

Le problème du sida au Burundi et la prévention auprès des jeunes

*Cet article s'appuie sur une analyse de situation faite en décembre 1992 pour apprécier les activités de lutte contre le sida soutenues par l'UNICEF (Réf. *Activités soutenues par l'UNICEF dans la lutte contre le sida au Burundi. Analyse de la situation et perspectives pour la période 1993–1997. Rapport de mission sur mandat du bureau au Burundi de l'UNICEF. Bujumbura, décembre 1992*). A la suite de ce rapport, un plan d'action de prévention auprès des jeunes a été développé pour la période 1993 et 1994, budget annuel 500 000 US\$ environ.*

Le Burundi, pays montagneux de 27 834 km², est entouré par le Rwanda au nord, la Tanzanie à l'est et au sud et le Zaïre à l'ouest. Son altitude varie de 800 m à 2500 m. Le développement est encore considéré comme un processus qui s'effectue du haut vers le bas de façon très directive. La société traditionnelle de structure patriarcale, régie par le droit coutumier, a cependant toujours une influence majeure sur le fonctionnement social. Le Burundi a adopté, en mars 1992, une nouvelle constitution ouvrant à la démocratisation (multi-partisme, élection au suffrage universel du président et des membres de l'Assemblée nationale). Des élections présidentielles et parlementaires se sont déroulées dans le calme en juin 1993. Mais un coup d'état le 21 octobre 1993 vient de renverser le nouveau gouvernement. Le Burundi compte une population de 5 356 000 habitants dont 46 % ont moins de 15 ans. La population a plus que doublé en 30 ans. 94 % de la population vit en milieu rural à habitat dispersé. Bujumbura, la capitale compte 260 000 habitants (dont 55 % d'hommes). On note une forte immigration vers les villes (5 %). La densité moyenne est de 210 habitants au km². Le taux de croissance démographique est estimé à 2,8 % par an. L'indice de fécondité est en 1990 estimé à 6,9 enfants par femme, mettant en évidence la pression sociale pour une procréation continue et la difficulté de mise en place du planning familial. L'espérance de vie à la naissance est de 45 ans pour les hommes et de 48 ans pour les femmes. En 1991 le taux de mortalité infantile est estimé à 111‰ et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à 196‰. Les principales causes de décès des enfants dans le hôpitaux sont les infections respiratoires aiguës, le paludisme et le diarrhées. La malnutrition est importante (38 % des enfants de moins de trois ans). Le taux d'analphabètes chez les adultes est de deux tiers et s'élève même à trois quart chez les femmes. L'accès à l'éducation est limité par l'insuffisance quantitative des écoles. Le taux de scolarisation des enfants de 7 à 12 ans inscrits est de l'ordre de 33 %. Les chances d'accéder au secondaire sont limitées; moins de 10 % des élèves de 6^e année primaire sont

sélectionnés. Les adolescents non scolarisés sont estimés à un million dont 60 % de filles.

L'agriculture vivrière d'auto-subsistance est la principale activité de l'économie. Le pays dépend très largement du produit de ses exportations; le café représente 60 % des revenus. L'agriculture n'arrive pas à absorber l'excédent de main-d'oeuvre et, en milieu rural, les emplois dans d'autres secteurs de l'économie sont très rares. Le PNB est estimé à 215 US\$ par habitant (15^e pays le plus pauvre de la planète). La dette extérieure s'élevait en 1990 à 150 US\$ par habitant (800 millions US\$). En 1990, on considère que les quatre cinquièmes des familles du pays vivent en dessous du seuil de pauvreté absolue; une proportion importante n'arrive même pas à produire leur propre nourriture pendant un tiers de l'année.

Il y a un hôpital pour 75 000 habitants en ville et un pour 185 000 habitants ailleurs. Le nombre de malades, admis en 1990, représente un peu plus d'un million de journées d'hospitalisation. On recense 48 centres de santé en milieu urbain et semi-urbain et 188 en milieu rural. On estime que 20 % de la population utilise les services des centres de santé. 80 % de la population se trouve à moins de 6 km à vol d'oiseau d'un centre de santé, l'accessibilité géographique reste déséquilibrée du fait du relief. La qualité des soins est limitée par des carences de matériel et de médicaments, soit par manque de moyen, soit par difficulté de gestion, aussi bien au niveau périphérique que central. Depuis 1986, le budget de fonctionnement prévu pour la lutte contre les MST et le sida est presque totalement financé par l'aide internationale. Les dépenses effectuées correspondent à 50 % environ en 1989 et à 60 % environ en 1990. Ceci met en évidence non seulement les lenteurs administratives, mais également l'insuffisance de ressources humaines pour dépenser les budgets alloués.

Le sida

De 1983 à octobre 1992, 6406 cas de sida ont été déclarés par les établissements hospitaliers, ce qui représenterait environ la moitié des personnes atteintes de sida durant cette période. Les estimations actuelles de la prévalence du VIH sont présentées au Tableau 1 pour la population de 15 à 44 ans.

Les données à disposition doivent cependant être interprétées avec prudence (!) en particulier en ce qui concerne la zone rurale. La prévalence du VIH est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De même on observe une différence de prévalence chez les hommes célibataires de moins de

Tab. 1. Prévalence estimée du VIH

en zone urbaine	15%
en zone semi-urbaine	15%
en zone rurale	1–2%

Tab. 2. Estimation du nombre de cas de sida

	1992	1997
Nouveaux cas adultes	4000	9000
Nouveaux cas enfants	1500	3700
Adultes infectés	90000	136000
Enfants infectés	10000	30000
Orphelins de mère	10000	47000

30 ans (10%) et de plus de 30 ans (25%). Il n'est actuellement pas possible de connaître l'incidence du VIH 1 dans la population générale. En supposant que le taux de transmission du VIH 1 reste constant dans le temps, l'évolution estimée des différents indicateurs basée sur l'EPI-modèle de GPA/OMS est montrée dans le Tableau 2.

La grande majorité des personnes ont entendu parler du sida; 77% d'entre eux considèrent la maladie comme un problème de santé, juste après le paludisme (80%). Une proportion importante de la population estime n'être pas suffisamment informée sur le sida et a peur d'attraper le sida. La moitié de la population urbaine sait que le sida est causé par le VIH. La transmission sexuelle est mentionnée spontanément par 80% de la population, cette notion est cependant associée systématiquement au nombres de partenaires rencontrés. Les autres modes de transmission du virus sont mentionnés beaucoup plus rarement. La transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement n'est jamais mentionnée. Entre 10 et 15% de la population pense que le VIH peut se transmettre lors des activités quotidiennes et près de 40% pensent que les moustiques sont des vecteurs de transmission. Il apparaît également dans une enquête auprès des jeunes non-scolarisés la notion que le préservatif contiendrait le VIH et ne constitue par conséquent plus une protection efficace. Une proportion importante de la population mélange les notions «justes» et «fausses» de transmission du VIH. Ceci a pour conséquence de maintenir des confusions incitant à maintenir ou à adopter des croyances et des comportements inappropriés qui n'empêcheront pas la transmission du VIH et qui stigmatiseront les personnes concernées. L'abstinence comme moyen de se protéger est rapportée par 90% des hommes et 45% des femmes; 25% et 10% respectivement préconisent l'utilisation de préservatifs. La majorité des enseignants estiment que l'abstinence doit être le message transmis aux élèves de l'école primaire. Les parents ont des opinions plus partagées: une partie considè-

re qu'il faut informer les enfants sur les relations sexuelles et l'utilisation des préservatifs, une partie pense au contraire qu'il ne faut absolument pas en parler. Dans l'enquête dans les quartiers de Bujumbura, une majorité des parents seraient favorables à une distribution de préservatifs aux jeunes en général et à leurs propres enfants.

La mise sur le marché de préservatifs reste limitée. 150000 préservatifs Prudence ont été mis sur le marché en octobre 1992 par une ONG financée par l'USAID. Le Programme national de lutte contre le sida distribue gratuitement environ 50000 préservatifs par mois. Les autres sources de distributions sont actuellement minimales. Une extrapolation annuelle donne environ 2.5 millions de préservatifs mis sur le marché; ceci représente un doublement depuis 1991.

L'estimation des personnes sexuellement actives est difficile à faire puisque les différentes enquêtes menées ne posaient ni la question de l'âge des premières relations sexuelles, ni si les sujets avaient déjà eu, dans leur vie, des relations sexuelles. Dans une enquête par focus group auprès des adolescents non-scolarisés, il apparaît que les relations sexuelles débutent très jeunes, même à partir de 10 ans en milieu urbain, que les relations sexuelles sont plus précoces chez les filles (14 ans) que chez les garçons (18 ans). Selon les données de l'enquête nationale de 1989 6% en moyenne de la population rapporte avoir des relations sexuelles avec des partenaires non réguliers. Il faut cependant souligner que près de 20% du collectif n'a pas voulu répondre aux questions concernant la sexualité. De plus la traduction en kirundi des questions sur les relations sexuelles a posé des problèmes importants. Il est donc vraisemblable que les résultats sous-estiment la réalité. La proportion de la population sexuellement active qui a, une fois au moins, utilisé des préservatifs est inférieure à 20% chez les hommes et inférieure à 10% chez les femmes. Il n'est cependant pas précisé avec qui les préservatifs sont utilisés, ni leur fréquence d'utilisation. Vu le nombre de préservatifs mis sur le marché, il ressort clairement que leur utilisation reste très rare.

Le programme de prévention auprès des jeunes

Le Gouvernement s'est engagé dans la lutte contre le sida, dès 1986. En 1988 un premier plan à moyen terme a été adopté couvrant la période 1988–1992; celui-ci définit les activités du Programme national de lutte contre le sida (PNLS/MST) créé en 1988. Les stratégies définies dans le deuxième plan à moyen terme (PMT 2) pour les 5 ans à venir comprennent entre autres la *prévention de la transmission sexuelle du VIH*, en encourageant les comportements sexuels responsables, ceci en renforçant les campagnes d'éducation à la santé et en améliorant l'accès aux préservatifs.

Les interventions développées pour prévenir le sida auprès des jeunes restent jusqu'à maintenant relativement limitées, alors qu'ils représentent plus de la moitié de la population et l'avenir du pays. Au niveau de la jeunesse non scolarisée, le projet a démarré, il y a un peu plus d'un an, par la mobilisation et la formation d'animateurs. Il n'y a actuellement aucune donnée disponible concernant l'implantation de ce projet. Le Bureau d'éducation rurale (BER) en est encore à une phase pilote pour la mobilisation des enseignants des classes de 5^e et 6^e primaire (50 écoles). Du matériel a été adressé à diverses reprises à l'ensemble des écoles primaires du pays, il n'y a pas de données disponibles permettant de mesurer l'utilisation de celui-ci. Enfin le Bureau d'études et des programmes de l'enseignement secondaire (BEPES), dont l'intervention a débuté en 1988 a touché l'ensemble des 82 établissements secondaires en 1989–1990; depuis lors 40 établissements se sont ouverts et n'ont pas reçu d'information; la pérennisation des actions préventives a de la difficulté à voir le jour. *La discordance des messages* diffusés par le BER (abstinence comme seul moyen de prévention) et le BEPES (utilisation du préservatif) à des adolescents d'âge souvent semblable *est une source de confusion* susceptible d'empêcher l'adoption de comportements protégés. Se procurer facilement des préservatifs est une condition nécessaire pour permettre

une prévention efficace et des efforts doivent être entrepris pour les rendre accessibles.

Dans le domaine du sida, l'aide internationale est massive et couvre actuellement la quasi totalité du budget (fonctionnement et investissement). Face à cette situation, il est difficile pour le gouvernement burundais de garder son indépendance dans la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre le sida. Pour favoriser le dialogue et la concertation, il est nécessaire que les différents partenaires soit mis sur pied d'égalité. *Les moyens financiers sont importants, mais probablement insuffisants*; cependant il semble paradoxalement difficile de dépenser l'ensemble de l'argent disponible faute d'institutions, d'organismes à même de générer des activités. *Le problème de pauvreté impose un fonctionnement de gestion permanente de l'urgence*; l'insuffisance chronique et importante de ressources financières mais aussi humaines rend difficile le développement d'activités et de structures. *Les autorités du Burundi ont inscrit le sida dans leurs priorités de santé publique, il est cependant nécessaire qu'elles affirment et réaffirment massivement leur engagement dans la lutte contre le sida*; c'est le seul moyen qui permettra la mobilisation massive de la population pour réduire la transmission du VIH et combattre l'épidémie.

Dominique Hausser, Lausanne