charge (anti-rétroviraux, préservatifs, médicaments contre les IO,...) sont généralement importés.

Selon l'étude de 2003 déjà citée, la projection des deux scénarios « avec Sida » et « sans Sida » indique des écarts très faibles au niveau de la consommation des ménages. En fait, l'étude ne réussit pas à isoler l'effet du VIH.

4.3.3. L'impact sur les finances publiques

L'impact du VIH/SIDA sur les finances publiques peut d'abord se faire ressortir au niveau de la fiscalité. Ainsi, on peut supposer que les malades, comme les personnes de leurs familles les prenant en charge soient amenés à réduire leurs activités et soient de ce fait conduits à réduire leur contribution fiscale.

En fait, compte tenu de la structure actuelle de la fiscalité burundaise, cet effet, qui transite par une grande majeure partie de personnes non ou peu fiscalisées, est probablement négligeable, surtout dans le contexte actuel de crise économique. La pandémie du VIH/SIDA pèse en fait essentiellement, et de manière

croissante, sur les dépenses publiques. Même si les ressources n'ont été mobilisées que partiellement (*cf. chapitre 5*), les différents plans destinés à lutter contre le VIH/SIDA ont présenté des coûts élevés. Ainsi, le budget du Plan d'Action National de Lutte contre le VIH/SIDA (2002-2006) totalise 233 millions de dollars, soit une enveloppe annuelle programmée de 47 millions de dollars US. Ce dernier montant correspond à environ 8% du PIB de 2001 (exprimé en dollars courants) et à 17 fois la fraction du budget de l'Etat allouée au Ministère de la Santé Publique (2,7 millions de dollars US en 2000).

Même dans l'hypothèse d'une mobilisation de ressources nouvelles, à travers en particulier l'allègement de la dette via l'Initiative PPTE et l'annulation de la dette bilatérale, le financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA représente clairement un manque à gagner : en l'absence d'épidémie, ces ressources auraient pu être affectées à d'autres usages comme le financement d'écoles, de centres de santé, d'infrastructures communautaires, etc.

Chapitre 5 : LES STRATEGIES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Ce cinquième chapitre présente les stratégies qui ont été adoptées par les pouvoirs publics depuis l'apparition de l'épidémie en mettant en évidence les acquis comme les faiblesses constatés à mesure de la mise en œuvre des différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Après avoir évoqué sommairement l'évolution du cadre général d'intervention publique en matière de lutte contre le VIH/SIDA, on abordera successivement le contenu et les résultats des politiques adoptées dans les trois domaines d'intervention essentiels suivants²⁴ :

- la prévention de la transmission du VIH,
- la prise en charge clinique et psychosociale des patients infectés par le VIH ;
- la réduction d'impact chez les personnes affectées par le VIH/Sida.

Ce bilan, qui intègre les premiers résultats du plan d'action en vigueur depuis 2002, se termine en abordant les questions transversales liées au renforcement des capacités institutionnelles.

5.1. Les plans stratégiques successifs et l'évolution du cadre d'intervention

5.1.1. Les programmes nationaux de 1987 à 2001

La lutte contre le sida n'a réellement commencé au Burundi qu'en 1987 avec le lancement du *Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST)*. Adopté en 1986, soit trois ans après la notification des premiers cas de Sida dans le pays, ce programme portait sur une période de deux ans (1987-1988). C'était un programme du Ministère de la Santé Publique parmi d'autres qui bénéficiait de moyens très limités en termes de ressources humaines et financières et d'une très faible visibilité.

Le PNLS/MST était avant tout axé sur la prévention de la transmission du VIH, d'abord par l'information et l'éducation des populations, ensuite par l'adoption et la mise en application des mesures garantissant la sécurité sanguine. Le programme comportait également des volets consacrés à l'amélioration des connaissances sur l'épidémie et aux recherches comportementales. Il a été ensuite suivi par trois plans à moyen terme – à horizon quinquennal – successifs portant respectivement sur les périodes 1988-1992, 1993-1997 et 1999-2003.

Le *1^{er} Plan à moyen terme (PMT1, 1988-1992)* a inscrit les actions déjà engagées dans un cadre de planification plus durable. On y retrouve les axes de prévention de la transmission du VIH déjà évoqués (IEC et transfusion sanguine), un axe portant sur les connaissances de facteurs favorisant l'évolution et déterminant l'allure de l'épidémie, un autre consacré à la « prévention de l'impact de l'infection sur l'individu » et enfin la poursuite des recherches comportementales. Trois revues externes (respectivement en 1990, 1991 et 1992) ont évalué les résultats de ce plan et conduit à ajuster sa programmation.

²⁴ Les aspects liés à la recherche des données épidémiologiques ont déjà été abordés dans le chapitre précédent.

Encadré E12 – Points de repère sur les programmes antérieurs à 2002

Programme National de Lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles (PNLS/MST)	1987-1988
Premier plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA	1988-1992
Deuxième plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA	1993-1998
Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida	1999-2003
Plan d'Action National de Lutte contre le Sida	2002-2006

Le PMT1 (1988-1992) s'articulait autour des axes suivants :

1. Connaissances de facteurs favorisant l'évolution et déterminant l'allure de l'épidémie ;
2. Prévention de la transmission du VIH par l'information et l'éducation des populations ;
3. Prévention de la transmission du VIH par l'adoption et la mise en application des mesures garantissant la sécurité de la transfusion sanguine ;
4. Prévention de l'impact de l'infection sur l'individu ;
5. Recherches comportementales.

Le PMT2 (1993-1997) se structurait autour de quatre objectifs :

1. *Prévention de la transmission mère-enfant* par : (i) l'information aux femmes en général et à celles du milieu rural en particulier, (ii) l'information aux femmes séropositives et aux couples discordants en milieu urbain, (iii) l'accroissement de l'accès aux services de planification familiale.
2. *Prévention de la transmission par le sang* au travers de : (i) la promotion et le maintien des conditions d'asepsie et de stérilisation, (ii) le maintien de la sécurité transfusionnelle.
3. *Prévention de la transmission sexuelle* par : (i) la promotion des comportements sexuels responsables par l'IEC et la promotion sociale du préservatif, (ii) la promotion, le diagnostic et le traitement des IST, (iii) l'accès au dépistage volontaire du VIH, (iv) la promotion de la morale (fidélité, abstinence).
4. *Réduction de l'impact social sur les PVVS et leurs familles* par : (i) l'accès aux services sociaux et aux conseils, (ii) la promotion des soins à domicile à assise communautaire, (iii) les aides communautaires aux personnes infectées et affectées par le VIH, (iv) les activités génératrices de revenus surtout pour les jeunes non scolarisés, (v) le renforcement de la législation existante, (vi) la protection des droits des orphelins.

Le PMT3 (1999-2003) se structurait pour sa part autour de trois axes :

1. *Prévention de la transmission sexuelle du VIH* par : (i) la réduction des comportements à haut risque chez les groupes vulnérables (sinistrés, prostituées, militaires, femmes en âge de procréer, les jeunes, les PVVS et les prisonniers), (ii) le marketing social du préservatif, (iii) le diagnostic et le traitement précoce des IST.
2. *Amélioration du bien être des PVVS Prise en charge des PVVS* : prise en charge psychosociale, prise en charge des IO, développement des soins à domicile et introduction des ARV.
3. *Réduction de l'impact sur les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA* : *Appui aux orphelins du Sida*, autres à compléter

Le 2^e Plan à moyen terme (PMT2, 1993-1997) s'est traduit par une diversification substantielle des thèmes d'intervention. Un accent a été mis ainsi sur la prévention de la transmission mère-enfant tandis que, simultanément, le plan a développé un volet spécifique sur la réduction de l'impact social chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que leurs familles. Le PMT2 entendait également renforcer l'approche multisectorielle débutée au cours du PMT1. Dans les faits, l'exécution de ce plan a été rapidement freinée à cause de la guerre qui a éclaté en 1993 remise en cause avec l'éclatement de la crise de 1993, comme en témoigne la seule évaluation du PMT2 (4^{ème} revue externe du PNLS/MST réalisée en 1997).

Cette dernière évaluation a, entre autres, montré combien la guerre a eu des effets catastrophiques sur l'efficacité des plans de lutte contre le VIH/SIDA en cassant la dynamique amorcée depuis 1987 : réduction de la contribution du budget de l'Etat à la lutte contre le VIH/SIDA, suspension de la coopération bilatérale en 1994, embargo en 1996 conduisant à accroître les coûts des produits et services.

Les fonds alloués au PMT2 ont été fortement réduits, passant de 102,0 millions de FBu en 1993 à 60,1 millions en 1994 pour descendre à 43,5 millions en 1995 et 39,9 millions en 1996. Simultanément, on a assisté à une baisse drastique du taux d'exécution (44% en 1995). Certaines stratégies ont été abandonnées faute de moyens. La surveillance sentinelle chez les femmes en consultation pré natale qui avait débuté dans huit centres en 1993, ne s'appuyait plus que sur trois centres opérationnels en 1997. D'autres initiatives visant à améliorer les données épidémiologiques (études de cohorte) ont été arrêtées. Le programme PSI de marketing social du préservatif, qui était arrivé à toucher près de 100% du territoire en 1993 ne couvrait même plus la moitié du pays en 1997.

L'élaboration du *Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 1999-2003(PMT3)* a marqué un tournant dans la démarche de formulation et dans la volonté de fonder la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA sur le partenariat des différents acteurs. La préparation du plan stratégique, lancée en mars 1997, a pris pratiquement un an et demi : il a été ainsi adopté en novembre 1998 après réalisation, sous l'égide d'un groupe piloté par le ministère de la santé, d'une très large consultation auprès des différentes

parties (représentants du secteur privé, groupes religieux, ONG et personnes atteintes du Sida,...) et après tenue d'un atelier national en octobre 1998 destiné à valider un cadre consensuel pour la programmation des mesures prioritaires.

A l'occasion du lancement de ce plan (29 avril 1999), le Chef de l'Etat déclara la lutte contre le Sida priorité absolue. Les trois axes stratégiques retenus exprimaient l'évolution vers une approche globale de la lutte. Ils concernaient la prévention de la transmission sexuelle du VIH/Sida mais aussi l'amélioration du bien-être des personnes vivant avec le VIH/Sida et l'allègement du poids de l'impact du Sida sur les familles démunies. Ce plan mettait l'accent sur la participation active de tous les secteurs et partenaires. Ce plan n'a toutefois pas été mené à son terme et un nouveau cadre de programmation quinquennale, susceptible d'apporter une réponse à la fois plus globale et plus efficace, a été proposé en 2001 et présenté à la Réunion des donateurs de Genève II (décembre 2001). En réalité, l'actuel Plan d'action national de Lutte contre le VIH/SIDA s'inspire largement des principes directeurs et axes stratégiques du plan 1999-2003.

5.1.2. Le Plan d'action national de lutte contre le SIDA (2002-2006)

Avec le *Plan d'action national de lutte contre le Sida (2002-2006)*, aujourd'hui en vigueur, le gouvernement a confirmé la « priorité absolue » accordée à la lutte contre le Sida en réalisant un important effort de plaidoyer auprès des partenaires au développement en vue de mobiliser les fonds nécessaires au financement de ce plan. Il témoigne de plusieurs changements stratégiques qui se traduisent, entre autres, par la généralisation de l'approche multisectorielle, la décentralisation des activités, un accent plus marqué sur la prévention et le traitement des personnes atteintes du VIH/Sida et une mobilisation plus forte de ressources financières.

Principes directeurs

Le plan d'action national de lutte contre le SIDA pour la période 2002-2006 se donne deux objectifs majeurs : freiner la propagation du VIH et réduire l'impact du VIH. Ces objectifs ne sont pas nouveaux, mais ils devraient être désormais atteints plus efficacement grâce à l'application de nouveaux principes stratégiques qui incluent :

- l'adoption d'une *démarche multisectorielle à tous les niveaux*, laquelle se lit à la fois dans le nouveau cadre institutionnel de mise en œuvre et dans la variété des domaines couverts par les différents programmes d'action ;
- une *approche éthique* et marquée par la recherche de l'équité : le plan d'action promeut les droits aux soins et à la protection pour tous, la réduction des inégalités et la mise en œuvre d'actions spécifiques en faveur des personnes et familles pauvres et vulnérables ;
- la *recherche de l'efficacité en termes de coûts* : on retrouve cette préoccupation dans le volet important dédié à la prévention, à l'éducation et à l'information sur les droits, lequel est basé sur la formation par les pairs et la formation de formateurs nationaux. On la retrouve également dans le volet médical, lequel est axé sur les meilleures pratiques au coût minimal (soins à domicile et hospitalisation de jour, médicaments essentiels génériques, approche syndromique pour les IST, approche thérapeutique pour les mères-enfants, ARV à coûts réduits après négociation avec les firmes,...) ;
- la *décentralisation des activités* et le *renforcement des partenariats entre le secteur public, le secteur privé et la société civile* : l'exécution du plan d'action repose sur un cadre institutionnel décentralisé permettant au Gouvernement d'assurer pleinement ses fonctions de supervision, de coordination et de programmation technique et financière tout en responsabilisant des agences d'exécution autonomes (associations, ONG, communautés, secteur privé,...) pour l'exécution transparente des programmes et projets ;
- un *accent plus marqué sur la prévention, les conseils et les tests volontaires, le traitement et les soins aux personnes atteintes du VIH/Sida* ;
- une *augmentation très importante des ressources financières* et humaines mobilisées pour la lutte contre le VIH/Sida ;
- l'adoption de *mécanismes plus efficaces* notamment pour l'acheminement des ressources ou pour le suivi et évaluation des actions de lutte contre le VIH/Sida.

Il s'agit également de rechercher une viabilité institutionnelle et financière à long terme des actions de lutte contre le SIDA, grâce notamment à l'approche participative et à l'accent particulier mis sur le renforcement des ressources humaines. Les stratégies proposées intègrent également les dimensions liées à l'égalité quant au genre, la promotion et protection des droits de la personne humaine car ces dimensions restent cruciales dans l'élargissement de la réponse multisectorielle face à l'épidémie.

Programmes d'action et objectifs à l'horizon 2006

Le Plan d'action national s'articule autour de quatre stratégies principales qui sont : (i) la prévention ; (ii) la prise en charge des personnes infectées et /ou affectées ; (iii) la réduction de l'impact de l'épidémie sur les individus et les familles ; (iv) et le renforcement des capacités institutionnelles. Il se décline en seize programmes d'action dont les intitulés et les objectifs à l'horizon 2006 sont repris au tableau T19.

Des ressources importantes à mobiliser

Le plan national a un coût global estimé à 233 millions de dollars US, représentant une dépense annuelle moyenne de l'ordre de 46 millions de dollars US (8% du PIB et plus de 20 fois le budget du Ministère de la Santé publique). La décomposition du coût total par programme est indiquée également dans le tableau T19.

La prise en charge des PVVIH représente l'axe de loin le plus important en termes de coûts, en raison du poids des deux programmes portant respectivement sur l'amélioration de l'accès aux anti-rétroviraux (142 millions de US\$ sur les cinq ans) et sur le renforcement des capacités de diagnostic et de traitement des maladies opportunistes (31 millions de US\$). Ces deux programmes totalisent à eux seuls les trois quarts des dépenses prévues pour le plan d'action. Cependant, avec la réduction importante des coûts des ARV au cours de ces 2 dernières années et la réduction attendue des coûts de suivi biologique des patients sous ARV devraient conduire à revoir ce chiffre à la baisse. En effet, le prix d'une trithérapie ARV était évalué à l'époque à 100 US\$, il est évalué aujourd'hui à 30 US\$.

Les financements acquis représentaient de l'ordre de 32 millions de US\$ en décembre 2001. Aujourd'hui, le niveau de mobilisation de ressources pour la période 2002-2006 s'établit à environ 60 millions de USD. Si l'on constate bien un effort financier manifeste, avec une augmentation des ressources financières disponibles par rapport aux plans antérieurs, le niveau actuel reste toutefois encore insuffisant au regard des besoins.

Tableau T19 – Plan d'action national 2002-2006 : programmes d'action, objectifs, coûts (milliers de US\$) structures d'exécution et sources de financement

	Programmes d'action	Objectifs à horizon 2006	Coût 10 ³ US\$)	Structures d'exécution	Sources de financement
Prévention					
1	Réduction des comportements à haut risque par des actions IEC	réduire de 80% les comportements à risque	9 634,0		FNUAP, PNUD, UNICEF, ACTIONAID, HANDICAP International
2	Marketing social des préservatifs	augmenter le taux d'utilisation du préservatif de 100% dans les groupes à risque	3 437,5	USLS, CPLS, PNSR, PSI, SWAA et animateurs communautaires	FNUAP, Banque Mondiale et USAID
3	Dépistage volontaire et anonyme du VIH/SIDA	augmenter, chaque année, de 50% le nombre des bénéficiaires du dépistage volontaire et confidentiel	3 780,0	USLS/Santé, CNTS, INSP, ONG (SWAA, ILEV, CED, Caritas, ANSS)	FNUAP, OMS, Banque Mondiale, Action Aid, Coopération française
4	Diagnostic précoce et traitement des IST	diagnostic et prise en charge dans 100% des formations sanitaires	2 280,0	USLS/Santé, PNSR, structures de santé, BPS, CPLS, associations (ABUBEF et SWAA)	FNUAP, OMS, Banque Mondiale, Belgique
5	Réduction des risques de transm. par voie sanguine	réduire de 80% les risques de transm. du VIH par voie sanguine	4 926,0	CNTS, centres régionaux de transfusion sanguine	Banque Mondiale, OMS, France
6	Réduction des risques de transmission mère-enfant	réduire de 50% me taux de transmission	7 937,0	USLS/Santé	UNICEF, Banque Mondiale, FM
Prise en charge et réduction de l'impact					
7	Prise en charge psychosociale des PVVIH	50% des PVVS ont une prise en charge psychosoc. de qualité	5 023,0	SWAA, ANSS, Nouvelle Espérance ou ILEV	Banque Mondiale, OMS, FNUAP, Action Aid
8	Capacités de diagnostic et traitement des maladies opportunistes	80% des formations sanitaires disposent des médicaments pour les IO et 70% des cas de Sida sont soignés (38.500 patients)	30 978,5	toutes les structures de santé, publiques et privées	Banque Mondiale, gouvernement, institutions privées
9	Amélioration de l'accès aux anti-rétroviraux	30.000 PVVS bénéficient d'un traitement ARV et d'un suivi adéquat	142 500,0	USLS/Santé, Service de santé du ministère de la Défense nationale, ANSS, SWAA, Faculté de médecine, hôpitaux publics et privés	Gouvern., Banque Mondiale, caisses de solidarité de certaines institutions, coopération française, AIDES
10	Promotion des droits et de la protection des PVVIH et des groupes vulnérables	Textes juridiques diffusés et appliqués	965,5	RBP+	PNUD
11	Prise en charge des orphelins du SIDA	70% des orphelins identifiés sont pris en charge dans les centres et familles d'accueil	5 940,0	FVS, agences d'encadrement de l'exécution, Maison Shalom, APECOS, SWAA	Banque Mondiale, UNICEF, Action Aid
12	Accès au micro-crédit pour le développement d'AGR en faveur des PVVIH les plus démunies	70% des PVVS nécessiteux notifiés sont appuyés dans le cadre de la politique nationale de micro-crédit	2 025,0		Banque Mondiale, PNUD, Action Aid
Renforcement des capacités institutionnelles					
13	Système de surveillance, collecte et gestion de l'information	Le système de gestion des données et de sérosurveillance est opérationnel	1 120,0	Croix Rouge du Burundi, SEP/CNLS, CPLS, GTT restreint	Banque Mondiale, FNUAP, Action Aid, UNICEF
14	Capacités de planification, de programmation et de suivi au niveau décentralisé	Les plans d'action des provinces, communes, ministères et entreprises sont opérationnels	5 115,1	CPLS, USLS, COCOLs, COZOLS (en mairie de Bujumbura)	Banque Mondiale, UNICEF, Action Aid, PNUD
15	Capacité des associations et ONG professionnelles dans le domaine du VIH/SIDA	Des associations et ONG nationales de qualité sont opérationnelles dans tout le pays	1 860,0	ONG impliquées dans la lutte contre le SIDA.	BM, FM, FNUAP, PNUD, ActionAid, Cordaid, Handicap International, ECS.
16	Système de coordination au niveau national	La structure de coordination a les capacités de coordonner, planifier, programmer, suivre et évaluer.	5 413,3	MPLS, SEP/CNLS	Banque Mondiale, UNICEF, Fonds Mondial, Action Aid, PNUD.
Total			233 095,1		

5.1.3. La réforme du cadre institutionnel de mise en œuvre de la lutte contre le SIDA

Au cours des premières années de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA, le Ministère de la Santé constituait la structure institutionnelle de référence principale, voire unique. L'essentiel des activités se développaient suivant une approche centrée sur la réponse sanitaire à l'épidémie et les modalités de mise en œuvre reposaient principalement sur les structures du système de santé publique.

Avec le temps, le ministère de la santé, tout en continuant à rester l'acteur principal et la structure de pilotage de la lutte contre le VIH/SIDA, a commencé à diversifier les opérateurs retenus pour mettre en œuvre les programmes de lutte. C'est ainsi que d'autres organismes, publics (comme les ministères de l'éducation, de l'information ou de la défense nationale) ou privés (principalement les ONG) ont pris une part croissante dans les actions de lutte contre le VIH/Sida, surtout dans le domaine de la prévention.

En juillet 2001, un pas important a été franchi pour permettre une meilleure réponse institutionnelle au VIH/Sida avec la création d'une nouvelle structure : le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Le nouveau dispositif institutionnel marque à la fois l'engagement politique – le Conseil est présidé par le Chef de l'Etat –, le caractère multisectoriel du programme national et le souhait de développer des partenariats efficaces entre tous les secteurs et la société civile afin d'assurer une riposte concertée et décentralisée face à l'épidémie.

Quelques mois plus tard, à l'occasion du remaniement ministériel de novembre 2001, un Ministère à la Présidence, chargé de la Lutte contre le VIH/Sida (MPLS) a été créé et assure, depuis lors, la tutelle du SEP/CNLS.

De par son rattachement direct à la Présidence de la République, la structure multisectorielle de coordination dispose de la visibilité et de l'autorité nécessaires pour garantir une coordination plus efficace que par le passé. Avec le statut d'une administration à gestion autonome, le SEP/CNLS a pour mission d'appuyer et coordonner les différentes agences d'exécution publiques et privées oeuvrant dans la lutte contre le VIH/Sida et elles-mêmes responsables de leurs actions. Le Conseil est doté d'un Secrétariat Exécutif Permanent (SEP) qui assure la gestion quotidienne et la coordination de la mise en œuvre du Programme National. Il dispose des ressources humaines et financières beaucoup plus importantes que le PNL/MST.

5.1.4. Le Plan d'Action National (PAN) de lutte contre le VIH/SIDA et le Système National de Planification

Le plan national d'action de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006 est en synergie avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) du Burundi qui a identifié l'infection par le VIH/SIDA comme étant un des grands facteurs qui aggravent la situation de la pauvreté des ménages et des communautés. Les interventions retenues dans le cadre du PAN vont contribuer à atteindre les objectifs de développement du millénaire en aidant à la réduction de la pauvreté, à la réduction du nombre de nouvelles contaminations et à la réduction de la mortalité infantile et maternelle liées au VIH/SIDA.

La stratégie nationale de prise en charge globale PVVS a adopté des principes directeurs qui sont en parfaite adéquation avec les orientations de l'initiative 3 par 5 de l'OMS. Ses principes reposent notamment sur l'équité, la pérennité et met la personne vivant avec le VIH/SIDA au centre de l'action. Le Burundi est en effet engagé à atteindre le but proposé par l'OMS, car il a l'ambition de mettre sous traitement incluant le traitement par antirétroviraux 50% des PVVS en indication de traitement d'ici la fin de l'année 2005

Le plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006 du Burundi vise également le respect des droits fondamentaux énoncés dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et mentionnés dans la déclaration d'engagement de la session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS).

5.2. Les stratégies de prévention de la transmission du VIH

La prévention de la transmission du VIH est basée sur trois approches complémentaires : il s'agit d'agir simultanément sur (i) la réduction de la transmission par voie sexuelle, (ii) la réduction de la transmission par le sang, (iii) et la réduction de la transmission mère - enfant.

Au Burundi, l'essentiel de la transmission du VIH se fait par transmission sexuelle. Les facteurs de risque sont divers : multipartenariat, fréquence élevée dans la population des autres maladies sexuellement

transmissibles (dont on connaît le rôle potentialisant dans la transmission du VIH), faible fréquence d'utilisation du préservatif dans tous les rapports sexuels à risque de contamination. Pour combattre ces facteurs de risque, les programmes successifs se sont appuyés sur plusieurs séries d'actions complémentaires : diagnostic et traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST), promotion du préservatif, promotion de comportements à moindre risque, campagnes d'information et de mobilisation sociale. Toutefois, une importance particulière a été accordée, dès le début de l'épidémie au second mode de transmission (sanguine) et aujourd'hui la transmission du VIH de la mère à l'enfant fait enfin l'objet d'une amorce de réponse.

Le bilan des actions sera présenté ici en reprenant la structuration par domaine d'intervention du plan d'action 2002-2006, à savoir : (i) la réduction des comportements à haut risque par les actions d'IEC ; (ii) la promotion de l'utilisation des préservatifs ; (iii) le dépistage volontaire et anonyme du VIH ; (iv) le diagnostic précoce du VIH et le traitement des IST ; (v) la réduction des risques de transmission par voie sanguine ; (vi) la prévention de la transmission mère-enfant.

5.2.1. La réduction des comportements à risque par les actions d'IEC

La prévention est au cœur de la lutte contre le SIDA. Parmi les priorités, les activités visant à un changement de comportement des populations, en particulier au sein des groupes à risque, occupent une place cruciale. Or, un tel changement se heurte à de multiples résistances, surtout lorsqu'il vise les relations sexuelles.

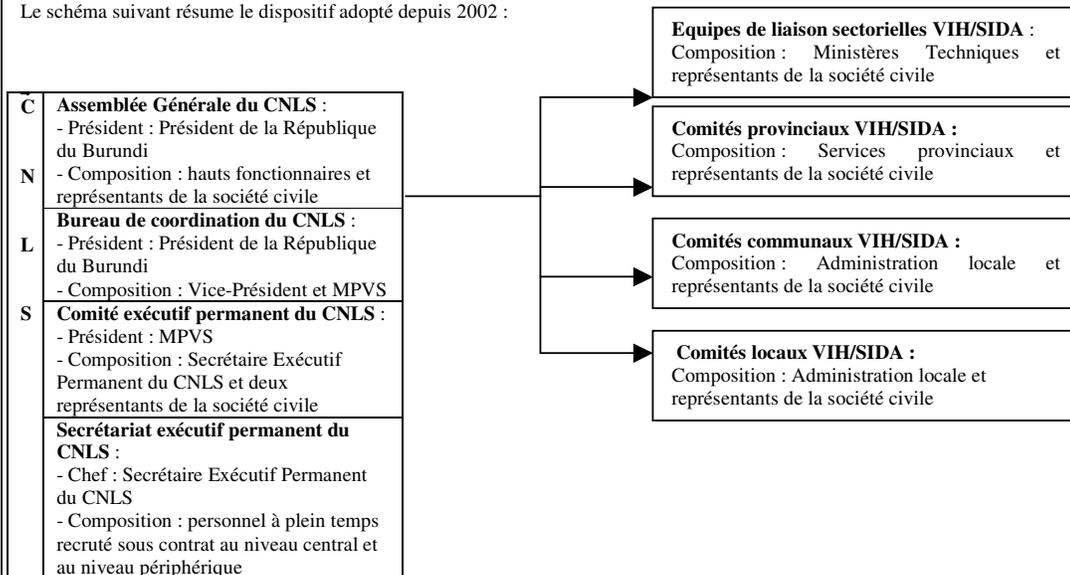
Depuis la mise en place du PNLS en 1986, des efforts considérables ont été réalisés pour diffuser les messages visant à prévenir la transmission du VIH. Des campagnes d'information ont été ainsi engagées régulièrement en utilisant différents média : radio, télévision, journaux, brochures et panneaux. Si des actions IEC ont pu assez rapidement couvrir l'ensemble des provinces, l'on s'est heurté ici au décalage entre les financements disponibles d'une part, et l'importance numérique des populations cibles (jeunes, femmes à partenaires multiples, femmes en âge de procréer, prisonniers, militaires, prostituées, travailleurs géographiquement séparés de leurs familles, sinistrés,...) d'autre part.

Ces dernières années, les approches de communication se sont faites plus ciblées en mettant l'accent sur la communication interpersonnelle, sur l'éducation par les pairs et sur la mobilisation des associations et ONG. Gouvernement et partenaires au développement ont ainsi contribué à la mise en place de *réseaux communautaires de lutte contre le SIDA* autour des animateurs dans l'ensemble des localités du pays afin de pouvoir toucher tous les ménages et individus. Le réseau communautaire implique tous les intervenants directs et indirects dans la lutte contre le SIDA : les animateurs communautaires, les accoucheuses traditionnelles, les tradipraticiens, les structures de santé, les associations, les diverses structures décentralisées du CNLS (USLS, CPLS, COCOLS, CLS), les médias publics et privés, les confessions religieuses, les réseaux des journalistes, etc.

L'initiative est partie du constat simple tiré à la suite des différentes enquêtes : si la connaissance des modes de transmission du SIDA s'est nettement améliorée, elle ne débouche pas nécessairement sur l'adoption de mesures de prévention efficaces au niveau individuel. Un changement de comportement repose donc sur un travail de terrain, permanent, inscrit dans la sphère communautaire et susceptible d'agir sur les pratiques et croyances traditionnelles. L'important travail d'éducation par les pairs donne aujourd'hui des résultats tangibles avec des changements de comportement qui deviennent visibles comme le montre l'évaluation de ce programme noté comme une des meilleures pratiques dans le domaine de la prévention (cf. encadré E14).

Encadré E13 - Un dispositif institutionnel réformé pour la lutte contre le VIH/SIDA

Le schéma suivant résume le dispositif adopté depuis 2002 :



Le Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA syndrome d'immunodéficience acquise (CNLS), relevant du Cabinet du Président, est régi par le décret n°100/032 du 1^{er} mars 2002 portant modification du décret n°100/015 du 4 février 2002. Ce décret précise les relations entre le MPVS (ministère chargé de la lutte contre le prévention du VIH/SIDA) et le CNLS. Le CNLS est chargé de définir les grandes orientations du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et de superviser son application. Il est assisté par un Secrétariat exécutif permanent.

L'Assemblée générale constitue l'organe plénier du CNLS. Présidé par le Président du Burundi, il est composé de hauts fonctionnaires, dont 5 ministres particulièrement concernés par question du VIH/SIDA le ministre des Finances, ainsi que de représentants de la société civile. L'Assemblée se réunit au moins une fois tous les trois mois. A sa quatrième session annuelle, l'AG du CNLS doit passer en revue et approuver les programmes de travail pour l'année suivante.

Le Bureau de coordination du CNLS est chargé de superviser la mise en œuvre du programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Cet organe est dirigé par le Président de la République du Burundi et est composé du Vice-Président de la République du Burundi et du MPVS.

Le Comité exécutif permanent du CNLS, organe exécutif du Conseil, est présidé par le MPVS et est composé de deux représentants de la société civile et du Directeur du Secrétariat Secrétaire exécutif permanent. Ce comité est chargé de coordonner la mise en œuvre du programme national de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Secrétariat exécutif permanent du CNLS (SEP/CNLS) est dirigé par le Secrétaire du Comité exécutif permanent et est composé d'au moins six cadres agents à plein temps recrutés par concours. Le SEP assure la gestion quotidienne et la coordination de la mise en œuvre du Programme national. Il assure ainsi le lien entre le CNLS et les différentes structures décentralisées instituées au niveau sectoriel, provincial, communal et local.

Les équipes de liaison sectorielles sont créées dans tous les secteurs. Composées de représentants d'institutions publiques et d'organisations privées, ces équipes seront chargées d'aider à l'élaboration et à l'exécution des stratégies sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ainsi que d'identifier et de promouvoir des projets dans chaque secteur.

Les Comités provinciaux de lutte contre le VIH/SIDA sont établis dans toutes les provinces et à la municipalité de Bujumbura. Composés de dirigeants départementaux et de représentants d'organisations de la société civile, ces comités sont chargés de promouvoir des activités de lutte contre le VIH/SIDA au niveau de leur sphère géographique et d'en suivre l'exécution.

Des comités communaux et locaux de lutte contre VIH/SIDA : Au niveau infra-provincial, la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA doit pouvoir compter sur des structures locales susceptibles de préparer des propositions de projets et de jouer un rôle important dans la mobilisation des acteurs de base. A cet égard, il convient de s'appuyer sur les Comités de Développement Communaux (CDC) qui ont été mis en place dans plus des deux tiers des communes, en particulier avec l'appui de l'IDA et de divers projets appuyés par des ONG.

Pour ce qui est du Plan d'action national en cours, il enregistre à son actif la conduite de plusieurs campagnes médiatiques, la formation de leaders et pairs éducateurs (400 pairs éducateurs dans les provinces ; 50 universitaires), l'appui aux activités IEC de 1500 animateurs communautaires, la mise en place et équipement de 14 centres pour jeunes, l'élaboration de guides de formation et la mobilisation/sensibilisation de 65 établissements scolaires. Le programme IEC souffre toutefois de certaines contraintes telles que l'absence d'une harmonisation des messages de prévention et la difficulté d'accéder à certaines zones pour cause d'insécurité.

Encadré E14 – Les médias et la lutte contre le VIH/SIDA²⁵

La Radio Télévision Nationale du Burundi (RTNB)

Créée en 1986, la RTNB, qui dépend toujours de l'Etat Burundais, a été mise à contribution dès la mise en place du Programme National de Lutte contre le SIDA. La RTNB a déjà réalisé beaucoup d'activités dans le cadre de la lutte contre le SIDA : production et diffusion des programmes de mobilisation et de sensibilisation pour contribuer à la prévention contre le VIH, à la promotion de la prise en charge des impacts, à la promotion des fonds de solidarité thérapeutique et à l'appui aux organismes communautaires engagés dans la lutte contre le SIDA. La RTNB a ainsi couvert divers séminaires, ateliers et campagnes traitant du SIDA. Au cours de la dernière journée nationale de lutte contre le Sida, en 2003, un grand concours de la chanson dédiée au sida a été organisé par une compétition mobilisatrice depuis les collines jusqu'au niveau national. Au niveau de la télévision nationale, trois séries sont diffusées sur le SIDA en langue kirundi : «UMUCO» (feuilleton théâtral joué par des jeunes), «SIDA YARATEYE» (série destinée à toute la population, appréciée par le public et considérée comme «meilleure pratique») et «NINDE» (feuilleton le plus populaire au Burundi, qui intègre également quelques thèmes en rapport avec la lutte contre le VIH/SIDA). Au niveau de la Radio Nationale, beaucoup d'émissions sont produites et diffusées par rapport à la prévention du VIH/SIDA, à la prise en charge des malades et victimes du SIDA, au renforcement des capacités et à la réduction d'impact pour les personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA. Ces émissions sont produites à partir de tout le territoire burundais, aussi des analyses sont faites par rapport au développement du SIDA au niveau régional, africain et mondial. La série radiophonique «Tugwane sida» est produite par la radio anglicane Trans World Radio depuis le 09/08/2001. Une trentaine de thèmes ont déjà été développés. Le RNJS (Réseau National des Journalistes Producteurs sur le Sida), dont la majorité des membres sont des journalistes de la RTNB, a été créé pour renforcer la sensibilisation et la mobilisation de la population et contribuer à la formation des personnels des médias en matière de lutte contre le SIDA.

Les radios privées

Les radios privées sont intervenues plus récemment. Lancée en 1997, *RADIO CULTURE* est celle qui a produit le plus d'émissions et de cassettes sur le VIH/SIDA. Chaque jour, il y a au moins une émission sur la lutte contre le SIDA et le fonds comprend pas moins de 4.000 cassettes produites et diffusées en rapport avec le VIH/SIDA. «Sida ni akaranda», qui est un jeu-concours radiophonique produit dans les communautés et diffusé chaque matin, est l'émission la plus populaire. La programmation hebdomadaire totalise environ 20 heures d'émissions en rapport avec le Sida, réparties sur 18 émissions en kirundi, en français et en kishwahili. On y retrouve les principaux thèmes de communication autour du Sida : prévention, dépistage volontaire et anonyme, utilisation des préservatifs, prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, impact du VIH/SIDA dans la famille, prise en charge des PVVS et des orphelins, rôle de l'Eglise dans la lutte contre le SIDA, etc. Radio Culture fait vivre le pays au rythme de la pandémie du VIH/SIDA dans un langage sans détour et suivant une méthode qui permet aux gens de se sensibiliser, de s'éduquer et de se donner des conseils mutuellement. Créé en 1998, le Studio IJAMBO intervient également dans la communication sur le SIDA, même si sa thématique principale concerne la résolution pacifique des conflits. Les émissions produites par le Studio IJAMBO en rapport avec la lutte contre le SIDA sont diffusées par plusieurs radios (Bonesha FM, RPA et ISANGANIRO). Deux émissions se distinguent : le feuilleton «SEMERERA» (155 épisodes déjà diffusés) et «NGUCIRE AGACE». Le feuilleton SEMERERA, très apprécié des jeunes, balaie différents thèmes en rapport avec le VIH/SIDA : le vagabondage sexuel, l'ignorance de l'existence du SIDA, l'indiscipline sexuelle et l'infidélité, la vengeance sexuelle, les viols, la prostitution, etc. Au-delà de la prévention, l'émission cherche à susciter l'engagement de toute la communauté dans la lutte contre le VIH/SIDA et dans la prise en charge collective des orphelins et des PVVS.

La presse écrite

La presse écrite constitue également un relais utilisé dans la lutte contre le sida. Mais, son rayon de diffusion est très réduit (deux journaux dont le tirage dépasse rarement 2.000 exemplaires et un bimensuel kirundi d'obédience catholique qui tire à 10.000 exemplaires et distribue dans les 130 paroisses du pays). Aucune rubrique spécialisée n'est consacrée à la lutte contre le sida. Depuis plus de cinq ans, il existe un mensuel rural de l'ONG Action Aid en Province de Ruyigi appelé «EJO» qui relaye les programmes d'alphabétisation et d'animation sur le sida dans les collines. Une revue trimestrielle "SIMBA IMANGA" vient par ailleurs d'être créée par le collectif des associations des jeunes (CPAJ).

5.2.2. La promotion de l'utilisation des préservatifs

La promotion de l'emploi du préservatif et l'organisation de sa distribution représentent également une constante des différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Le circuit public et non commercial repose essentiellement sur le PNSR (Programme National de Santé de la Reproduction) et le PNLS. Ces programmes passent par les secteurs de santé, les centres de santé et les animateurs communautaires pour atteindre les collines et les quartiers. Les ONG et associations de lutte contre le sida participent également à la distribution du préservatif dans leurs zones d'intervention (IMC, SWAA, ABUBEF, ANSS, ILEV). Pour le circuit privé et commercial, PSI (Population, Santé, Information) vend depuis 1990 le préservatif à travers

²⁵ Source : Etude sur les meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Burundi, Décembre 2003.

750 points de vente disséminés dans tout le pays (boutiques, pairs vendeurs). L'on peut aussi acheter le préservatif dans les pharmacies.

Dans le cadre du plan 2002-2006, les activités d'approvisionnement en préservatif se poursuivent (2.388.587 préservatifs distribués) en s'appuyant sur plusieurs services distributeurs : PNS-R, CAMEBU, USLS Santé, PSI, SEP/CNLS. Des formations ont été réalisées auprès de distributeurs à base communautaire (322) et 60 prestataires ont été formés sur la promotion et la vulgarisation du préservatif féminin. Un atelier a été également organisé sur l'harmonisation de la stratégie d'utilisation du préservatif.

Le bilan actuel indique une couverture quasi-nationale en termes de points de distribution. Mais, d'importantes contraintes demeurent : difficulté d'estimation des besoins, faiblesse du système de distribution et de coordination, une l'usage du préservatif reste limité par rapport au niveau d'exposition de la population ; les capacités de stockage, de qualité et de distribution sont encore insuffisantes ; l'opposition des leaders religieux au recours au préservatif (hormis pour les couples séropositifs !) et certaines croyances culturelles constituent également une entrave forte.

5.2.3. Le dépistage volontaire et anonyme du VIH

Toujours dans le cadre de la prévention et en vue de promouvoir des comportements à moindre risque, on a cherché à développer les activités de conseils et de tests volontaires, l'objectif étant, par des conseils intensifs immédiatement après les tests, d'inciter les gens à changer de comportement et à éviter des pratiques sexuelles à risque. Le counselling conduit ainsi à proposer des appuis appropriés selon qu'il s'agit de personnes infectées (aides psychologique, sociale et médicale à ces dernières et à leurs familles) ou de personnes séronégatives (autres types de soutien). En 2000, 26.500 personnes ont ainsi pu bénéficier des services de conseils et de tests volontaires auprès de 80 centres (dont 17 à Bujumbura).

Le plan d'action 2002-2006 a poursuivi les activités en appuyant les 80 centres de dépistage, en fournissant des tests (47.000 entre le démarrage du plan et septembre 2003) et en pratiquant un dépistage du VIH sur 25.000 personnes. Quatre nouveaux centres de dépistage ont été entre temps créés (Ngozi, Gitega, Kirundo et Muyinga).

Ce programme rencontre plusieurs contraintes : la répartition géographique des centres de dépistage dans le pays reste encore inégale et leur nombre insuffisant ; les besoins de formation du personnel de supervision demeurent très importants ; les centres de santé font face à des ruptures de stocks faute d'une bonne estimation des besoins et d'un système efficace de distribution ; les capacités pour les activités de contrôle de qualité (laboratoire national de référence) sont encore insuffisantes.

5.2.4. Le diagnostic précoce du VIH et le traitement des IST

Le programme de diagnostic et de traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) est justifié par le lien qui existe entre IST et exposition au VIH. Compte tenu de la difficulté à déterminer l'étiologie de la plupart des infections, en particulier chez les femmes, il a été décidé d'utiliser principalement des méthodes cliniques de diagnostic des IST au moyen d'algorithmes, en réservant aux hôpitaux de référence les techniques plus coûteuses et plus délicates qui dépassent les capacités de la plupart des formations sanitaires.

Jusqu'en 2002, les actions ont été en fait très limitées et n'ont concerné que la capitale (Bujumbura-mairie). Depuis le démarrage du plan d'action actuel, l'accent a été mis surtout sur la formation (formation de 200 agents de santé sur la prise en charge syndromique des IST), l'information (mise à disposition des structures de santé des guides et des fiches de prise en charge clinique des IST) et l'appui en médicaments essentiels pour le traitement des IST. Le programme se heurte à la faiblesse des capacités des intervenants (personnel et médicaments en nombre insuffisant dans les structures de santé).

L'encadré 14 revient sur les difficultés d'ensemble rencontrées par les programmes successifs de lutte contre le SIDA dans le domaine de la réduction de la transmission par voie sexuelle.

5.2.5. La réduction des risques de transmission par voie sanguine

Le risque de transmission par le sang a été mis en évidence dès 1981 au début de l'épidémie et dès 1985, les tests sérologiques ont été disponibles et le contrôle de sang et de ses dérivés a été pratiqué dans certains pays. Mais, pour bon nombre d'autres, la prise de mesures de prévention a été plus tardive.

La réduction de la transmission par transfusion sanguine

La prévention concerne d'abord la sécurisation des transfusions sanguines (on rappellera que le risque de contracter le VIH par une transfusion contaminée est de 90% selon les estimations de ONUSIDA). Au Burundi, la mise en place d'un dépistage systématique du VIH chez les donneurs de sang d'une politique de sécurité transfusionnelle date de 1987. C'est à cette date qu'a été introduit un contrôle des poches de sang avec un dépistage systématique du VIH. Ce dépistage a été ensuite élargi pour les donneurs de sang aux autres agents infectieux partageant en partie ou en totalité le même mode de contamination que le VIH (syphilis et hépatites B et C). Quant à la syphilis, son dépistage systématique au niveau des poches de sang est bien antérieur à 1987. En fait, le dépistage de la syphilis a été introduit bien avant 1987, celui de l'hépatite B a été introduit en 1987 et celui de l'hépatite C en 1998.

En 1990, une autre mesure importante a été prise : un questionnaire a été systématiquement introduit auprès des donneurs de sang et les donneurs à risque potentiel identifiés ont été exclus. En parallèle, on a cherché à développer le réseau des centres de dépistage anonyme et gratuit (cf. 5.2.3).

Enfin, afin de réduire au minimum le risque transfusionnel, une politique de fidélisation des donneurs de sang surtout au niveau des écoles secondaires et une politique de réduction des dons de sang aux situations d'extrême urgence est de plus en plus adoptée dans les structures de soins. Les médecins sont ainsi sensibilisés dès leur formation à la Faculté de Médecine que la transfusion ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité absolue. Le nombre de poches de sang collectées et distribuées chaque année connaît cependant une courbe ascendante (18.000 prévus pour 2003) qui s'explique par une meilleure couverture du programme de transfusion à travers le pays.

S'agissant des résultats, on constate d'importants progrès sous l'effet de la systématisation des tests auprès des donneurs de sang et de l'introduction du questionnaire standard destiné à éliminer les donneurs à risque. Selon les données du Centre de Transfusion Sanguine, la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang est passée de 9,2% en 1988 à 0,2 % en 2002. Avec l'ensemble des mesures prises dans les quatre centres régionaux de transfusion sanguine du pays, la sécurité transfusionnelle peut être considérée actuellement au Burundi comme bonne, même si elle ne peut pas être totale. Cependant, dans plusieurs régions du pays, il existe encore un besoin de créer des services transfusionnels efficaces répondant aux besoins en dons de sang. Dans ces zones, les infections liées aux transfusions continuent de se produire faute des moyens nécessaires pour réaliser les examens cliniques et les tests sur les échantillons de sang. En fait, bon nombre d'hôpitaux périphériques ne disposent d'aucune banque de sang.

Encadré E15 - Les résultats mitigés des stratégies de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et les acquis de la démarche des réseaux communautaires de lutte contre le SIDA :

Des stratégies de prévention aux résultats mitigés depuis 1986

La meilleure mesure de l'impact des actions de prévention est donnée par l'importance des changements de perception et de comportement consécutifs observables au niveau de la population. Les enquêtes de comportement réalisées ces dernières années mettent en évidence l'effet mitigé des programmes de prévention et les contraintes rencontrées dans ce domaine :

- L'âge du premier rapport sexuel est très précoce : 15,6% des personnes interrogées ont eu leur premier rapport avant 10 ans, 16,9% entre 10 et 14 ans, 37,7% entre 15 et 20 ans et 30,3% après 20 ans (source : Etude Cridis, 1998).
- Le *multipartenariat* demeure assez fréquent dans la population sexuellement active.
- Le *taux de prévalence des IST* est également élevé. Les données émanant des déclarations faites auprès des structures sanitaires - qui indiquent une incidence annuelle des IST (syphilis symptomatique et gonococcie) comprise entre 150 et 700 cas pour 100.000 habitants - sont visiblement très en deçà de la réalité.
- L'*usage du préservatif* reste faible. Les 3,1 millions de préservatifs distribués en 2000 à travers tout le pays, même s'ils représentent un progrès par rapport à l'année précédente (2,6 millions), correspondent à une moyenne de l'ordre de 1,4 préservatif par personne et par an, en rapportant leur nombre aux tranches d'âge sexuellement les plus actives (15-44 ans). L'enquête nationale socio-comportementale de 2000 confirme l'emploi réduit du préservatif : seulement 21% des personnes interrogées déclarent avoir utilisé au moins une fois un préservatif (24,6% des hommes et 18,5% des femmes) ; ils étaient 15% en 1991.
- La dernière enquête socio-comportementale met en évidence le *décalage* existant entre les modes effectifs de transmission et les mesures de prévention prises ou préconisées par la population. Ainsi, les modes de transmission du VIH les plus cités par les personnes interrogées sont les objets tranchants (68,1%) et le multipartenariat (64,6%). La transmission mère-enfant n'est évoquée que dans 1,4%. S'agissant des moyens de prévention, c'est la lutte contre le multipartenariat qui est le moyen le plus cité (88,1%). L'utilisation du préservatif n'est citée que dans seulement 4% en zone urbaine et 5% en zone rurale.

Pour expliquer ces résultats mitigés, plusieurs raisons peuvent être avancées :

- En premier lieu, les activités IEC souffrent d'une certaine précarité dans leur mise en œuvre – particulièrement dans les zones de conflits – ainsi que d'une *coordination insuffisante*.
- Les grandes campagnes d'information sur le Sida, qui utilisent comme *outils* la radio, la télévision, les brochures et affichages, ne touchent pas la grande partie de la population qui n'a pas accès à ces moyens pour des raisons économiques et liées au niveau de formation. Selon l'enquête nationale socio-comportementale (2000), seulement 31,6% des Burundais possèdent ou écoutent régulièrement la radio, 4,2% regardent régulièrement la télévision, 2,9% lisent régulièrement les journaux et 42,0% savent lire et écrire. De surcroît, si la radio constitue la principale source d'information et est de ce fait utilisée de manière privilégiée pour les campagnes d'informations, l'expérience montre (par exemple, dans le cadre du programme de lutte contre le paludisme avec la promotion de l'emploi des moustiquaires dans les campagnes) que les messages radiodiffusés n'ont qu'un effet limité sur les comportements.
- La fréquence élevée des autres infections sexuellement transmissibles amplifie l'infection par le VIH.
- La *pauvreté* et la *guerre* ont largement contribué à l'expansion du VIH/Sida, même si il est difficile de disposer de données détaillées à ce sujet. Elles ont favorisé la promiscuité (en particulier dans les camps de déplacés), incité de nombreuses femmes à la prostitution (stratégie de survie) et exposé celles-ci aux violences sexuelles. Dans un contexte où des risques de maladies graves et de décès (notamment liés à la guerre) font le quotidien de la majorité de la population, la peur du Sida tend à devenir secondaire, surtout si l'on reste sous informé sur les modes de transmission et de prévention. Cet aspect est fréquemment cité comme obstacle majeur à la prévention.

D'autres facteurs interviennent, jouant d'ailleurs en défaveur des actions de prévention comme des autres volets de la lutte contre le VIH/SIDA :

- La *mobilisation des ressources financières* s'effectue depuis dix ans dans un contexte très difficile avec une aide extérieure réduite et des allocations de ressources internes au fonctionnement et à l'investissement très limitées. Ainsi, le gouvernement n'alloue qu'un budget négligeable à l'entretien des équipements publics - ce qui a conduit à la dégradation de l'infrastructure physique, notamment des hôpitaux ruraux, des centres de santé et des écoles. Dans ces conditions, l'efficacité des systèmes de santé de base et d'éducation, qui devraient être d'importants relais pour la lutte contre le VIH/SIDA, est singulièrement réduite.
- L'*inefficacité des systèmes sanitaires et scolaires* est aggravée par le manque de personnel formé (absence de programmes systématiques de recyclage), les défaillances de l'encadrement et des conditions de travail peu motivantes (bas niveau des salaires, limitation des possibilités d'avancement).
- Les *ONG* ont démontré une importante mobilisation en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. Toutefois, elles manquent de fonds et sont insuffisamment organisées.
- Les *disparités régionales* tant au niveau des opérateurs gouvernementaux que non gouvernementaux sont flagrantes. L'efficacité de la transmission des messages sur le VIH/SIDA à travers le système éducatif est évidemment très différente entre Bujumbura-Mairie et la province de Bubanza (dont les taux bruts de scolarisation dans le primaire sont respectivement de 85% et de 9%). Ceci vaut également pour les ONG engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA dont les interventions hors la capitale sont peu nombreuses.

L'expérience encourageante des Réseaux communautaires de prévention du SIDA

Lancée en 1997 à Muyinga, l'initiative des Réseaux communautaires a été étendue en 2001 à 6 Provinces (Cibitoke, Gitega, Karusi, Kirundo, Muramvya et Mwaro), puis, en 2003, à Bujumbura-Mairie. Le programme bénéficie d'un financement de l'UNICEF et de la Belgique pour la formation, de l'UNICEF, de la Banque Mondiale ; UNFPA et du CNLS pour les activités de suivi et évaluation. Son objectif principal est de réduire les comportements à risque par l'information et la formation par les pairs et dans tous les groupes homogènes. L'intervention des réseaux communautaires renvoie aussi bien à des activités de promotion que de prise en charge psychologique et matérielle des PVVS, des malades et des orphelins du Sida.

Une évaluation effectuée en septembre 2003 a montré comment l'animateur communautaire, une fois formé, tisse progressivement ces réseaux avec l'aide de ses encadreurs qui sont essentiellement les techniciens de promotion de la santé (TPS provinciaux et communaux). Les animateurs travaillent à deux (souvent un homme et une femme ou un jeune) dans le secteur administratif (composé de plusieurs collines simples) où ils habitent et où ils sont recrutés avec le consentement des pairs. Normalement, les animateurs donnent bénévolement une séance d'animation deux fois par semaine. Une séance dure 20 à 30 minutes. Une journée par mois est réservée à l'évaluation et à la programmation des activités.

Les activités réalisées dans le cadre du programme ont porté sur :

- l'éducation par les pairs animateurs dans les collines et les quartiers ;
- l'extension du réseau avec la formation d'autres pairs éducateurs par groupes homogènes (femmes, hommes, jeunes, groupes à risque) ;
- la promotion des actions de réduction des risques de transmission (promotion et distribution de préservatifs et autres moyens de protection, incitation au dépistage et parfois conseil,...) ;
- la mobilisation des mouvements de jeunesse et des PVVS qui veulent témoigner ;
- l'incitation à la mise en place d'associations d'entraide et de soutien aux malades et aux orphelins du sida ;
- la constitution des réseaux de communication et de collaboration avec tous ceux qui peuvent aider au changement de comportement (leaders locaux, responsables religieux, écoles, camps militaires, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, leaders des mouvements associatifs,...).

L'évaluation de 2003 a mis en évidence les résultats suivants :

- formation de tous les partenaires du PNLS/Unicef en IEC / Sida sur les techniques d'élaboration des projets ;
- formation de 30 formateurs des formateurs au niveau national ;
- formation de 80 formateurs des formateurs au niveau de 7 provinces rurales (plus 45 autres en Mairie de Bujumbura) ;
- formation de 1100 animateurs communautaires dans ces 7 provinces (à raison de 2 par secteur administratif) et 231 autres en Mairie de Bujumbura ;
- production de modules de formation des formateurs de type « séminaire opérationnel » pour chaque niveau de formation ;
- production et impression de 3.000 « guides pour l'animateur » : *agatabu k'abaremeshakiyago bo kwirinda sida* ;
- production de 3.000 jeux d'images (affiches –problèmes) ;
- une évaluation du programme en septembre 2003 qui confirme que tout ce travail a été bénéfique à la population ;
- plus de 189.105 personnes touchées sur toutes les collines de 11 communes (dans les 7 provinces rurales ciblées) depuis octobre 2001 ;
- sur les mêmes collines, plus de 9.134 préservatifs déclarés distribués ;
- En Mairie de Bujumbura ; près de 30.403 personnes de toutes les 13 zones ont été touchées et 78.320 préservatifs distribués en moins de trois mois de travail des animateurs communautaires ;
- Globalement, l'évaluation révèle que le nombre de cas de dépistage volontaire a augmenté et que parfois les animateurs assurent le suivi ;
- Elle révèle également que certains comportements à risque tendent à diminuer comme le multipartenariat, surtout chez les jeunes ;
- Il est remarquable que plus de 90% des animateurs sont restés fidèles à leur mandat alors qu'ils ne perçoivent aucune forme régulière d'encouragement contrairement à la pratique des ONGs.

Plusieurs leçons ont été tirées de cette évaluation. D'abord, l'extension de cette expérience est apparue comme pertinente et il est souhaitable que toutes les initiatives d'éducation par les pairs s'inspirent de ce modèle. Ensuite, le matériel didactique fourni est apprécié par les animateurs, même s'il apparaît nécessaire de produire du matériel supplémentaire et de pratiquer des recyclages périodiques. Enfin, il est préconisé d'étudier un système de bénévolat moyennant un encouragement périodique et d'envisager, dans la mesure du possible, l'affectation de deux animateurs par colline de recensement.

Le programme actuel de réduction des risques de la transmission par voie sanguine comprend principalement la fourniture de réactifs au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), des appuis en équipement et la construction d'un nouveau siège pour le CNTS. Le dernier bilan continue à constater le nombre très réduit d'actions menées en vue de prévenir les autres risques d'exposition au sang.

La réduction de la transmission par le sang en dehors des transfusions

La prévention passe également par des actions de réduction de la transmission par le sang en dehors des transfusions (seringues et aiguilles à usage multiple, scarifications, circoncision, utilisation d'autres objets

tranchants). Les stratégies préconisées sont la promotion des seringues à usage unique et les campagnes d'informations sur les risques que constituent tous les gestes utilisant les objets tranchants à usage multiple. Au Burundi, les mesures de protection dans les structures de soins ont commencé à se mettre en place, comme pour la sécurité transfusionnelle, depuis 1987 mais ce n'est que depuis 1997 que l'on s'est attaqué aux actes susceptibles de provoquer une contamination par le sang en dehors des structures sanitaires (en particulier auprès des tradipraticiens).

Dans ce domaine, les résultats ont été limités. La plupart des mesures de sécurisation hors transfusions, surtout celles concernant la prévention des AES, semblent encore peu suivies. Certes, on ne dispose d'aucune donnée sur l'importance actuelle de la transmission du VIH par ces modes mais une enquête réalisée en 2000-2001 au Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK) montre la fréquence élevée des risques d'exposition au sang : 79% des personnels de santé interrogés ont eu un accident d'exposition au sang au cours de l'année précédant l'enquête et 55% ont été exposés par piqûre d'aiguille souillée. Seulement 48% de ceux ayant rapporté l'accident ont appliqué les procédures adéquates préconisées²⁶.

Une expérience pilote est en cours au niveau du service d'hygiène et prévention du CHUK. Elle s'appuie principalement sur la distribution de containers pour la collecte des aiguilles usagées ainsi que sur la formation du personnel concernant les pratiques à risque professionnel de contamination par le VIH/SIDA. Cette expérience devrait être étendue à d'autres lieux de soins. On devrait également pouvoir rendre les ARV disponibles pour le personnel en cas d'exposition au sang contaminé par le VIH.

5.2.6. La prévention de la transmission mère-enfant

Après avoir été longtemps occulté, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été reconnu à sa juste dimension au milieu des années 90. Au Burundi, avec un taux de séroprévalence de l'ordre de 16% 20% en milieu urbain chez la femme enceinte, on évalue le taux de TME (transmission du VIH de la mère à l'enfant) à 30-40% en l'absence de toute mesure de prévention. Cette transmission se fait (i) pendant la grossesse par passage transplacentaire, (ii) pendant l'accouchement par contact direct du sang maternel avec le nouveau-né, (iii) et en post partum par le lait maternel.

Les mesures de prévention qui peuvent être prises (traitement anti-rétroviral chez la mère enceinte et pendant l'accouchement, traitement anti-rétroviral chez le nouveau-né à la naissance et le non allaitement maternel) peuvent réduire ce risque de transmission à moins de 5%. Aujourd'hui, les schémas thérapeutiques qui peuvent être proposés sont devenus plus accessibles et ont démontré leur efficacité avec un taux de transmission estimé à 9% lorsqu'une solution alternative sûre à l'allaitement maternel était proposée et possible.

Jusqu'à une période relativement récente, le Burundi n'avait pas encore arrêté de stratégie de prévention de la transmission mère-enfant. Plusieurs raisons ont conduit à cette situation :

- un engagement politique insuffisant dans ce domaine ;
- le faible niveau de dépistage du VIH chez la femme enceinte (à peine 14%) ;
- les réticences post-test : bon nombre de femmes ne vont pas chercher le résultat ou, si elles le font, elles n'acceptent pas nécessairement le traitement proposé en cas de séropositivité avérée ;
- le manque de ressources financières, lequel limite l'utilisation du traitement anti-rétroviral pour prévenir la transmission du VIH/SIDA de mère à enfant ;
- une perception par la population globalement très réduite du danger de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Ce n'est qu'en 2000 qu'un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH a commencé à être mis en œuvre sous la forme d'une opération pilote financée par l'UNICEF et conduite dans un centre de santé de Bujumbura (quartier de Buyenzi). Il consiste dans le dépistage, le counselling, l'utilisation des ARV chez la femme enceinte et le nouveau-né et la substitution à l'allaitement maternel par l'allaitement artificiel.

L'expérience du Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi (CMC), la seule valable en la matière, s'est traduite par la prise en charge de 384 mères et l'évaluation à mi-parcours du programme de prévention de transmission mère-enfant (PTME) au CMC a montré des résultats probants en même temps qu'elle a recommandé l'extension de l'expérience à d'autres structures sanitaires du pays.

²⁶ Le Pont et al. *Assessment of occupational exposure to HIV and HCV in a referral hospital in Burundi, Central Africa. In Infection and Hospital Epidemiology (in press)*

Le programme a également permis d'élaborer une stratégie et un protocole nationaux de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. La politique PTME a été validée. Les perspectives à court terme portent sur le début de mise en œuvre de la politique PTME, l'achat d'ARV pour un premier groupe de mères séropositives (100), la formation du personnel de santé et la création de quatre nouveaux sites de PTME.

5.3. La prise en charge des patients infectés par le VIH

L'infection par le VIH, évolue schématiquement en trois phases. La première phase, dite de « primo-infection VIH », débute au moment de l'infection. Elle peut donner des signes cliniques dans 50% des cas mais ces signes sont bénins et nécessitent rarement un traitement. Cette phase passe souvent inaperçue ou est confondue avec une autre maladie bénigne. La seconde phase, appelée « phase de séropositivité asymptomatique », correspond à une longue période de latence clinique où la personne infectée ne présente aucun signe clinique et ne nécessite pas, dans la plupart des cas, de traitement. Dans la troisième phase, dite « symptomatique », la personne infectée va développer des infections dites « opportunistes » (IO), parfois de cancer. Elle nécessite alors un traitement pour les IO ou le cancer en cause ainsi que des Anti-rétroviraux (ARV) pour traiter le virus lui-même.

Le volet de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA s'organise autour de trois axes principaux : la prise en charge psychosociale, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes, l'accès aux anti-rétroviraux.

5.3.1. La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale comprend deux volets : le conseil pré et post test en matière de VIH/SIDA d'une part, le soutien social d'autre part. Cet aspect de la politique de prise en charge n'a été intégré dans les stratégies du PNLS qu'en 1992. Depuis cette période, la prise en charge psychosociale des PVVS existe dans les centres de dépistage et au niveau de quelques associations telles que SWAA, ANSS, Nouvelle Espérance ou ILEV (cf. chapitre 6).

Concernant le premier volet (*conseil en matière de VIH/SIDA*), des principes directeurs ont été définis en vue de guider le conseil pré et post test et garantir une réponse confidentielle et adaptée aux besoins des bénéficiaires. Des équipes de prise en charge ont commencé à être constituées au sein de certaines structures de soins, surtout parmi les centres de santé publics et privés réalisant le dépistage volontaire du VIH : centres de santé de CED-CARITAS, centre "TURIHO" de l'ANSS, services de dépistage et de conseil de SWAA-Burundi et de l'ABUBEF. En outre, la plupart de ces centres ont cherché à encourager le dépistage volontaire pré-nuptial et à assurer une activité de conseil aux couples en aval.

Le second volet (*soutien social et matériel*) conduit à proposer un système de soutien permanent aux personnes dont le résultat du test VIH s'avère positif et à leur entourage. Ce soutien repose non seulement sur les prestations de structures publiques ou privées mais aussi sur la promotion d'un appui des communautés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS ou PVVIH). Cela se traduit, entre autres, par l'organisation de visites à domicile aux PVVS et aux malades. Là encore, c'est surtout au sein du milieu associatif que se développent des stratégies de prise en charge. En particulier, la mise en place d'associations et/ou de réseaux de PVVS (en création aujourd'hui à tous les échelons administratifs) joue un rôle majeur dans la promotion de ces initiatives de soutien. Les cadres d'échange d'expériences personnelles et de témoignages qui sont organisés pour les membres de ces réseaux (comme, par exemple, le Groupe de Parole de l'ANSS) permettent de combattre les exclusions individuelles vécues ou ressenties.

Dans le cadre du plan d'action 2002-2006, le bilan des activités fin septembre 2003 évoquait les acquis suivants : suivi de 6.010 personnes vivant avec le VIH à domicile par les ONG nationales, formation de 32 formateurs puis de 405 intervenants sur les soins à domicile, acquisition de médicaments, appui au centre Turiho et à ses antennes (Kirundo, Gitega, et Muramvya) pour la prise en charge psycho-sociale des PVVS, appui aux six centres de la SWAA.

Des insuffisances importantes sont toutefois notées. D'abord, la prise en charge psychosociale continue à toucher un nombre très limité de personnes et la couverture géographique demeure très faible. Ensuite, les formations sanitaires manquent de personnels formés en psychologie et en counselling, comme de supports didactiques. En outre, les structures qui assurent le conseil pré et post test doivent composer avec des

ruptures de stock de réactifs pour les tests VIH. On soulignera enfin la faible implication du secteur public dans ce domaine.

5.3.2. Le renforcement des capacités de diagnostic et de traitement des maladies opportunistes

Au début, la priorité initiale du programme de lutte contre le Sida au Burundi a été donnée à la prévention. C'est au début des années 90 que la prise en charge clinique a été introduite dans le PNLS. Dans la stratégie de prise en charge des infections opportunistes (IO), l'accent a été principalement mis sur le traitement de la tuberculose qui constitue la maladie la plus grave qui affecte les malades du SIDA. Cette prise en charge des infections opportunistes est intégrée dans les soins de santé en général et concerne donc toutes les structures de santé, publiques et privées.

Afin de faciliter l'accès aux traitements, les médicaments utilisés dans le traitement des IO ont été inscrits en 1999 sur la liste des médicaments essentiels. Puis, en janvier 2001, tous ces produits ont été exonérés de droits de douane.

Aujourd'hui, la prise en charge de la tuberculose est bien assurée à travers tout le pays par le Programme National de Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose (PNLT), le Centre antituberculeux de Bujumbura (CATB) géré par ce dernier, ainsi que par les divers centres de santé. Le PNLT assure l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et contrôle l'efficacité du dispositif de prise en charge, en particulier en utilisant la stratégie « DOT ». Le dépistage et le traitement de la tuberculose sont gratuits.

A contrario, la lutte contre les autres maladies opportunistes reste très limitée, à l'exception de certains hôpitaux de Bujumbura, comme le CHU de Kamenge, qui disposent du plateau technique nécessaire. On estime ainsi à seulement 15% le pourcentage de patients ayant une prise en charge correcte des IO.

Les insuffisances dans la prise en charge des IO renvoient aux défaillances actuelles du système de santé : déficit de personnel dans les structures de soins, niveau de formation faible, manque de matériel, niveau d'équipement des laboratoires inadéquat, absence des médicaments nécessaires pour certaines IO.

Actuellement, un programme de prise en charge intégré est en train d'être structuré et a également l'ambition d'être décentralisé. La stratégie préconisée conduit d'abord à étendre la prise en charge aux ARV dans les structures publiques de dernière référence (CHU de Kamenge, Hôpital militaire de Bujumbura, Hôpital Prince Régent Charles) qui ont pris jusqu'ici l'essentiel de la prise en charge des infections opportunistes. Ensuite, les structures de 2^e référence sont en train d'être organisées en terme de formation du personnel et de constitution d'un plateau technique leur permettant de prendre en charge les IO courantes et le traitement par ARV. Ceci devrait en outre soulager certaines structures associatives qui suppléent aujourd'hui aux carences du système sanitaire, notamment public.

5.3.3. L'accès aux anti-rétroviraux

Les anti-rétroviraux (ARV) ont commencé à circuler dès 1996 avec un coût, au départ, prohibitif. Ce n'est qu'en 2000 qu'une politique d'introduction d'ARV au Burundi a été mise en place, d'abord dans le cadre d'une bithérapie (deux ARV associés), puis, en 2001, d'une trithérapie (trois ARV associés). A cet égard, le Burundi a eu une stratégie similaire à celle de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne qui ont développé la prise en charge des IO et n'ont que très récemment introduit les ARV dans leur politique de lutte contre le SIDA.

Plusieurs mesures ont été prises pour réduire sensiblement le coût des ARV: détaxation des médicaments, mise en place par le gouvernement d'un fonds pour les ARV alimenté par une dotation budgétaire de 100 millions de FBu par an, négociation des prix auprès des laboratoires pharmaceutiques, organisation de caisses de solidarité thérapeutique.

Fin 2001, le traitement par ARV concernait à peine 600 personnes. La première raison est économique : en dépit d'une baisse de leur prix, suite aux négociations avec les firmes pharmaceutiques qui ont conduit à ramener le coût du traitement brut à 100 US\$ par mois, le coût des traitements par ARV reste encore élevé, surtout si l'on tient compte des prestations de suivi. Les autres raisons sont liées au déficit de capacités en matière de suivi des personnes soignées : le nombre de personnels soignants formés dans la prise en charge des ARV est faible et peu de structures sont équipées dans la surveillance du traitement (en termes d'indication, de succès ou d'échec et de toxicité).

Le programme d'amélioration de l'accès aux anti-rétroviraux, mené dans le cadre du plan d'action 2002-2006, a permis déjà d'accroître le nombre de malades bénéficiaires des ARV (prise en charge par le programme d'environ 1.200 1.500 malades sous ARV). Une stratégie de prise en charge des PVVS y compris les ARV a été par ailleurs validée. Diverses actions de formation ont également été conduites auprès de 40 lauréats de la Faculté de médecine (sur la prise en charge des PVVS) et de 75 médecins (sur la prescription des ARV). Un appui a enfin été apporté au laboratoire de l'INSP et CHUK pour le diagnostic et le suivi biologique.

Avec l'appui du Fonds Mondial, le programme compte acquérir des ARV pour traiter 1.200 nouveaux malades pour les prochains six mois et il entend permettre l'accès aux ARV à 10.000 PVVS d'ici 2005.

Certains bailleurs de fonds ont mis l'accent sur la satisfaction de conditions préalables, liées surtout au système d'approvisionnement et au dispositif de suivi, avant de mobiliser des fonds pour financer les ARV.

La Banque Mondiale a donné l'accord d'inclure la prise en charge des malades par ARV dans son programme suite à la demande du gouvernement.

5.4. La réduction d'impact chez les patients affectés par le VIH

L'infection par le VIH affecte de façon importante la personne atteinte, sa famille et la communauté. Pour les personnes atteintes, elles doivent, outre leurs souffrances physiques, souvent faire face à des phénomènes d'exclusion. De nombreuses personnes vivant avec le VIH/SIDA n'ont aucune protection sociale et sont souvent rejetées par une bonne partie de la communauté (près de 50% 7,4% des personnes interrogées selon l'enquête socio-comportementale de 2001). Pour les familles, le coût des traitements des malades et surtout le décès d'un des parents entraînent une ponction importante sur les revenus familiaux. Quant à la communauté, on a vu l'importance de l'impact économique et les conséquences générales du VIH/SIDA sur le gonflement des populations vulnérables (augmentation du nombre d'orphelins).

Ces activités, souvent mises en œuvre par des ONG et associations nationales, seront parfois reprises de manière plus détaillée dans le chapitre 6 consacrée à la mobilisation de la société civile.

5.4.1. La promotion des droits et de la protection des PVVS

Des études ont été entreprises et des appuis ont été apportés en vue d'élaborer et valider des textes juridiques portant protection des droits des PVVS. Concernant les droits des PVVS en milieu de travail, les directives du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail ont été diffusées et le processus de révision du Code du Travail a été enclenché.

Il reste désormais à promulguer et diffuser les textes de lois préparés, concevoir les textes d'application et garantir leur application effective (un projet d'observatoire est envisagé).

Les activités liées à ce programme sont mises en œuvre par le Réseau Burundais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (RBP+), de création récente, et financées notamment par le PNUD, la Banque Mondiale, ONUSIDA, DFID et FHI.

5.4.2. La prise en charge des orphelins du SIDA

L'accroissement du nombre d'orphelins, résultat à la fois de la guerre et de la propagation du SIDA, a déjà été souligné dans le chapitre consacré à la situation du développement humain. Sur la base de l'enquête réalisée en 2000 par l'ISTEEBU et l'UNICEF (échantillon de 4.000 ménages), cette dernière organisation estime que sur un total estimé de 560.000 enfants orphelins par le décès d'au moins un parent, 160.000 sont des orphelins du SIDA.

Dans les années 90, plusieurs associations, comme APECOS ou FVS, ont commencé à s'occuper de la prise en charge des orphelins en privilégiant un soutien par les familles et/ou la communauté. Ce volet fait aujourd'hui l'objet d'une plus grande attention (cf. encadré 16). C'est ainsi que le Projet multisectoriel de lutte contre le SIDA et d'appui aux orphelins (PMLSO), lancé en octobre 2002 sous l'égide du SEP/CNLS et avec l'appui financier de la Banque Mondiale, a prévu une composante importante dédiée aux orphelins dont l'objectif est l'intégration sociale et l'éducation de 20 000 d'entre eux. Le PMLSO vise à soutenir et coordonner les efforts déployés en faveur des orphelins. Il intervient dans trois provinces (Muramvya, Kayanza et Karusi).

Dans le cadre du plan d'action 2002-2006, le programme « Prise en charge des orphelins et d'autres enfants vulnérables », en grande partie porté par le PMLSO, a réalisé plusieurs études (analyse sociale de la situation des orphelins dans 21 communes (zones-pilotes) ; étude sur la violence dans les écoles, dans les institutions de travail, des enfants sans famille, identification des ressources au niveau communautaire pour la prise en charge des orphelins. Le programme a apporté un appui à 12.500 orphelins et à leurs familles d'accueil dans 21 communes sous la forme de fournitures scolaires aux enfants orphelins, et de la fourniture de houes et de semences aux familles d'accueil correspondantes. 21 agences d'exécution et 3 agences d'encadrement ont été recrutées pour mettre en œuvre la composante « Orphelins » du PMLSO.

Une convention de collaboration a par ailleurs été signée avec le PAM pour un appui en vivres destiné aux orphelins et aux PVVS. Outre les agences d'encadrement, les structures d'exécution comprennent FVS, Maison Shalom, APECOS et SWAA.

En l'état actuel, le programme présente une couverture encore faible et les ressources financières allouées sont largement en deçà des besoins. Il est prévu prochainement d'étendre la couverture du programme à l'ensemble du pays. Le coût de cette extension est estimé à \$? sur une période de x ? temps (cfr Audace).

5.4.3. L'accès au micro-crédit et la promotion des activités génératrices de revenus pour les PVVS

L'objectif de ce dernier volet des stratégies de réduction de l'impact du VIH/SIDA est de promouvoir des activités génératrices de revenus et la distribution de microcrédits afin d'atténuer l'impact économique de l'infection sur les familles affectées. Les structures d'exécution sont le plus souvent des acteurs de la société civile : cellules GIPA, SWAA, ANSS, Association Chrétienne Laïque.

De manière générale, les actions restent dispersées, touchent peu de personnes et ne sont pas toujours réalisées avec le professionnalisme souhaitable. Paradoxalement, et dans un contexte caractérisé par l'absence d'une politique nationale de microfinance, la seule institution compétente, à savoir la Caisse d'Epargne et de Crédit Mutuel, n'a pas été suffisamment mobilisée.

Le bilan à la fin septembre 2003 du programme « Accès aux micro-crédits pour les activités génératrices de revenus en faveur des PVVS les plus démunis » (Plan d'action 2002-2006) témoigne de ce caractère encore embryonnaire des actions. A son actif, il compte le financement de 7 micro-projets (appui aux cellules GIPA), l'exploitation par des PVVS et leurs ayants-droits de petites unités de services (cafeteria à la COTEBU, salon de coiffure et téléphone public à la BRB), l'appui aux activités génératrices de revenus de PVVS dans 5 communes de Bujumbura Rural ainsi que d'autres AGR avec l'assistance de la SWAA

5.5. Le renforcement des capacités institutionnelles

Le renforcement des capacités institutionnelles s'appuie sur plusieurs vecteurs liés en partie au nouveau cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA : amélioration du suivi et évaluation des programmes, consolidation du système de surveillance épidémiologique, opérationnalisation des structures décentralisées (équipes VIH/SIDA dans les ministères techniques et les entreprises publiques en vue de promouvoir la prévention du VIH/SIDA et d'aider les personnes affectées, comités VIH/SIDA dans les 16 provinces et la municipalité de Bujumbura), formation des dirigeants, etc.

Encadré E17– Repères sur la stratégie de soutien aux orphelins

La stratégie centrale retenue est la prise en charge de l'orphelin par une famille « tutrice » à qui on fournit les possibilités de le soigner, de le nourrir, de l'habiller et de le scolariser. Il s'agit donc d'une approche communautaire qui s'occupe de tous les orphelins, y compris ceux du Sida. Dans la mesure du possible, il s'agit de recréer la solidarité familiale d'antan où l'orphelin était protégé par toute la communauté.

La stratégie s'appuie sur les axes suivants (les structures partenaires principales sont indiquées entre parenthèses):

Prise en charge des orphelins au niveau familial et communautaire (APECOS, FVS, PMLSO) : Les structures qui luttent pour la cause des orphelins sont conscientes que sans l'appui de l'adulte, l'orphelin ne pourra évoluer et s'épanouir convenablement et se prendre en charge. C'est pour cela qu'elles choisissent le placement dans des familles d'accueil plutôt que dans des établissements comme de grands orphelinats où l'enfant grandit dans un cadre anonyme. L'orphelin sera placé dans la mesure du possible dans un ménage qui fait partie de la famille proche ou élargie pour qu'il puisse évoluer dans un cadre familial rassurant et épanouissant qui pourvoirait à tous ses besoins, surtout le soutien psychologique.

Amélioration du bien-être économique et nutritionnel des familles qui accueillent des orphelins au moyen d'investissement dans des compléments nutritionnels et des activités rémunératrices (APECOS, FVS, PMLSO, MAISON SHALOM, OPDE) : La pauvreté rend les communautés et les familles très vulnérables face au VIH. Les familles d'accueil (tutrices) sont très pauvres, et, malgré leur bonne volonté, elles ne peuvent pas apporter tout l'appui matériel nécessaire pour le développement harmonieux de l'orphelin. Afin de renforcer les capacités des familles, les structures d'appui soutiennent les familles tutrices par l'octroi de micro crédits, un supplément alimentaire, le soutien en intrants agricoles ou par le soutien des activités génératrices de revenus.

Combat contre la spoliation des biens des orphelins (FVS, APECOS, Maison Shalom) : Certaines structures s'investissent pour assurer le suivi et la recherche des biens des orphelins, pour veiller au respect et à la gestion transparente des biens des orphelins et pour éveiller la conscience et le sens de responsabilité de la famille, de la communauté et de l'administration locale.

Garantie du respect des droits des orphelins (FVS, APECOS, Maison Shalom) : Les structures citées développent des actions en vue de sensibiliser la communauté sur les droits des orphelins et les devoirs des tuteurs. Ils interviennent également, dans certains cas, pour assurer la protection des droits des orphelins et sensibilisent ces derniers sur leurs droits. Les enfants- chefs de ménage commencent à s'organiser en associations d'entraide.

Prise en charge de la scolarité des orphelins (PMLSO) : Les structures qui appuient les orphelins ont compris le bien fondé de l'éducation scolaire. Ainsi, elles financent les droits d'inscription dans les écoles (minervals), l'achat des uniformes, les cahiers et manuels scolaires, bics et cartables. Chaque année, les effectifs des orphelins bénéficiant du soutien scolaire augmentent sensiblement. Mais ce soutien ne touche que peu d'orphelins si l'on considère le chiffre de 230.000 orphelins avancé par l'UNICEF. De plus, les interventions sont ponctuelles et disjointes. Seul le PMLSO du SEP/CNLS prend en charge de façon systématique les besoins des enfants et des familles dans les trois provinces de concentration (Karusi, Muyinga et Muramvya), avec l'aide relativement efficace des agences régionales et des associations locales.

Octroi de formations pratiques aux orphelins adolescents (APECOS, OPDE, FVS et Maison Shalom) : Les intervenants indiqués dispensent des formations pratiques telles que la vannerie, la menuiserie, la cuisine, la coiffure, la mécanique automobile, etc. Ils encouragent également les adolescents qui en bénéficient à s'organiser en associations de production afin de créer des activités génératrices de revenu et de leur permettre de subvenir plus tard à leurs besoins.

Prise en charge des soins médicaux y compris l'accès aux ARV : Les structures intervenant en faveur des orphelins rencontrent ici beaucoup de difficultés. Dans le cas où l'orphelin est malade du SIDA, la prise en charge médicale devient très difficile. Même les familles d'accueil n'acceptent pas de prendre en charge les orphelins séropositifs.

Source : Etude sur les meilleures pratiques ; décembre 2003.

5.5.1. Le système de surveillance, collecte et gestion de l'information

Le système de surveillance, fondé sur sept sites sentinelles, a été décrit au chapitre 3. Dans le cadre du plan d'action 2002-2006, de nouvelles activités ont pu être réalisées. Outre la validation de l'enquête nationale de séroprévalence conduite en 2002, elles concernent l'élaboration d'un système organisé de collecte de gestion et de diffusion de l'information, le démarrage d'une enquête CAP chez les sinistrés et l'élaboration d'un projet de plan de suivi-évaluation. Toutefois le système proposé n'est pas encore opérationnel.

L'absence d'un dispositif efficace de suivi et évaluation des programmes et des procédures demeure une faiblesse structurelle du SEP/CNLS. L'organisation récente (septembre 2003) d'un atelier sur ce thème et l'élaboration d'un plan national de suivi et évaluation devraient permettre de faire évoluer les choses. Il est de même prévu de créer un centre de documentation sur les projets et leurs résultats. Il reste donc aujourd'hui à finaliser le plan national de S&E et surtout à le mettre en œuvre pour disposer rapidement d'un système de suivi et évaluation de l'ensemble des programmes efficace et ouvert.

Comme cela a déjà été souligné lors de la présentation de la situation de l'épidémie au Burundi, une diversification et une fiabilisation des données sur le VIH/SIDA passe, entre autres, par un renforcement du

système d'information sanitaire. Par ailleurs, il serait souhaitable d'articuler la surveillance sérologique à la surveillance socio-comportementale tel qu'envisagé par le protocole national de surveillance de 2^{ème} génération de l'épidémie de VIH/SIDA. d'accroître la couverture géographique des sites sentinelles et de développer des sites de surveillance pour d'autres groupes spécifiques comme les prostituées, les patients souffrant des IST ou les jeunes.

5.5.2. Les capacités de planification, programmation et suivi au niveau décentralisé

Au démarrage du plan d'action actuellement en vigueur, le dispositif décentralisé s'appuyait principalement sur des réseaux communautaires présents dans 36 communes (sur 121) appartenant à 7 provinces (sur 17). Ces deux dernières années ont permis de consolider les structures décentralisées.

L'accent a d'abord porté sur la formation des membres de ces structures : USLS des ministères sectoriels, comités provinciaux (CPLS) et comités de zones en Mairie de Bujumbura (COZOL).

S'agissant des Unités sectorielles, 16 ministères sur les 26 disposent d'un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA en cours d'exécution. Un appui logistique leur a été par ailleurs apporté (véhicules de coordination et matériel de fonctionnement).

Les Comités provinciaux se sont vus affectés des conseillers techniques, des équipes techniques d'appui (4 avec le PNUD, 5 avec l'UNICEF, 5 avec Action Aid, 4 avec la Banque Mondiale), des véhicules et du matériel informatique. Dix-sept provinces disposent aujourd'hui d'un plan d'action provincial de lutte contre le SIDA validé et en cours d'exécution.

Au niveau communal, on note que plus d'une soixantaine de communes disposent de plans de lutte contre le SIDA. Les faiblesses constatées concernent la lenteur dans la mise en œuvre de certains plans d'action provinciaux, le déficit de coordination des activités au niveau décentralisé et le fait que les Comités communaux et locaux ne sont pas encore opérationnels.

5.5.3. Les capacités des associations et ONG professionnelles dans le domaine du VIH/SIDA

Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur la dynamique importante impulsée par les organisations de la société civile. En dépit de ce rôle moteur et d'une professionnalisation croissante de certaines d'entre elles, les ONG et associations nationales impliquées dans la lutte contre le SIDA continuent à souffrir d'un déficit global de capacités opérationnelles. Dans leur majorité, il s'agit de structures jeunes, manquant souvent de professionnalisme et ayant des difficultés à intervenir en dehors des principaux centres urbains et qui nécessitent d'être renforcées dans leur capacité opérationnelle. C'est ainsi que seules les ONG internationales sont capables de couvrir l'ensemble du territoire et ont une capacité d'absorption liée à leur expérience et à l'existence de fonds propres.

Dans ce domaine, le plan d'action 2002-2006 est intervenu suivant trois axes essentiels :

- formation (formation des représentants de 56 associations en élaboration et gestion de sous-projets) ;
- appui institutionnel à différentes associations (SWAA, ANSS, ABS/RBP+, FVS, ABUBEF, NTURENGAHO) qui se traduisent par l'achat de véhicules, d'équipements informatiques ou de bureau, la location de bureaux pour des antennes provinciales, la prise en charge de salaires, ou des formations ponctuelles à l'étranger pour des membres de ces associations.
- financement de sous-projets : 30 sous-projets des associations ont ainsi été financés dans le cadre du PMLSO ; projets orientés vers les activités IEC, activités de prise en charge et vers l'allègement de l'impact pour les PVVS et leurs ayants droits.
- dont 12 orientés vers les activités d'IEC (groupes cibles : environ 400.000 jeunes, 5.000 femmes, 200 adolescentes mères célibataires), 2 orientés vers la prise en charge de 5.000 PVVS, 6 orientés vers l'allègement de l'impact pour environ 20 PVVS et leurs ayants droits. Chiffres à actualiser Audace

5.5.4. Le système de coordination au niveau national

Dans ce domaine, une rupture nette existe avec la réorganisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA en 2001. Dans la période qui a précédé, le Bureau de coordination avait un statut et des appuis qui ne reflétaient ni le caractère multisectoriel ni le caractère ambitieux que l'on voulait donner à la lutte contre le VIH/SIDA.

Aujourd'hui, le plan d'action 2002-2006 peut être exécuté sous l'égide d'une structure de coordination plus solide, placée directement sous la supervision du Chef de l'Etat et fonctionnant sur une base de partenariats avec diverses entités décentralisées ou autonomes.

Toutefois, comme le SEP/CNLS l'a reconnu lui-même, certaines faiblesses demeurent. L'appropriation du nouveau cadre institutionnel n'est pas générale et, dans la pratique, on note un déficit de réunions de coordination regroupant les structures du CNLS et les différents intervenants. Il reste donc à assurer les réunions trimestrielles de suivi et à mettre en place le cadre nécessaire à une planification et évaluation annuelle communes des activités du Plan national d'action.

Au niveau décentralisé, les CLS, centrés autour des animateurs communautaires, doivent être rendus pleinement opérationnels. De même, les plans communaux doivent être finalisés et mis en œuvre. Il convient à cet égard de trouver les moyens pour permettre une réponse du terrain plus rapide (il a été proposé l'élaboration et le financement d'au moins trois sous-projets pour chaque commune, selon les trois axes du plan d'action).

E18 – Etude sommaire des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA mises en œuvre dans les autres pays.

1. La sécurité transfusionnelle

Dans d'autres pays surtout du Nord, le dépistage du VIH dans les poches de sang a été introduit dès 1985. Depuis fin 1985, les techniques de préparation des dérivés sanguins utilisés, basées sur la thermosensibilité du VIH, ont conduit à inactiver ce dernier. La population des hémophiles, qui avait été fortement contaminée avant cette période par les dérivés sanguins (jusqu'à 70% des hémophiles) a été la principale bénéficiaire de ces politiques²⁷. Aujourd'hui, il n'y a pratiquement plus de nouvelles contaminations dans cette population par le sang ou ses dérivés.

2. La réduction des accidents d'exposition au sang (AES)

Dans les pays du Nord, dès le début de l'épidémie, la politique de matériel d'injection à usage unique a été largement promue et appliquée, de même que la promotion des mesures universelles de protection en milieu de soins. Il s'agit de l'ensemble des mesures prises pour limiter la contamination du personnel de soins et des malades hospitalisés à travers les moyens de protection contre les accidents d'exposition au sang (les AES), les contaminations par voie aérienne et par voie digestive. La prévention des AES comprend plusieurs volets : soins dans les prélèvements de sang et dans la manipulation des liquides biologiques (port de gants, de masques et blouses de protection) et dans le recueil et traitements du matériel utilisés et des produits de prélèvement.

1. La réduction de la transmission par voie sexuelle

En Afrique, l'essentiel de la transmission l'est par transmission sexuelle. Par contre dans les pays du Nord, la transmission s'est faite d'abord dans la population des homosexuels et des toxicomanes et beaucoup plus tardivement dans la population hétérosexuelle. La stratégie d'IEC a été adoptée dans beaucoup de pays africains avec cependant des degrés d'implication différents. L'Ouganda a été un des exemples de pays ayant fait une grande mobilisation pour la lutte contre le Sida impliquant les plus hautes autorités du pays et à travers tout le pays avec obtention de très bons résultats. Dans les pays du Nord, la prévention au départ a mis l'accent sur les populations homosexuelles et toxicomanes. Dans les pays du Nord, même si la situation est loin d'être comparable à celle des pays africains, on note cependant que les efforts de prévention sont en perte de vitesse. Au courant de l'année 2001, on estime le nombre d'adultes et enfants nouvellement infectés à 30.000 en Europe de l'Ouest et à 45.000 en Amérique du Nord²⁸. Ce relâchement s'explique d'une part par une moins bonne prise de conscience des jeunes garçons homosexuels qui n'ont pas vu souvent un des leurs mourir contrairement à leurs aînés, d'autre part par un manque de contrôle de l'infection dans la population toxicomane et enfin par la faible sensibilisation de la population générale. En Afrique, la politique de prévention de la transmission sexuelle du VIH a eu des résultats tout à fait mitigés dans la mesure où le taux de séroprévalence continue à augmenter. Il est de 8% en 2001 dans la population adulte et le taux d'incidence annuel est de 1% et le nombre de nouvelles infections est de 3,5 millions au cours de cette même année²⁹. Des résultats spectaculaires ont été toutefois obtenus par quelques rares pays comme l'Ouganda : grâce aux efforts entrepris à tous les niveaux, l'épidémie du VIH régresse dans ce pays ; la séroprévalence en zones urbaines chez la femme enceinte est passée de 29,5% en 1992 à 11,3% en 2000. L'utilisation du préservatif masculin (PM) au cours des rapports sexuels occasionnels a également augmenté, passant dans les Districts de Masindi et Pallisa de 1997 à 2000 respectivement de 42% à 51% et de 31% à 53%. A Kampala, ils étaient 98% à utiliser le PM lors des rapports sexuels occasionnels en 2000³⁰. **La réduction de la transmission de la mère à l'enfant**

Dans les pays du Nord, les premiers cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant furent décrits aux Etats-Unis d'Amérique dès 1983. Ce risque a cependant été longtemps négligé. Ce n'est que vers la fin des années 1980, par suite à des alertes itératives de la communauté scientifique que ce risque a été pris en compte. Au début, avant la mise au point de schémas de traitement réduisant ce risque, les questions posées étaient celles de l'opportunité d'un dépistage chez une femme enceinte, de conception chez une femme séropositive, celle de faire gérer aux couples la situation de séropositivité chez la femme avec un risque de transmission du VIH dans plus de 25% des cas avec la question corollaire d'interruption de grossesse ou pas et enfin, la gestion de la question de désir d'enfant dans des couples sérologiquement discordants³¹. Actuellement, il existe des schémas de traitements prophylactiques depuis 1994³² permettant de réduire la transmission à moins de 5%.

²⁷ CDC, *Humain immunodeficiency virus infection in the United States ; A review of current knowledge. Morbid Mortal Weekly Rep.* 1987, 36 (S6), 1-45.

²⁸ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA, Décembre 2001.*

²⁹ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA, Décembre 2001.*

³⁰ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA, Décembre 2000.*

³¹ Niyongabo T. *L'infection par le VIH/SIDA et les politiques nationales et internationales. Aids Transparency*, 2002.

³² Connor EM et al. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine. N Engl J Med*, 1994, 331, 1175-1180.

Aujourd'hui, dans les pays du Nord, la politique de prévention de la transmission mère- enfant est largement menée. A titre indicatif en France, la sérologie VIH est pratiquée dans 90% des cas des femmes enceintes, elle est acceptée par 99% des femmes au cours de leurs grossesses et 90% des femmes séropositives acceptent le traitement anti rétroviral préventif. Le taux actuel estimé de transmission est inférieur à 1%.

En Afrique, les politiques de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant se heurtent à plusieurs obstacles : (i) manque dans certains pays de volonté politique (Afrique du Sud) et absence de politique de prévention dans ce domaine, (ii) faible niveau de dépistage du VIH chez la femme enceinte (11% au Malawi), (iii) la plupart des femmes qui font le test de dépistage ne retournent pas chercher le résultat et celles à qui on annonce la séropositivité et à qui on propose un traitement ne l'acceptent pas toujours (elles sont moins de 50% à adhérer au traitement de réduction de la transmission en Côte d'Ivoire³³).

2. La prise en charge des patients infectés par le VIH

Dans les pays du Nord, dès le début de l'épidémie, la prise en charge des IO et cancers associés était assurée dans le cadre des soins de base qui ont été continuellement améliorés. De nouvelles molécules ont été trouvées et de nouveaux schémas thérapeutiques confectionnés qui ont permis d'assurer de mieux en mieux cette prise en charge. Avant même l'introduction des ARV, cette prise en charge des IO avait contribué à réduire la morbidité, à allonger la durée de vie des patients en améliorant la qualité de la survie. Dès l'introduction des premiers ARV en 1986, la politique qui a été adoptée en la matière est un accès pour tous aux traitements quel qu'en soit le coût. De fait, les patients en indication de traitement en ont bénéficié et en bénéficient aujourd'hui.

Dans les pays d'Afrique, les programmes nationaux de lutte contre le Sida n'ont intégré le volet prise en charge des IO qu'en début des années 1990. Les faibles performances encore obtenues se traduisent par une mortalité qui est encore élevée en Afrique, 3,5 millions de décès en 2001 et une durée de survie encore courte des patients au stade de Sida maladie.

3. La réduction d'impact chez les patients affectés par le VIH

Dans les pays du Nord, la réduction de l'impact économique et social du VIH a été un des objectifs que se sont fixés les pouvoirs publics. Plusieurs structures d'appui et d'aide aux patients infectés par le VIH ont été créées et répondent aux sollicitations diverses à la fois économiques, sociales et psychologiques.

La mobilisation a été tel qu'actuellement les patients VIH positifs trouvent une structure d'aide en rapport avec la nature de leurs difficultés et sollicitations. La question des orphelins est marginale à cause de la faible prévalence du VIH et de sa prédominance dans la population homosexuelle.

Dans la plupart des pays africains, les problèmes se posent en des termes comparables. Le nombre d'orphelins du Sida augmente considérablement (12,1 millions en Afrique subsaharienne). Traditionnellement, les orphelins en Afrique sont récupérés au sein de la grande famille. Actuellement, l'importance du nombre d'orphelins à prendre en charge, l'urbanisation croissante, la paupérisation grandissante, le modernisme et ses tendances individualistes tendent à limiter cette prise en charge. Les structures sociales qui s'organisent ne peuvent être imaginées que comme transitoires en attendant un remplacement dans la famille ou celle d'accueil. Les solutions durables ne peuvent être que celles qui s'organisent autour des familles¹⁸.

³³ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA, Décembre 2001.

Chapitre 6 : DES SOLIDARITES QUI S'ORGANISENT POUR LUTTER CONTRE LE SIDA

Ce sixième chapitre montre le rôle essentiel des solidarités qui se sont progressivement constituées en faveur des personnes affectées ou infectées par le VIH/SIDA. Fondés sur des initiatives publiques mais plus souvent encore sur la volonté d'agir de la société civile, les projets se sont multipliés pour élargir la riposte à l'épidémie et ce, malgré un contexte très difficile marqué par les suites de la crise de 1993.

En s'inspirant largement de l'étude qui a récemment recensé les meilleures pratiques dans les différents domaines de la lutte contre le SIDA, on relèvera ici les initiatives qui témoignent plus particulièrement du rôle fondamental des organisations de la société civile dans cette lutte. A la fois inspiratrices des inflexions apportées aux stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA et agences d'exécution, quelques organisations non gouvernementales burundaises ont eu ainsi un impact très important qu'il s'agisse de la sensibilisation des responsables politiques, de la promotion de la solidarité communautaire, du développement du dépistage anonyme et gratuit, du plaidoyer en faveur de l'accès des PVVS aux soins et aux anti-rétroviraux ou encore de la promotion de stratégies visant à combattre l'exclusion économique et sociale des malades du SIDA.

On se bornera ici à donner quelques illustrations (aperçu non exhaustif) des initiatives qui ont été prises en mettant surtout l'accent sur celles qui ont été portées par les personnes vivant avec le VIH elles-mêmes.

6.1. La mobilisation des PVVS

La mobilisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA est certainement l'une des clés de la réussite d'une stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Elle doit se faire principalement à travers l'intégration des PVVS dans l'ensemble des structures qui assurent la mise en œuvre des différents programmes. Mais, la réalisation d'initiatives propres aux PVVS peut également s'avérer un atout important. A cet égard, on évoquera successivement le Réseau Burundais des PVVS, de création récente, et les « GIPA ».

6.1.1. L'ANSS

L'Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Sidéens (ANSS) a été constituée en 1993 par des personnes vivant avec le VIH et qui ont commencé leur engagement par des témoignages, en particulier sur la chaîne nationale de télévision. Ces derniers ont eu un écho important en influençant à la fois la perception de la population et les stratégies de riposte au virus. Certains membres fondateurs de l'ANSS ont été parmi les premiers ambassadeurs de l'espoir en Afrique.

Reconnue pour sa compétence et la pertinence de ses actions, l'ANSS a divers partenaires financiers et techniques : ECS, CNLS, AEDES, PAM, AIDES, CTB. L'association milite depuis une dizaine d'années pour une prise en charge globale de toutes les personnes vivant avec le VIH. Elle couvre la plupart des domaines opérationnels de lutte contre le SIDA à Bujumbura et dans certaines provinces du pays.

Au niveau de la prise en charge médicale, l'ANSS a mis en place un centre de diagnostic et de prise en charge de l'infection à VIH (centre « Turiho ») qui assure des consultations quotidiennes. Des soins à domicile sont effectués avec l'aide de relais référents. L'association dispose d'un laboratoire d'analyses courantes pouvant faire des prélèvements pour les tests CD4 et charge virale ainsi qu'une pharmacie pour la fourniture de médicaments (avec 250 malades sous ARV actuellement pris en charge par l'association). Le centre a également aménagé un hôpital de jour comprenant quatre lits. Pour l'année 2002, l'association enregistre 6652 personnes ayant consulté le centre et 852 malades du sida pris en charge par ARV.

Concernant la prise en charge psychosociale et la réduction de l'impact du VIH, les services apportés par l'ANSS portent sur l'accompagnement psychosocial, le conseil, l'aide alimentaire aux PVVS, l'aide matérielle aux orphelins ou encore les visites à domicile ou en milieu hospitalier par les assistants sociaux de l'association. Des activités génératrices de revenus sont également développées. Le secteur de la prévention s'appuie sur une équipe de conseillers en dépistage volontaire et counselling. Dans ce cadre, l'association assure la mise à disposition gratuite de préservatifs et intervient comme centre de dépistage volontaire et gratuit. Elle a également développé des activités de sensibilisation au centre de déplacés de Kiyange (VCT).

L'ANSS réalise par ailleurs des activités de renforcement des capacités : organisation de séminaires ateliers de sensibilisation pour les associations qui le désirent, encadrement des jeunes leaders de mouvements impliqués dans la lutte contre le SIDA, formation continue de l'équipe du Centre "Turiho". Elle a enfin joué, surtout depuis cinq ans environ, un rôle très important en matière de plaidoyer et de lobbying. A ce sujet, l'ANSS s'est illustrée dans le combat pour rendre les ARV plus accessibles et dans la mise en place d'un réseau national des personnes vivant avec le VIH (cf. 6.1.2).

L'ANSS a ouvert la voie dans plusieurs domaines et témoigné, notamment de l'importance d'une approche globale qui lie activités de prévention et prise en charge des malades (y compris accès aux ARV et suivi). L'association fait face à une croissance rapide de ses activités sans que les moyens nécessaires soient toujours disponibles. Elle souhaite mobiliser de nouveaux financements afin d'assurer à tous les membres des soins complets allant jusqu'à la mise à disposition des ARV et focalise son attention sur la constitution d'un centre de prise en charge pérenne des personnes affectées par le VIH. A cet égard, elle propose également de créer un cadre formel de collaboration entre l'ANSS et les différentes institutions appelées à partager son expérience (Facultés de psychologie et de Médecine).

6.1.2. La SWAA

La SWAA Burundi (Society of Women against Aids in Africa) est présente dans la capitale ainsi que dans 7 provinces (Kayanza, Ruyigi, Muyinga, Ngozi, Gitega, Muramvya et Bururi), la SWAA bénéficie également de divers financements : ECS, CORDAID, OMS, Action Aid, AEDS, CNLS, UNFPA, FAO et PAM. Ses objectifs rejoignent ceux de l'ANSS : prévention de l'infection à VIH et réduction de l'impact du VIH-SIDA chez les PVVS par une prise en charge médicale, économique et psychosociale.

A l'instar de l'ANSS, la SWAA défend un système qui combine prévention et prise en charge globale (aide sociale, ARV...) avec une concentration des activités sur les femmes et les enfants. S'agissant de la prévention, ses activités concernent l'information des populations sur le VIH/SIDA (notamment dans les écoles mais aussi les prisons), la mise en place de « kiosques Stop Sida », la réalisation d'activités culturelles sur le thème du VIH/Sida, la promotion du préservatif féminin et la distribution des préservatifs, féminins et masculins. La SWAA assure en outre un service de conseil et dépistage volontaire ainsi qu'un service de conseil et écoute par téléphone (SOS-Téléphone) dont l'organisation nécessite d'être renforcé. Elle produit enfin divers matériels pour l'IEC (dépliants, cartes de jeux, spots radio et TV, tee-shirts,...) et intervient dans la formation et l'encadrement des relais /pairs-éducateurs.

Dans le domaine de la prise en charge, la SWAA offre des services de diagnostic et de traitement des affections opportunistes chez les PVVS : en 2002, 5.200 consultations ont été enregistrées et 50 malades du sida ont été pris en charge par ARV. L'organisation apporte également une aide alimentaire aux PVVS, un soutien psychosocial et participe à la promotion d'activités génératrices de revenus (distribution de semences pour les agricultrices, création d'unités de couture,...). En revanche, le projet de mise en place d'une pharmacie communautaire n'a pas été concluant.

6.1.3. Les GIPA

Démarré en octobre 2000, le projet-pilote GIPA (Greater Involvement of People Infected or Affected by Aids) visait globalement une meilleure implication des PVVS dans la lutte contre le Sida. De manière plus spécifique, il s'agissait (i) de créer un environnement propice en vue de valoriser l'expérience et les connaissances des PVVS dans la formulation de stratégies et programmes de lutte contre le SIDA auprès d'un certain nombre d'institutions ciblées ; (ii) et d'accroître l'implication des personnes infectées et/ou affectées par le VIH et de leurs organisations dans la mise en œuvre de programmes, en particulier ceux effectués en milieu de travail structuré ou au niveau des communautés rurales.

Bénéficiant d'un co-financement du PNUD, de l'ONUSIDA et du Programme VNU, le projet est intervenu sur Bujumbura, principalement dans 15 « institutions-hôtes » qui comprennent des ministères et autres institutions publiques, des entreprises, des ONG et associations.

S'appuyant sur une équipe de 15 volontaires nationaux (pour partie porteurs du VIH), le projet a cherché dès le départ à inciter les décideurs et le personnel des institutions-hôtes à s'engager dans des initiatives favorables à la lutte contre le VIH/SIDA et à l'inclusion des PVVS. De nombreuses activités ont été ainsi mises en œuvre au cours de ses 32 mois d'existence : actions de sensibilisation, de formation et de plaidoyer ; appui à la formulation et à la mise en application des plans stratégiques ministériels des institutions hôtes ;

participation stratégique à la constitution du Réseau Burundais des Personnes séropositives RBP+) ; mise en place d'associations de lutte contre le SIDA ; lancement des caisses de solidarité thérapeutique ; financement de micro-projets ; etc. (cf. encadré E-19).

Le projet a ainsi rempli son mandat qui était d'initier un processus d'intégration de la lutte contre le SIDA en milieu de travail par le développement des programmes sectoriels intégrant le concept GIPA (formations, séances d'information, élaboration de plan d'action, enquêtes, ...). Un appui devrait être apporté pour que les Volontaires du projet pilote pérennisent les activités du « Centre GIPA ».

6.1.4. Le Réseau Burundais des PVVS (RBP+)

Le Réseau Burundais des PVVS (RBP+) a été constitué en 2002 par un groupe de personnes vivant avec le VIH/SIDA et sous l'impulsion de l'ANSS, de SWAA et du programme GIPA. Le réseau dispose en principe d'une couverture nationale à travers ses antennes (dans 80 communes). Il bénéficie de financements SIPAA (Action Aid), du CNLS et de l'ONUSIDA à travers le PNUD.

Le réseau a pour objectif principal de promouvoir les droits des PVVS. Dans ce cadre, il réalise des activités centrées sur l'information, le plaidoyer et la réduction d'impact : renforcement des capacités des PVVS par la formation et les activités génératrices de revenu, plaidoyer pour la non stigmatisation des PVVS, l'accès aux micro-crédits et aux médicaments (ARV en particulier), formation et accompagnement dans la demande des micro-crédits, témoignages et counselling. Le réseau RBP+ participe aux instances de décision du CNLS.

Le Réseau favorise une grande visibilité des PVVS à tous les niveaux. Le fait qu'ils déclarent leur séropositivité et témoignent de leur maladie constitue un facteur très fort à la fois d'encouragement mutuel parmi les PVVS et de sensibilisation auprès de l'ensemble de la communauté nationale. Une telle approche conduit à une plus grande implication des PVVS dans la lutte contre le SIDA, en particulier en créant un lien de partenariat entre les PVVS, les structures de santé, et les différents organes centraux et décentralisés du CNLS.

Ses autres résultats sont enregistrés au niveau de la formation (PVVS et 40 leaders communautaires dans toutes les provinces, 200 personnes formées en matière de micro projets sur le conseil, de leadership, et d'IEC) et de l'accès au crédit et aux ARV.

Dans ses perspectives, le réseau entend renforcer les points focaux du CNLS, assurer une équipe minimale dans chaque région, créer un observatoire national des droits des PVVS et développer le volet micro-projets en faveur des PVVS.

6.2. Les actions d'autres ONG nationales

La lutte contre le Sida a été un élément important de mobilisation communautaire, laquelle s'est traduite par la création de diverses associations locales créées autour des différentes thématiques liées au VIH/SIDA. En 2000, on recensait près d'une quarantaine d'ONG actives dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

Ces associations ou organisations non gouvernementales ont œuvré au départ essentiellement dans le champ de la prévention en développant des actions d'IEC (information, éducation et communication). Toutefois, depuis quelques années, certaines organisations cherchent à développer des activités dans le domaine de la prise en charge des PVVS : conseils sur le VIH/Sida, aide psychosociale et matérielle aux personnes infectées ou affectées par le virus (en particulier aux orphelins et aux veuves), aide médicale aux malades du SIDA et à leurs familles, notamment au niveau des soins à domicile.

E19 - Promouvoir l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'action nationale de lutte contre le SIDA : l'exemple du projet GIPA

Le projet est intervenu auprès de 15 « institutions-hôtes » : 4 ministères ou départements publics (Ministère de la Défense Nationale, Ministère du Travail, Ministère du Développement communal et de l'artisanat, et Ministère de la Réinsertion, Réinstallation et Rapatriement des Réfugiés et des Déplacés), 5 institutions privées ou organisations parapubliques (BRARUDI, COTEBU, Mutuelle de Fonction Publique-MFP, Institut National de Sécurité Sociale-INSS et Banque de la République Burundi-BRB) et 6 ONG et associations (Action Aid, CED-Caritas, Association des Scouts du Burundi-ASB, SWAA Burundi, ANSS, FVS) intervenant directement avec et au profit des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA.

Les principaux résultats

- Du point de vue du renforcement des capacités, plus d'une trentaine de séances de formation ont été organisées, touchant plus de 700 personnes : cadres des ministères appartenant aux unités sectorielles de lutte contre le SIDA ; membres des comités communaux de lutte contre le SIDA ; responsables de la prise en charge des orphelins dans les CDF (Centres de Développement Familial) ; pairs-éducateurs choisis dans les camps de déplacés ou parmi des jeunes, scolarisés ou non ; pasteurs de l'union des Eglises Baptistes de Bujumbura et de Kayanza.
- Au sein des 15 institutions-hôtes, le projet a appuyé l'élaboration de 13 plans d'action mis en œuvre en 2002 ;
- Trois cellules GIPA PVVS (BRARUDI, SWAA et BRB) ont été constituées.
- Neuf associations de lutte contre le SIDA ont été mises en place dans les institutions-hôtes.
- Six caisses de solidarité thérapeutique ont été créées en faveur des membres du personnel infectés ou/et malades (SWAA, Ministère de la Défense, COTEBU, ANSS, BRB, INSS) et, dans plus de la moitié de ces institutions, la prise en charge des ARV a été assurée avant la fin du projet.
- Le projet a participé activement à la mise en place du Réseau Burundais des Personnes Séropositives (RBP+) - structuration de l'organisation, planification stratégique, etc – et ce sont aujourd'hui les volontaires GIPA qui constituent le noyau dur pour l'exécution du plan d'action du réseau. Les VNU/GIPA apportent leur appui technique à la mise en place des points focaux du Réseau Burundais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA dans les Provinces (Muyinga, Ngozi, Kayanza, Kirundo et Bujumbura).
- Le projet a également été associé au processus de formulation du nouveau projet financé par la Banque Mondiale ainsi qu'à l'initiative burundaise dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (Global Fund).
- Le « centre GIPA » a facilité l'accès aux services de conseil, d'appui psychosocial et développé un système de référence pour la prise en charge médicale des PVVS dans les différentes institutions hôtes en organisant des séances de conseil collectif en milieu de travail et en assurant des services de counselling individuel (face à face ou anonyme) et de référence pour la prise en charge du personnel des institutions hôtes. 864 séances de counselling individuel ont été effectuées, 724 personnes ont procédé à un dépistage volontaire et 6.228 préservatifs ont été distribués dans les institutions hôtes.
- Le projet a appuyé la formulation et le financement (avec cofinancement des bénéficiaires et du CNLS) de 7 microprojets dans les institutions hôtes. Ceux-ci concernent l'élevage de chèvre au site Carama (AJDS/MRRDR), l'exploitation d'une cafétéria et d'un magasin pour l'appui aux malades de COTEBU, l'exploitation de vaches laitières (ANSS), le commerce de concentrés pour bovins et poules pondeuses, l'exploitation d'un salon de coiffure et d'un téléphone public (BRB), la mise en place d'un Carrefour des jeunes pour la lutte contre le sida et la promotion de la santé reproductive (ASB).
- Le centre GIPA développe des services de consultance en matière d'intégration des politiques du VIH dans les programmes de développement des institutions. C'est dans ce cadre que le Centre GIPA collabore avec Oxfam international dans son programme d'intégration des politiques du VIH pour ses affiliés et partenaires.

L'impact direct du projet sur la réponse nationale au VIH/SIDA (extrait du rapport d'évaluation du projet GIPA, décembre 2003)

- Les membres du personnel des institutions hôtes dans la grande majorité semblent avoir vaincu la peur de cette infection en passe d'être considéré comme une maladie gérable ;
- L'utilisation des préservatifs tend à se généraliser si on tient compte des masses de préservatifs « consommés » par les employés (plus de cent mille préservatifs distribués) ;
- environ 3.000 personnes ont fait le dépistage et les séropositifs qui en ont besoin ont été mis sous trithérapie avec le soutien soit de l'institution-hôte, soit grâce aux caisses de solidarités thérapeutiques créées ;
- L'Eglise catholique a allégé sa position en rapport avec l'utilisation du préservatif et accepte aujourd'hui que celui-ci soit utilisé dans les cas de couples discordants. La conférence épiscopale a aussi recommandé la sensibilisation pour la prévention de la transmission du VIH lors de toutes les rencontres de prières.
- Certains VNU du projet GIPA ont participé à l'élaboration des plans d'action des unités sectorielles de lutte contre le sida : tenant compte de l'exemple du projet, les comités provinciaux s'adjoignent des services de personnes séropositives.

Tous ces éléments démontrent que ce projet pilote participe à l'élargissement de la réponse en matière du VIH/Sida. Le pays dispose aujourd'hui d'un corps de volontaires nationaux soudés, motivés et tournés vers un même idéal de lutte contre le VIH/Sida. L'amélioration visible de leur qualité de vie est chose non négligeable dans cette réponse nationale démontrant ainsi à toutes les personnes emmurées dans un silence assourdissant qu'il est possible de vivre positivement, que la vie même si l'on est infectée, est de nouveau possible. L'équipe de VNU GIPA est très soudée et solidaire et a développé des réflexes d'appui mutuel pour l'amélioration de leurs compétences par l'échange d'expériences. Il y a un élément nouveau généré par ce projet qui est porteur d'espoir pour la lutte contre le sida au Burundi : en observant les VNU/GIPA dans leurs travaux, on constate un esprit réel de volontariat et une indéniable fierté de rendre service aux autres.

Très récemment, quinze ONG se sont regroupées pour constituer une organisation faitière qui fournit un appui logistique à ses membres. On note que les ONG internationales sont restées jusqu'à présent en retrait. Elles commencent seulement à entreprendre quelques actions qui sont encore de portée limitée.

6.2.1. L'ABUBEF

L'Association Burundaise pour le bien-être Familial (ABUBEF) a son siège à Bujumbura et dispose de quatre agences à l'intérieur du pays (Ngozi, Rumonge, Buyenzi, Gitega). Avec l'appui de financements extérieurs (IPPF, FNUAP, OMS), elle développe des activités dans les domaines suivants :

- information et sensibilisation en matière de santé reproductive et de risques sexuels ; elle a réalisé des émissions radio et télévisées sur la prévention du VIH/Sida, produit des spots et panneaux publicitaires sur le dépistage volontaire du VIH/Sida chez les jeunes, organisé des sessions d'information sur le VIH/SIDA et les IST) ;
- promotion des préservatifs féminin et masculin ;
- dépistage volontaire et counselling ;
- diagnostic du VIH et prise en charge des IST, en particulier chez les jeunes ;
- prise en charge des cas d'agressions sexuelles.

L'ABUBEF a obtenu des résultats incontestables. Elle semble être leader dans la prise en charge des IST, de même qu'elle joue un rôle important dans la promotion du dépistage volontaire et le marketing du préservatif en général, et surtout du préservatif féminin (fémidom).

Parmi les contraintes constatées sur le terrain, l'association note le faible taux d'acceptation du dépistage volontaire en consultation prénatale, l'insuffisance de coordination entre les intervenants dans la lutte contre le SIDA, la disponibilité encore limitée du préservatif dans les zones rurales. L'ABUBEF entend à l'avenir proposer un service de PTME combiné aux consultations prénatales, promouvoir le suivi des nourrissons nés de mères séropositives et organiser des centres de dépistage adaptés aux jeunes. Cinq centres sont actuellement fonctionnels.

6.2.2. Le CED-CARITAS

Le CED-CARITAS (Centre d'Entraide et de Développement) a été mis en place en 1988 sous l'égide de l'Eglise Catholique du Burundi et avec l'appui financier de Caritas International.

Le centre vise de manière générale à améliorer la prise en charge des malades et des personnes vulnérables. CARITAS-Burundi développe ses programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans 71 centres de santé dont 5 hôpitaux. Les activités s'organisent autour des pôles suivants :

- Prévention : prévention en milieu de soins par des séances d'éducation pour la santé (EPS), counselling pré et post test, dépistage VIH/SIDA, sensibilisation au niveau des écoles, des collines et des mouvements d'action catholique, organisation de réunions et conférences, actions familiales au niveau des églises dans les enseignements prénuptiaux ;
- Prise en charge clinique au niveau de ses centres de santé (traitement des maladies opportunistes, visites et soins à domicile par les agents de santé communautaire), psychosociale et matérielle (aide alimentaire et vestimentaire) ;
- Réduction de l'impact avec prise en charge d'orphelins (le CED-CARITAS a été recruté comme agence d'encadrement pour le projet « Appui aux orphelins » du SEP/CNLS) et soutien aux associations des PVVS ;
- Renforcement des capacités : formation des infirmiers (prise en charge symptomatique des IST et traitement des Infections Opportunistes), des laborantins (pour le dépistage) et des aides-soignants.

Sur les 66 centres de santé gérés par l'église catholique, CARITAS-Burundi est présent dans 58 centres avec des activités de lutte contre le VIH/SIDA. La confiance de la population dans les infirmières religieuses favorise une demande élevée de dépistage volontaire dont la satisfaction est parfois rendue difficile en raison de ruptures de stocks. Les effectifs pris en charge ont augmenté (4.500 PVVS actuellement). Dans la plupart de ces centres, des réseaux de PVVS sont créés. Dans certains lieux, des activités génératrices de revenu ont été lancées.

6.2.3. FVS-AMADE Burundi

Ces deux associations - FVS (Famille pour Vaincre le Sida, créée en 1990 et agréé en 1992) et AMADE-Burundi (Association Burundaise des Amis de l'Enfance, créée et agréée en 1996) – se sont aujourd'hui

regroupées pour intervenir en faveur des enfants, touchés directement ou indirectement par le VIH/SIDA. FVS compte aujourd'hui plus de 500 membres. Elle intervient sur trois zones : Bujumbura-Mairie, Bururi et Gitega. Les activités bénéficient de financements extérieurs (Société des Missionnaires d'Afrique, Fondation Terre des Hommes Lausanne).

A côté d'activités d'information et d'encadrement plus générales auprès des associations, FVS-AMADE centre son action sur les différentes priorités d'assistance aux orphelins :

- la prise en charge clinique et psychosociale des orphelins (37 sont actuellement dans son centre d'accueil) ;
- la réinsertion familiale des orphelins dans des familles d'accueil et l'appui à leur scolarisation des orphelins et à la satisfaction de leurs besoins vitaux (nourriture, habillement, logement, soins de santé) ;
- le renforcement des capacités des familles tutrices par le développement d'activités génératrices de revenus et l'octroi de formations appropriées ;
- la promotion de la prise en charge communautaire des orphelins, la sensibilisation pour la non discrimination des orphelins du SIDA et la mise sur pied de comités de protection des orphelins dans les zones d'intervention ;
- la promotion des droits des orphelins (y compris assistance juridique) ;
- le plaidoyer pour l'obtention des attestations d'indigences pour les orphelins dans le besoin, en vue de la prise en charge médicale des orphelins du SIDA et des enfants démunis.

FVS a mis en place deux « maisons de l'enfant » (Bujumbura et Gitega) destinées à accueillir, écouter et orienter les enfants en difficulté ; chaque année, plus de 2.000 enfants et adultes sont reçus dans son centre d'écoute et plus de 200 orphelins et/ou enfants séparés de leurs parents en raison de la guerre y sont hébergés temporairement. FVS a également installé trois cantines humanitaires pour orphelins et enfants nécessiteux (deux à Bujumbura-Mairie et une à Gitega) qui nourrissent quotidiennement plus de 250 orphelins. Un autofinancement des cantines est assuré respectivement par l'exploitation d'un restaurant au centre-ville de Bujumbura et d'un terrain agricole à Gitega.

Toujours dans le cadre de son assistance aux orphelins, la FVS a contribué à la scolarisation des orphelins (plus de 3500 par an), à la réinsertion des orphelins et/ou enfants non accompagnés (plus de 50 chaque année) auprès de familles d'accueil ou dans le cadre de la réunification avec leurs parents, à la réhabilitation (plus de 30 enfants traumatisés et plus de 40 enfants mal nourris par an) et a donné une assistance juridique (une dizaine d'enfants par an). Des groupements de femmes « ABANYAKIGONGWE » ont été par ailleurs mis en place afin de relayer l'action de prise en charge des orphelins dans les communautés de base.

Au titre d'actions à caractère plus général, FVS assure la sensibilisation des jeunes sur la lutte contre le SIDA (plus de 5.000 jeunes par an) et encadre certaines de leurs associations (une vingtaine). FVS forme des animateurs communautaires (près de 1.300 animateurs déjà formés) et produit divers supports (matériels éducatifs, guide de l'animateur des jeunes en IEC/SIDA, cassettes vidéo, revue trimestrielle,...).

Dans la réalisation de sa mission, la FVS/AMADE a développé un partenariat solide avec d'autres associations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA telles que ANSS, SWAA et Nouvelle Espérance. FVS met l'accent sur une nécessaire harmonisation des approches pour toutes les ONG qui oeuvrent dans ce domaine. Elle met également en avant la contrainte du manque de médicaments (ARV) pour le traitement des orphelins malades du SIDA

6.2.4. APECOS

Créée en 1993, l'Association de prise en charge des orphelins du SIDA (APECOS), intervient sur quatre communes : Gihanga (Mairie de Bujumbura), Mutimbuzi (Gatumba), Mugongomanga, Busoni (Kirundo). Elle bénéficie d'un soutien financier de l'UNICEF. Comme FVS, son intervention s'est centrée sur l'assistance aux orphelins, en particulier les orphelins du SIDA. Ses domaines d'activité sont similaires : assistance matérielle, morale et affective aux orphelins ; prise en charge médicale et suivi psychosocial des orphelins ; prise en charge des orphelins dans les foyers d'accueil et/ou de transit ; réinsertion familiale des enfants.

Ses résultats se situent d'abord au niveau de la prise en charge des orphelins (282 orphelins dans 109 familles tutrices et 38 orphelins dans deux foyers d'accueil) ou enfants vulnérables (parrainage, local ou à distance, de 53 enfants mineurs et 2 enfants chef de ménage), de la scolarisation (portant sur près de 3.000 enfants), du traitement d'enfants sous ARV (19 enfants traités). Au titre de sa stratégie de réinsertion familiale, APECOS

a effectué des recherches familiales pour plus de 800 orphelins dont plus de la moitié ont été réinsérés dans des familles. L'APECOS a également mis l'accent sur le développement des activités génératrices de revenus en vue à la fois d'assurer un certain niveau d'autofinancement pour l'association et d'appuyer les familles d'accueil. Dans ce cadre, plus de 250 micro-crédits ont été octroyés à des familles tutrices. Un fonds de garantie de 11 millions de FBu a été logé à la Caisse d'Entraide et de Crédit Mutuel (CECM). Chaque famille peut bénéficier d'un montant initial de 50.000 FBu auquel s'ajoutent de nouvelles tranches de 50.000 FBu en fonction des remboursements effectués et des capacités d'emprunt. Les premières familles bénéficiaires ont ainsi déjà profité de crédits de l'ordre de 250.000 FBu. APECOS cherche en outre à organiser les familles tutrices en coopératives de production.

Des activités sont par ailleurs conduites dans les domaines de l'information et de la sensibilisation (IEC à l'endroit des enfants et des familles, sensibilisation à la prise en charge communautaire des orphelins), de la promotion des droits et de la protection des enfants affectés et/ou infectés par le VIH/SIDA, ou encore du suivi pré et post tests de dépistage du VIH. Par son organisation et sa rigueur, APECOS a montré comment lier la prévention, la prise en charge des orphelins et le soutien à la politique de micro-crédit au profit des communautés. Comme FVS, l'une des principales contraintes pour APECOS a trait aux moyens financiers disponibles qui sont en décalage avec la demande d'intervention. L'association met aussi en avant le rôle de la guerre qui a, à la fois, accentué les problèmes et limité les possibilités d'interventions, notamment à propos des recherches familiales. Une autre question importante concerne la prise en charge, en particulier de celle des enfants vivant avec le VIH (accès aux traitements sous ARV) ou encore de celle des enfants chefs de ménages (coût très élevé difficile à supporter par une association).

6.3. L'engagement en milieu scolaire et les associations de jeunes

Les associations des jeunes en milieu scolaire et non scolaire ont pris une importance croissante en matière d'encadrement et de lutte contre le SIDA. Elles sont actuellement au nombre de 17 et oeuvrent à Bujumbura et dans les provinces. Le collectif des associations des jeunes (CPAJ) a mis en place un cadre de concertation et joue un rôle important dans la coordination des actions de lutte contre le VIH/SIDA chez les jeunes et par les jeunes. De par leur mission d'encadrement, ces associations essaient d'apporter leur contribution en donnant aux jeunes des occasions d'échange sur l'éducation sexuelle et sur le VIH/SIDA.

6.3.1. Les Clubs Stop SIDA dans les écoles secondaires

Ces Clubs sont généralement créés à l'initiative d'élèves et/ou de professeurs et fonctionnent avec l'aval et l'appui du Bureau d'Etude et des Programmes de l'Enseignement Secondaire (BEPES) du Ministère de l'Education Nationale et du CNLS. Avec une mission générale de prévention du VIH chez les jeunes adolescents des écoles secondaires, ces clubs développent des activités tournant principalement autour de l'information et de la sensibilisation des jeunes, scolarisés et non scolarisés, sur la propagation du virus, les modes de transmission, les moyens de protection, le dépistage volontaire, etc. L'information se fait dans le cadre de réunions hebdomadaires au sein des établissements, d'animations spécifiques (journées culturelles en rapport avec le SIDA, exposés, sketches et pièces de théâtres, projections de films,...) et de descentes dans d'autres écoles secondaires avec pour objectif la création de nouveaux clubs Stop Sida. Les encadreurs de la majorité des clubs stop sida ont déjà bénéficié d'une formation en IEC/SIDA par les CPLS. L'initiative a connu un essor important puisque plus de la moitié des écoles secondaires ont déjà créé un club stop-sida, ce qui représente plus de 30.000 élèves touchés. Dans les établissements, on enregistre souvent un nombre élevé d'adhésions.

L'expérience des Clubs Stop Sida est riche d'enseignement. D'abord, elle démontre un intérêt manifeste des jeunes pour cette formule qui combine animations culturelles et activités d'information sur le SIDA. En second lieu, elle met en évidence, encore une fois, l'importance des échanges entre pairs : seuls les échanges qui se font entre jeunes eux-mêmes permettent de briser le silence et éveillent les consciences sur les risques de transmission du VIH/SIDA. En troisième lieu, ces clubs, qui viennent opportunément combler un déficit d'information des élèves dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle ainsi que le SIDA, améliorent clairement le niveau de connaissance des jeunes sur le SIDA et semblent conduire à des changements de comportements. La diminution des grossesses non désirées dans les écoles secondaires en serait un indicateur.

Plusieurs recommandations ont été formulées pour accroître l'efficacité de ce dispositif : multiplication des campagnes de dépistage volontaire dans les écoles secondaires (par le biais d'une équipe médicale mobile) ; augmentation des matériels de sensibilisation mis à disposition (avec une priorité pour les films, plus efficaces en termes de messages) ; renforcement des actions de promotion du préservatif ; extension des

activités de sensibilisation dans la proximité auprès des jeunes non scolarisés ; conduite d'initiatives favorisant l'autofinancement des clubs avec la mise en place d'activités génératrices de revenus (petite activité commerciale, jardin scolaire,...).

6.3.2. Les initiatives du BNEC

De son côté et suivant une logique plus « descendante », le Bureau National de l'Enseignement Catholique (BNEC, Eglise Catholique) a lancé depuis 1999 un programme de prévention du Sida chez les jeunes scolarisés de l'enseignement formel et non formel. Le financement est assuré par des fonds alloués par le CNLS et le Catholic Relief Service (CRS). Le programme vise à promouvoir la prévention du VIH chez les jeunes de Yaga Mukama, en associant lutte contre le SIDA et promotion des valeurs inhérentes au mariage et à la famille. Les activités réalisées comprennent d'une part la conception et la production de supports pédagogiques (boîtes à messages distribués aux élèves, ...), d'autre part la sensibilisation des différentes parties prenantes (responsables de l'église catholique, responsables des écoles sous convention, élèves et parents d'élèves des écoles Yaga Mukama).

Cette expérience a un impact quantitatif important : elle porte en effet sur 30.000 élèves du secteur formel (écoles conventionnées du secondaire), 300.000 jeunes de l'enseignement non formel du Yaga Mukama, 200 directeurs des écoles formelles et non formelles, 123 curés de Paroisse. L'évaluation réalisée a montré que le niveau de connaissances sur le VIH/Sida s'était accru considérablement au sein de la population bénéficiaire et que cette dernière jugeait très positivement le programme. Quelques contraintes sont toutefois notées, en particulier au niveau de la planification des activités.

6.3.3. Les autres initiatives

Au-delà de ces deux expériences, on recense de nombreuses associations qui mènent des actions d'information, d'éducation, et de communication, de plaidoyer, de prestation de services et de formation, en vue d'amener les jeunes à adopter des attitudes et des comportements favorables à la prévention du VIH/SIDA. Les thèmes développés sont en rapport avec le dépistage volontaire, l'accès aux moyens de protection disponibles, l'éducation sexuelle des jeunes en vue de promouvoir leur santé de la reproduction et les prévenir du VIH/SIDA. Les mouvements de jeunesse chrétienne (Scouts, JOC, JEC, CHIROS), en particulier, sont engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA depuis plusieurs années, mais de nombreuses associations se créent par ailleurs dans les communes du pays.

Les activités de ces associations de jeunes peuvent dépasser la seule prévention pour concerner le soutien en faveur des PVVS ou des orphelins du SIDA. Ainsi, à Kanyosha, 300 jeunes se sont associés pour venir en aide aux PVVS, aux malades et aux orphelins du SIDA. On peut également citer le CPAJ qui se révèle très actif sur Bujumbura. Il convient de souligner qu'un réseau national des jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA (RENAJES) vient de voir le jour en vue de fédérer les associations des jeunes et coordonner les activités de celles-ci ayant trait à la lutte contre le SIDA.

6.4. Les systèmes d'entraide et de solidarité

Plusieurs associations d'entraide se sont créées au niveau national et au niveau ces communautés dans le but de soutenir les orphelins et les malades du Sida. La multiplication des caisses de solidarité pour l'achat des ARV, même si elles relèvent finalement d'entreprises privées ou du secteur public, témoigne de la volonté d'un nombre croissant de Burundais d'aider les personnes vivant avec le VIH/SIDA et de lutter contre les phénomènes d'exclusion économique et sociale.

Les exemples les plus significatifs concernent, pour le secteur privé, le Complexe textile de Bujumbura (COTEBU) et la brasserie BRARUDI. Dans le secteur public, les plus actifs ont été la Banque de la République du Burundi (BRB), l'Institut National de la Sécurité Sociale (INSS), la Mutuelle de la Fonction Publique et les forces armées. La CASSOM (Caisse de solidarité et d'entraide avec les militaires malades du SIDA), qui a été la première caisse de solidarité créée au Burundi (en 2000) et qui a ainsi servi d'exemple aux autres structures, illustre l'intérêt de ces initiatives.

La CASSOM constituait l'un des volets d'un projet de « lutte contre le SIDA au sein de la communauté militaire, mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Défense Nationale et l'UNESCO et financé par l'ONUSIDA. Sa mise en place s'est faite grâce à une dotation initiale sur le Budget du ministère de la défense de 20 millions de FBu. La caisse n'a d'abord été utilisée que pour les militaires actifs et leurs ayant droits, mais son champ a été élargi à partir de juin 2002, à l'ensemble des militaires et ayant droits, c'est-à-

dire en intégrant les militaires retraités et les veufs ou veuves de militaires et les enfants. La collecte des cotisations s'effectue auprès de tous les militaires en activité sur la base d'un retrait à la source représentant une cotisation à hauteur de 1,5% du salaire brut. La CASSOM gère les cotisations, identifie les bénéficiaires (médecins traitants), assure la commande et le stockage des médicaments (anti-rétroviraux). L'accessibilité aux ARV est garantie par un coût d'acquisition très réduit et modulé en fonction de la position du militaire malade : les hommes de troupes payent ainsi 5% du coût total, les sous-officiers 10% et les officiers 15%.

Les résultats de l'opération sont largement positifs : 200 malades, actuellement sous traitement, bénéficient grâce à la caisse d'un accès aux ARV à coût très réduit ; la morbidité et la mortalité dues au VIH/SIDA de même que le nombre d'hospitalisations et les absences au service sont en réduction ; les dépistages volontaires ont augmenté (illustrant le fait que lorsque l'on rend les ARV disponibles, la demande de dépistage devient forte et la prévention devient ainsi plus efficace). Le système doit désormais être renforcé. Il convient de décentraliser les interventions au niveau des régions militaires pour être plus opérationnel et atteindre tous les bénéficiaires, de renforcer les capacités (meilleure prescription et utilisation des ARV) et d'assurer le suivi des malades sous ARV, tant du point de vue immunologique et virologique que du point de vue psychosocial. Il a également été recommandé d'ajouter des PVVS au niveau des Comités de Gestion et de contrôle il faut y ajouter des PVVS.

A l'INSS, le personnel s'est également mobilisé pour lutter contre le SIDA à travers la constitution d'une caisse d'entraide. L'institut s'est engagé à soutenir la caisse en lui allouant une dotation annuelle (qui a varié jusqu'ici entre 2,5 et 5 millions de FBu). En parallèle, un effort important a été réalisé en matière de sensibilisation, notamment afin d'encourager le dépistage du VIH. Aujourd'hui, quatre employés sur cinq ont ainsi fait la démarche du dépistage volontaire et en 2003 aucun cas nouveau de SIDA n'a été déclaré alors que l'on en comptait 8 en 2002.

CONCLUSIONS

Le Burundi connaît depuis 1993 une crise qui a perduré pendant plus de dix années, sur fond de guerre, de déplacements de population, de marasme économique et d'aggravation globale des conditions de vie. Malgré la remontée récente de certains indicateurs (éducation, production), le recul a été si important que la situation en termes de développement humain y demeure particulièrement critique avec un IDH parmi les cinq plus faibles du monde³⁴.

Le processus de retour à la paix a avancé lentement mais les progrès obtenus à ce jour laissent enfin envisager une stabilisation de la situation politico-militaire dans un futur proche. D'importantes étapes doivent encore être franchies toutefois avant que le pays puisse s'engager sur la voie d'un développement soutenu et d'une réduction rapide de la pauvreté. Pour cela, la sécurité doit être d'abord restaurée sur l'ensemble du territoire national. Les principales infrastructures économiques doivent également être réhabilitées et l'environnement des affaires normalisé. La gestion macro-économique doit par ailleurs pouvoir reposer sur une gestion saine et efficace des finances publiques ainsi que sur un incontournable relèvement de l'aide internationale, en termes d'appui à la balance des paiements comme de réduction du stock de la dette extérieure et de financement des investissements publics prioritaires. Ce n'est qu'à ces conditions qu'une relance économique durable pourra être possible et qu'il sera possible en conséquence de lutter efficacement contre la pauvreté.

A l'instar d'autres crises, le « retour au développement » dépendra d'abord de la volonté effective de changement et du sens de responsabilité des acteurs nationaux, ensuite de la capacité des partenaires au développement à concrétiser rapidement et totalement les engagements pris à l'occasion des dernières conférences internationales, en particulier de la dernière réunion de Bruxelles de janvier 2004.

Dans ce contexte, le VIH/SIDA intervient à la fois comme un facteur aggravant de la crise mais aussi comme une conséquence de celle-ci. D'un côté, la pandémie a en vingt ans pris une ampleur considérable et constitue une menace nouvelle pour le développement national. D'un autre côté, il est incontestable que la crise et ses effets, en particulier en termes de dégradation des services de santé, d'aggravation de la pauvreté et de déplacements de populations, ont certainement favorisé l'expansion du VIH/SIDA.

Beaucoup d'efforts restent encore à faire pour améliorer la fiabilité et la couverture des données épidémiologiques et développer les systèmes visant à suivre les résultats et évaluer les impacts des différents programmes de lutte contre la pauvreté. Quoiqu'il en soit, un certain nombre de points importants méritent d'être soulignés en conclusion de ce rapport :

- a) Même s'il n'atteint pas les taux record enregistrés dans certains pays du continent, la séroprévalence observée au Burundi est assez élevée pour être devenue la principale cause de décès chez l'adulte et avoir conduit à une réduction de l'espérance de vie depuis une dizaine d'années. En zone urbaine, 15,8% de près de deux femmes âgées de 25 à 44 ans sur dix sont séropositives. Quant au milieu rural, la progression sensible enregistrée entre les deux enquêtes nationales de séroprévalence est d'autant plus inquiétante que les zones rurales, qui regroupent plus des 4/5^e de la population, restent très mal armées pour affronter le fléau du VIH/SIDA. L'une des premières recommandations est de renforcer rapidement le système d'information existant afin de permettre un suivi plus soutenu, plus fiable, plus fin et diversifié, en termes de zone géographique comme de groupes cibles. Cette connaissance à périodicité rapprochée des spécificités en termes de situation épidémiologique, de comportements à risque et de réactivité par rapport aux activités de prévention et de prise en charge, est très importante pour moduler les programmes et les ressources en fonction des zones d'intervention et des groupes cibles concernés.
- b) Le Burundi a eu l'avantage de bénéficier d'une riposte gouvernementale assez précoce qui s'est traduite, dès 1987, par la mise en place d'un ensemble d'actions, surtout dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH tant par voie sanguine que sexuelle. Pour certains, c'est cette prise en compte précoce de l'épidémie par les pouvoirs publics, la mobilisation de la communauté nationale et l'engagement manifeste des plus hauts responsables de l'Etat, tout du moins ces dernières années, expliqueraient la tendance à la stabilisation, voire à l'infléchissement des courbes de prévalence en zones urbaine et semi-urbaine où a été concentrée le gros des ressources humaines et financières des

³⁴ par rapport aux 175 pays classés.

programmes de lutte contre le SIDA. Dans ce contexte, la guerre, avec notamment son implication sur la réduction drastique de l'aide extérieure, apparaît encore une fois comme un énorme gâchis en rendant difficile l'intervention dans diverses parties de l'intérieur du pays et en limitant considérablement les apports de ressources extérieures à la lutte contre le SIDA.

- c) Après plus d'une dizaine d'années au cours desquelles la lutte contre le SIDA a surtout privilégié une approche trop strictement sanitaire des problèmes et où l'opérationnalisation des stratégies se heurtait à une triple contrainte de sécurité, de ressources financières et de faiblesse relative du dispositif institutionnel de pilotage, la « nouvelle donne » intervenue au début de la décennie constitue une base prometteuse. La force politique conférée à la lutte contre le SIDA ainsi que les nouveaux principes d'organisation (approche multisectorielle généralisée, décentralisation, partenariat,...) sont déjà porteurs de résultats. La plupart des structures ministérielles, provinciales, locales ont été mises en place et, aujourd'hui, toutes les provinces et pratiquement tous les ministères disposent d'un plan d'action spécifique validé et en cours d'exécution. ***Il ne faut cependant pas sous-estimer les contraintes liées à l'état actuel d'avancement du processus de décentralisation dans son ensemble et aux capacités très réduites de programmation, gestion et suivi des collectivités locales.*** Il convient ici d'évaluer ce qui est déjà en place au niveau de la lutte contre le VIH/SIDA (centres de dépistage, unités provinciales,...) en même temps qu'il convient d'apporter une réponse globale dans le cadre d'une redynamisation de la politique de décentralisation du pays.
- d) La prévention a été et doit rester une priorité dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Toutefois, l'expérience de près de vingt ans dans ce domaine a montré deux écueils principaux. Le premier écueil concerne la profusion d'opérateurs, dont le professionnalisme n'est pas toujours avéré, et dont les actions se sont trop souvent développées sans une réelle coordination et en l'absence d'une réelle harmonisation dans le contenu des messages et des supports utilisés. Le second écueil a trait aux stratégies de prévention qui ont été mises en œuvre probablement sans une évaluation préalable suffisante de leur impact potentiel et qui n'ont pas assez tenu compte des spécificités burundaises, notamment culturelles. Si certaines stratégies constituent des réussites, comme c'est le cas du programme de sécurité sanguine, bon nombre d'acteurs considèrent que la politique de prévention n'a pas eu les résultats escomptés. Elle a globalement échoué dans la mesure où elle ne s'est pas traduite, après de nombreuses années, par un changement décisif de comportements comme en témoignent les enquêtes socio-comportementales et les données disponibles par exemple sur l'utilisation des préservatifs. Le Burundi a, pour l'essentiel, répliqué les modèles utilisés ailleurs, sans prendre en compte les caractéristiques originales du pays : prédominance de facteurs sociologiques et culturels propres. Ceci s'est traduit par l'utilisation d'un système « vertical » alors qu'il aurait fallu s'appuyer sur les bases communautaires (« les pairs »). La mise en place des réseaux communautaires représente à cet égard l'une des expériences probantes et son extension à l'ensemble des provinces devrait permettre d'atteindre beaucoup plus sûrement les objectifs définis en matière de prévention du VIH/SIDA.
- e) L'une des leçons tirées de l'expérience burundaise de lutte contre le SIDA – parfois depuis longtemps par certains opérateurs non gouvernementaux – est la nécessité de mettre en œuvre une approche intégrée qui signifie l'interdépendance des programmes. Ainsi, l'appropriation des messages de prévention (à travers les actions d'IEC) ne peut réussir que si une capacité avérée de répondre aux demandes ainsi stimulées (tests de dépistage, distribution de préservatifs, conseils,...) est mise en place. De même, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a besoin pour réussir de s'appuyer sur une organisation qui garantit l'accessibilité aux soins, ce qui signifie, entre autres choses, d'avoir dans une proximité relative des structures et des moyens (personnel, équipements, médicaments) permettant d'effectuer les diagnostics et d'administrer les traitements nécessaires pour les infections opportunistes.
- f) Le traitement sous ARV continue à représenter l'espoir pour les malades du SIDA. Le combat mené dans différents pays pour réduire le coût des anti-rétroviraux a été emblématique pour les organisations qui luttent depuis maintenant près de vingt ans pour mobiliser des moyens à la hauteur de l'enjeu que représente la pandémie du VIH/SIDA. En l'état actuel, le coût, malgré une baisse très importante, demeure encore élevé surtout pour des pays en développement qui disposent de budgets publics pour la santé très réduits et ne peuvent s'appuyer sur des systèmes organisés et universels de protection sociale.
- g) Prôner l'intersectorialité ne signifie pas pour autant qu'il faut minorer l'importance de la réponse sanitaire et du rôle des structures de santé, notamment publiques. En effet, la lutte contre le VIH/SIDA a mis en relief le délabrement du système sanitaire et celle-ci ne saurait être gagnée si l'on ne donne pas aux établissements hospitaliers et aux centres de santé les moyens nécessaires à leur action, c'est-à-dire

les personnels, équipements, médicaments, moyens de fonctionnement indispensables pour combattre toutes les maladies dont les infections opportunistes.

S'agissant de la lutte contre le VIH/SIDA, trois priorités peuvent être esquissées. La première concerne la mise au point de schémas thérapeutiques simplifiés (un schéma « standard » et un ou deux schémas alternatifs en cas de contre-indications). La seconde priorité porte sur la formation du personnel. Il faut mettre en place un programme de formation qui s'appuie sur trois volets : (i) des formations de courte durée pour l'utilisation des ARV, (ii) des formations, ouvertes à tous les médecins généralistes et aussi aux paramédicaux, portant sur les infections opportunistes les plus fréquemment rencontrées destinées à diffuser l'utilisation d'algorithmes simples, (iii) enfin, des formations pointues et très spécialisées pour certaines équipes restreintes (médecins spécialistes, chercheurs,...). La troisième priorité est de créer un circuit d'approvisionnement des médicaments efficace et qui intègre évidemment la distribution des ARV.

- h) La réduction de l'impact du VIH/SIDA auprès des personnes affectées ou infectées par le virus, est, on l'a dit, un domaine dans lequel il est difficile de mobiliser aisément des ressources. En premier lieu, il convient de se donner les garde-fous nécessaires pour éviter que l'« AIDS Business » se traduise par la floraison de nouveaux opérateurs qui interviennent comme intermédiaires de terrain alors qu'ils n'en ont ni les qualifications ni la capacité à conduire des actions durables. Ce point a par exemple été souligné à propos des premières initiatives destinées à fournir du micro-crédit aux PVVS. Le soutien aux PVVS doit s'effectuer avec l'appui de véritables professionnels et dans le cadre général de la promotion des activités économiques.
- i) Depuis le début de la décennie, les ressources financières consacrées à la lutte contre le SIDA ont incontestablement augmentées et le plan d'action 2002-2006 dispose de ce point de vue de moyens beaucoup plus substantiels que tous les programmes quinquennaux antérieurs. Cependant, l'effort de mobilisation ne doit pas être relâché. Un gap important existe entre les besoins du plan d'action en vigueur et les ressources qui ont effectivement été mobilisées. Tous les opérateurs de terrain, en particulier les ONG les plus actives dans la prévention et la prise en charge, confirment un important décalage entre la demande de services et les capacités des organisations à y répondre.

Cet accroissement des financements, s'il est indispensable, doit néanmoins être bien maîtrisé. L'augmentation substantielle des fonds prévisible, en particulier liée aux apports du Fonds Mondial, impose des procédures transparentes de gestion, une sélectivité forte dans les opérateurs retenus pour jouer le rôle d'agences d'exécution des programmes de lutte contre la pauvreté. Elle nécessite également que l'on dispose enfin d'un système de suivi et évaluation opérationnel et efficace qui permette d'abord de suivre, en temps réel, les activités réalisées, leur pertinence, leur professionnalisme ainsi que la canalisation effective des ressources au niveau des groupes cibles. Ce système doit également conduire à évaluer de manière régulière l'impact effectif des programmes mis en oeuvre en s'appuyant entre autres sur une utilisation beaucoup plus prononcée qu'aujourd'hui de mécanismes d'évaluation participative. Il doit enfin permettre de mieux analyser les liens entre la pauvreté et l'expansion du VIH/SIDA.

Il importe également que le volume global des ressources disponibles soit réparti de manière relativement équitable entre les programmes et les régions. Si l'on en croit le bilan effectué en septembre dernier sur l'exécution du plan d'action 2002-2006, on n'en est loin. On retrouve ainsi beaucoup d'intervenants engagés dans les actions d'information-éducation-communication (IEC) alors que, à l'opposé, on enregistre peu d'intervenants sur les programmes prioritaires de prévention tels que celui concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). De même, les programmes prioritaires de prise en charge (PEC) – Infections opportunistes, ARV, Orphelins, Activités génératrices de revenus – mobilisent peu de partenaires. De même, on observe une couverture très inégale entre les régions, ce qui réduit sensiblement l'efficacité des programmes.

- j) Au Burundi, comme ailleurs, les premières associations qui ont combattu le SIDA ont capitalisé un important savoir-faire et ont eu un rôle déterminant tant comme opérateurs que comme force de plaidoyer. Aujourd'hui, le paysage associatif se transforme et il apparaît nécessaire de clarifier le rôle que l'on souhaite donner aux ONG dans la lutte contre le SIDA pour les années à venir. Parmi les pistes à approfondir, on peut citer la formulation d'un véritable plan de renforcement des capacités des ONG/associations nationales de lutte contre le SIDA, l'élaboration d'une charte et d'un dispositif susceptibles de garantir le professionnalisme des opérateurs bénéficiaires de ressources publiques, ou encore la définition d'une plate-forme pour le partenariat entre le « secteur médical » et les ONG. Une autre question à résoudre concerne l'organisation interne du milieu associatif. A ce sujet, l'attention doit

porter sur l'aplanissement des tensions latentes entre les organisations « historiques » et les nouvelles associations qui, numériquement plus nombreuses mais moins expérimentées, sont désormais en position dominante au sein du nouveau Réseau RBP.

- k) Enfin, il n'est pas inutile de rappeler dans un pays comme le Burundi la force des organisations religieuses au Burundi. Il faut souligner que plusieurs initiatives importantes ont été mises en œuvre, notamment par l'Eglise catholique dans les domaines sanitaires et scolaires, qui témoignent d'un engagement fort dans la lutte contre le SIDA. Ces actions ont également la particularité d'articuler prévention et promotion de valeurs socio-culturelles. La question critique de l'attitude de bon nombre de religieux à l'égard de la promotion de l'utilisation du préservatif demeure cependant.

Bibliographie

Sur la situation et les politiques économiques et sociales :

- *Rapport annuel de la BRB*, Banque de la République du Burundi, 2001.
- *Enquête prioritaire 1998*, ISTEEBU, Bujumbura, mars 2001.
- *Economie Burundaise 2000*, Ministère de la Planification du Développement et de la Reconstruction (MPDR).
- *Cad战略 macro-économique 2001*, MPDR.
- *Situation économique récente et réformes pour la stabilisation et la relance économique. Table Ronde des bailleurs de fonds*, MPDR, 27-28 novembre 2002
- *Diagnostic de la pauvreté au Burundi en 1999*, SP/REFES, octobre 2000.
- *Cadre Stratégique Intérimaire de Croissance économique et de Lutte contre la Pauvreté au Burundi*, SP/REFES, janvier 2002.
- *Evaluation des politiques et plans d'actions du secteur agricole et développement du monde rural*, SP/REFES, 2000.
- *Evaluation des politiques et plans d'actions du secteur de la santé et des services connexes*, SP/REFES, 2000.
- *Bilan de l'Education pour tous à l'an 2000*, Ministère de l'Education Nationale.

Sur le VIH/SIDA au Burundi :

- *Etude d'impact socio-économique du VIH/SIDA au Burundi*, Ministère de la Santé Publique (MSP) Novembre 1996.
- *4^e Revue externe du PNLS/MST – rapport*, MSP/ONUSIDA, septembre 1997.
- *4^e Revue externe du PNLS/MST* ; Ministère de la Santé Publique ; Rapport 18/08-11/09/97.
- *Etude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents en santé reproductive*, Cridis, PNSR, FNUAP, 1998.
- *Evaluation de l'impact démographique du VIH/SIDA au Burundi*, FNUAP, in Population et Développement n°2, août 2000.
- *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA/MST – année 2000*, MSP, PNLS/MST, juin 2001.
- *Enquête socio comportementale sur l'infection par le VIH/SIDA au Burundi*, MSP, juillet 2001
- *Plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006*, MSP, décembre 2001.
- *Mission de formulation de l'UNDAF – 1^{ère} phase/ Axe VIH/SIDA, Rapport provisoire*. A.D Karibwami, juin 2002.
- *Analyse institutionnelle des structures centrales et décentralisées de lutte contre le VIH/Sida* ; CNLS ; T1 : avril 2002, T2 : Août 2002.
- *Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi ; Rapport définitif*, CEFORMI, MSP/Ministère à la Présidence Chargé de la Lutte contre le SIDA, Banque Mondiale, décembre 2002.
- *Plan d'action national de lutte contre le VIH/SIDA – Bilan des activités au 30 septembre 2003*.
- *Draft du plan national de suivi et évaluation des activités de lutte contre le SIDA au Burundi*, MPCLCS, SEP/CNLS, novembre 2003.
- *Mission d'évaluation du projet pilote GIPA (rapport provisoire)*. C. Batungwanayo, C. Watta, D. Nindaba et D. Barajenguye ; décembre 2003.
- *Etude sur les meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA au Burundi* ; CNLS, MPCLCS, Action Aid, décembre 2003.
- *Etude d'impact sur le VIH/SIDA (draft)*. décembre 2003.

Sur le VIH/SIDA dans le monde :

- *Infections opportunistes au cours du Sida chez l'adulte africain*, in Médecine et Armées, Aubry P et al., 1992, 20.
- *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine*. Connor EM et al., N Engl J Med, 1994,331, 1175-1180.
- *L'infection par le VIH/SIDA et les politiques nationales et internationales*, Niyongabo T., Aids Transparency, 2002.
- *Human immunodeficiency virus infection in the United States ; A review of current knowledge*. CDC.
- *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, ONUSIDA, éditions 2002 (juillet 2002), 2001 (décembre 2001) et 2000 (juin 2000).
- *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003*, PNUD.
- *Rapports de l'enquête quantitative*, CNLS Burkina Faso, PNUD/DANIDA/IDEA, décembre 2001.
- *La Conférence internationale sur le VIH-SIDA, la lutte contre la pauvreté et le développement humain en Afrique Sub-Saharienne* ; XIIe CISMA, Ouagadougou, PNUD, Décembre 2001.