UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etude des connaissances et des pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec la planification familiale

Nduwayo, Epithace; Sous la direction de: Professeur Léandre SIMBANANIYE

2017
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1236

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DES SCIENCES DE L'EDUCATION

ETUDE DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN RAPPORT AVEC LA PLANIFICATION FAMILIALE

Enquête menée en Commune Cendajuru

Par

Epithace NDUWAYO

Sous la direction de:

Professeur Léandre SIMBANANIYE

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du **Grade de Licencié en Sciences de l'Education**

Bujumbura, Octobre 2017

DEDICACE

A notre regrettée mère,

A notre père,

A nos frères et sœurs,

A toute personne qui nous est chère,

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au terme de nos premiers pas dans la recherche scientifique, nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire.
Nos remerciements vont à l'endroit de celui- là même qui, malgré ses multiples occupations n'a ménagé aucun effort pour donner à cette œuvre une valeur scientifique à travers une rigueur dans la démarche ; professeur Simbananiye Léandre ; nous vous remercions pour l'amour du travail et de la recherche inculquée. Vous avez été plus qu'un directeur de mémoire.

Spécial remerciement va à l'endroit de l'ensemble du corps professoral de l'Université du Burundi, qui a assuré notre formation au cours de laquelle des valeurs nous ont été inculquées telles que le courage, l'ardeur et la rigueur tout au long des années que nous avons séjournées à l'Université. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.
Que nos enseignants de l'école primaire, Masaro RUHINDIZA, Murengera Pascal se trouvent honorés à travers ce travail. Votre formation humaine et intellectuelle, votre éducation nous ont été d'une utilité inestimable pour arriver à cette étape.

Que nos parents trouvent l'expression de notre profonde gratitude pour leur concours tant moral que matériel, qu'ils n'ont cessé de nous témoigner depuis notre enfance.
Nous devons aussi reconnaissance à tous nos compatriotes Séverin Nkeshimana, Félix Mbonigaba, J. Paul Muhanuzi, Vedaste Nahayo, pour leur esprit d'entraide mutuelle et de solidarité qui a prévalu tout au long de notre formation.

Nos remerciements s'adressent enfin à tous nos frères et sœurs, à tous nos oncles, à tous nos enquêtés, à tous nos amis et à toute personne qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail.

Epithace NDUWAYO

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Al	: Autres collaborateurs
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agents de Santé Communautaire
B .I.T	: Bureau International du Travail
CDS	: Centre de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPPF	: Coordination du Programme de Planification Familiale
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DPSHA	: Departement de Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement
Ed	: Editions
EPS	: Education pour la Santé
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population.
FPSE	: Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
FSEA	: Faculté desSciences Economiques et Administratives
IST	: Infection Sexuellement transmissible
ISTEEBU	: Institut national de Statistique et Etudes Economiques du Burundi.
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non- gouvernementale
p	: Page
PF	: Planification Familiale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction.
PNUD	: Programme des Nations Unies Pour le Développement
pp	: De la page à la page
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfants
PUF	: Presses Universitaires de France
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH / SIDA
SIDA	: Syndrome d'ImminoDéfiscience Acquise
SMI	: Santé Maternelle et Infantille
SRO	: Sels de Réhydratation par voie Orale
TPS	: Technicien de Promotion de Santé
UB	: Université du Burundi

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

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

RESUME

Le Burundi cherche à réaliser des progrès en matière de la planification familiale en donnant accès à toute la population aux services de santé grâce au travail des agents de santé communautaire. Le présent travail a porté sur l'étude des connaissances et des pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec le planning familial.

Cette recherche essaie de donner un aperçu général, sur les connaissances et la pratique des agents de santé communautaire. Pour y parvenir, nous avons utilisé la méthode qualitative avec comme technique de recherche l'enquête par l'entretien semi- directif. Nous avons interviewé les agents de santé communautaire de la commune Cendajuru de la province Cankuzo. La conclusion de cette étude, est que les agents de santé communautaire connaissent et utilisent les méthodes contraceptives, mais ne disposent pas des sources d'information en permanence pour enrichir leurs connaissances. Ils ne sont pas suffisamment formés pour enseigner le planning familial à la population locale.

Toutefois, pour espérer de meilleurs résultats en matière du planning familial, il serait nécessaire de mettre un accent particulier sur le travail des agents de santé communautaire en faisant un suivi-évaluation, en renforçant régulièrement leurs capacités. Le travail de ces agents ne devrait pas être bénévole mais plutôt un travail rémunéré. Tous les principaux thèmes abordés se rapportent sur les connaissances, les pratiques et les difficultés des agents de santé communautaires au niveau du travail.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS iii
RESUME v
TABLE DES MATIERES vi
0. INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. Motivation du choix du sujet 2
0.2. Délimitation du sujet 4
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE 6
CHAPITRE 1: ELUCIDATION DES CONCEPTS- CLES 7
1.1. Agent de santé communautaire 7
1.2. Santé communautaire 7
1.3. La planification familiale 8
1.4. Connaissance 9
1.5. Pratique 10
CHAPITRE 2 : QUELQUES GENERALITES SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURUNDI 12
2.1. Contexte démographique 12
2.2. Contexte sanitaire 12
2.3. Les facteurs qui influencent la fécondité 13
2.3.1. Les mariages précoces 13
2.3.2. Condition de la femme 13
2.3.3. Influence des structures familiales sur la fécondité 14
2.3.4. Désir d'une progéniture nombreuse 15
2.3.5. Croyances religieuses et culturelles 16
2.3.6. La pression socio culturelle 17
2.4. Les conséquences de l'explosion démographique 17
2.4.1. Les conséquences sur la famille 17
2.4.2. Les conséquences sur l'environnement 19
2.4.3. Conséquences au niveau de l'économie du pays 20
2.4.4. Conséquences au niveau politique et social 21

CHAPITRE 3: LA PLANIFICATION FAMILIALE 22
3.1. Les principales méthodes de la planification familiale 22
3.1.1. Méthodes naturelles 22
3.1.2. Les méthodes contraceptives modernes ou artificielles 25
CHAPITRE 4 : TRAVAIL DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU BURUNDI 29
4.1. Contexte d'introduction des agents de santé communautaire 29
4.2. La place et le rôle des agents de santé communautaire au Burundi 30
4.3. Domaines d'intervention des agents de santé communautaire 31
4.4. Mécanisme de coordination des interventions au niveau communautaire 34
CHAPITRE 5 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 36
5.1. Problématique 36
5.2. Les objectifs de recherche 39
5.2.1. Objectifs général 39
5.2.2. Objectifs spécifiques 39
5.3. Démarche méthodologique 40
5. 3.1. Méthode de recherche : Méthode qualitative 40
5.3.2. La technique de recherche : Enquête par l'entretien semi-directif 41
5.3.3. Terrain et population d'enquête 42
5. 3.4. Technique du choix des enquêtés 43
5.3.5. La préenquête 43
5.3.6. L'enquête 44
5.3.7. Les difficultés rencontrées 45
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS 46
CHAPITRE 6: PRESENTATION DES CAS 47
6.1. Cas BER 47
6.2. Cas BAK 48
6.3. Cas JER 50
6.4. Cas KAD 51
6.5. CAS NZI 52
6.6. Cas MAR 54

CHAPITRE 7: CONNAISSANCE ET INFORMATION DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MATIERE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 56
7.1. Connaissance en matière du planning familial 56
7.2. Différence entre la limitation et l'espacement des naissances 57
7.3. La source d'information en matière de la contraception 58
7.4. Méthodes de planification familiale ou de régulation des naissances connues 59
7.5. Avantage de la planification familiale 60
7.6. Inconvénients liés à la non pratique du planning familial 61
CHAPITRE 8: UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE 64
8.1. La prise de décision en matière de contraception 64
8.2. La méthode efficace 65
8.3. Les facteurs du choix d'une méthode contraceptive 66
CHAPITRE 9: DIFFICULTES DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DU TRAVAIL 69
9.1. Problème d'ordre social 69
9.2. Carence de la formation permanente 70
9.3. Précarité des conditions de travail 71
9.4. Enseignement de l'Eglise catholique au sujet de la contraception 73
CONCLUSION GENERALE 75
SUGGESTIONS 78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79
ANNEXES 82

0. INTRODUCTION GENERALE

Nous sommes dans un monde qui change, qui évolue et l'histoire de la contraception date depuis longtemps depuis l'époque de nos ancêtres. Cependant, quels que soient les domaines, les représentations et les pratiques nouvelles qui émergent aujourd'hui en rapport avec le planning familial, ceux-ci ne font pas table rase du passé. Même si elles produisent des ruptures, elles génèrent surtout des recompositions qui ne peuvent jamais effacer complètement tout ce que le passé a enregistré. La tradition, loin d'être définitivement éliminée au profit d'un ordre nouveau ; elle persiste, se transforme, prend des formes originales, inédites, qui résultent autant de transformations économiques et sociales que l'éclosion de valeurs nouvelles.

Si on se réfère aux normes sociales des sociétés traditionnelles de l'Afrique en général et du Burundi en particulier, on y trouve des règles strictes, les unes supposant la soumission de l'individu aux lois naturelles et règles du mariage traditionnelles. Ces règles que l'on rencontre dans la société traditionnelle concernent l'ensemble des individus, des pratiques et des représentations communes ne laissant pas de place à une interprétation, voire une improvisation personnelles. Le champ sexuel est entièrement socialisé et le mariage est l'objectif premier à atteindre. Il apparaît donc comme un devoir social. Ainsi, dans un pays où la tradition influence la planification, là où le pourcentage des analphabètes est encore élevé, l'introduction des agents de santé communautaire était l'une des solutions pour répondre la majorité de ces défis susmentionnés.

Aujourd'hui, les agents de santé communautaire (ASC) œuvrent dans presque toutes les provinces et se focalisent sur la malaria, la tuberculose, le planning familial etc. La mise en place de ces ASC demande une mobilisation des moyens matériels dans tous les volets : construction des salles de réunion, formation permanente des ASC, prévision des moyens d'encouragement. Soucieux de mieux connaître les facteurs à la base de l'échec du planning familial, une enquête portant sur l'étude des connaissances et des pratiques des ASC s'imposait. Une telle recherche impliquait la connaissance des méthodes contraceptives, les pratiques de ces méthodes ainsi que les difficultés que les ASC rencontrent dans leur travail. Quelle serait donc la connaissance des ASC sur la planification familiale ? La formation qu'ils ont reçue les encourage t-elle à s'imprégner dans les pratiques nouvelles basées sur l'usage des méthodes contraceptives modernes et à affronter facilement les différents problèmes qui hantent la population qu'ils ont en charge ?

Notre travail s'est articulé sur deux parties :dans la première partie, nous avons abordé d'abord le cadre théorique comprenant l'élucidation des concepts clés se rapportant sur l' étude des connaissances et des pratiques des agents de santé communautaire en matière du planning familial. Ensuite, nous avons passé au cadre méthodologique de la recherche. Ici, nous avons mis en exergue la problématique, les objectifs de la recherche, la population d'enquête, le terrain et technique de le recherche et le deroulement de l'enquête. Dans la dernière partie, il s'agit de la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Nous avons parlé des connaissances et information des ASC en rapport avec le PF, leur pratique du PF ainsi que leur difficulté au niveau du travail. Enfin, une conclusion générale et des suggestions clôturent le travail.

0.1. Motivation du choix du sujet

Vu l'exguïté du territoire national, vu également que la croissance démographique rapide est en partie responsable de l'impossibilité de répondre aux besoins fondamentaux de la population, le choix de ce sujet a été motivé par l'importance que revêt les problèmes démographiques dans le monde en géneral dans les pays du tiers monde et plus particulièrement au Burundi.

Le choix d'un sujet n'est jamais le fruit du seul hasard comme le précise Léon (1977, p.40), *« l'élaboration d'un sujet de recherche suppose d'abord un intérêt précis pour le thème que l'on se propose d'exploiter. »*

Toutefois, ce qui a suscité l'intérêt pour ce sujet, ce sont des observations faites ici et là, dans pas mal de ménages où les tueries, la haine, la mésentente entre les frères s'observent toujours suite aux problèmes de terres. Il se pose une difficulté majeure de la gestion des terres à cause du phénomène d'explosion démographique, la détérioration du sol dû à une forte exploitation renforcé par le manque de rotation des cultures, celle de pouvoir trouver les habitations pour de nombreux ménages ainsi que celle de pouvoir les nourrir.

L'opposition entre la culture locale d'une population analphabète du monde rural et le discours de contrôle de naissance prônent la dualité entre la tradition et la planification ce qui constitue un des éléments de l'échec du planning familial. Cette situation démographique au Burundi, son impact sur le développement et ses conséquences néfastes sur le bien-être de la population ne nous a pas laissé indifférent. Ainsi, notre attention a été focalisée sur les sensibilisateurs du planning familial en qualité des agents de santé communautaire avec un double raison :

La première raison est que les agents de santé communautaire sont des groupes d'individus sélectionnés et formés pour enseigner le planning à la population locale.
La deuxième raison est que la mobilisation des agents de santé communautaire est une façon d'assurer dans des endroits que les services de santé officiels ne peuvent pas atteindre, des prestations par le canal d'agent de santé qui, sur le plan social et culturel ne se distinguent pas du reste de la population.

Avec une analyse minutieuse et ardue, une analyse basée sur l'observation de ces agents de santé communautaire, la curiosité de savoir comment ils mettent en application ce qu'ils enseignent, leurs sources d'information, nous ont poussé à entreprendre une recherche dans le domaine de la santé reproductive en vue de porter une étude sur les connaissances et les pratiques des agents de santé communautaires en rapport avec le planning familial.

Le mérite de cette recherche est d'étudier les connaissances et de chercher à explorer les pratiques des agents de santé communautaire mais aussi et surtout en les replaçant dans le contexte du planning familial afin d'analyser leur méthode d'enseignement ainsi que les modes explicatifs auxquels ils se réfèrent pour gérer les risques ou dissiper les rumeurs répendus au sujet de la contraception.
Ce n'est pas sans raison que Delors (1996, p.158) écrit que :

> *« Pour qu'il accomplisse mieux ce qu'on entend de lui, l'enseignant doit avoir ''(...) les connaissances et les compétences, les qualités personnelles, les possibilités professionnelles et motivation voulue. »*

En entreprenant cette recherche, nous avions l'intention de savoir la nature de l'apport des agents de santé communautaire à la population locale dans leur rôle de mobilisation et sensibilisation. Aussi, le souci majeur du choix de ce sujet a été guidé par l'importance que nous attachons au planning familial qui va au-delà des préoccupations démographiques comme le souligne Wollast et Vekemans (1993, p19) :

> *« Si la planification familiale peut faire l'objet d'une promotion pour les finalités démographiques, la contraception a l'avantage de présenter un caractère préventif, non seulement influence positivement la santé de la mère et de l'enfant, mais agit aussi individuellement sur la santé, le bien- être de la famille et de la société dans son ensemble. »*

Nous remarquons que la planification familiale n'a pas seulement le seul objectif de limiter les naissances mais aussi qu'elle touche tous les secteurs en l'occurrence, la santé, l'économie, la politique, et la société dans laquelle l'individu est intégré. C'est ainsi que notre

sujet s'est intéressé à l'étude des connaissances et des pratiques des ASC puisque ces derniers constituent une population mise à part pour enseigner le PF à la population locale ce qui laisse penser à une meilleure connaissance et une bonne utilisation des méthodes contraceptives.

Après une enquête prospective auprès des agents de santé communautaire, nous pourrons dégager leur niveau de connaissances mais aussi apprécier ou déprécier leur pratique et leur enseignement en rapport avec le planning familial car c'est généralement par manque d'information que naissent les erreurs et pourtant les préjugés. A notre connaissance, aucune étude n'a été faite en rapport avec l'étude des connaissances et des pratiques des ASC sur le PF. C'est dans ce contexte que notre étude, dégagera une vision globale de l'agent de santé communautaire.

0.2. Délimitation du sujet

Les études menées sur la planification familiale ne sont pas moins nombreuses. Cela découle de la pertinence et de l'importance qu'elle revêt. Néanmoins, il a été constaté que le nombre considérable de recherches consacrées aux incidences défavorables de la croissance démographique se sont fort intéressés sur les opinions de tel ou tel autre groupe d'individus, leurs attitudes face aux méthodes contraceptives, les problèmes des populations sur la régulation des naissances. Parmi ces recherches, nous citerons le cas de :

- Robatel et al (1974) qui ont mené une étude sur les problèmes de population au Burundi : Enquête sur les motivations démographiques des barundikazi. Le but principal de cette enquête socio-démographique était de cerner les connaissances, attitudes et pratiques des femmes barundikazi en matière de régulation des naissances. Les résultats de la recherche ont montré que le souhait d'une descendance importante provient principalementde l'organisation socio-économique et du taux de mortalité qui demeure encore élevé.
- Nzabonakura (1986) sur les paysans burundais face aux problèmes de régulations des naissances. Dans sa recherche, il a constaté que 62 sur 64 interrogés soit 98 ,88% de ses enquêtés ont mentionné que la régulation des naissances est la seule solution aux problèmes de surpeuplement, mais que seule 46,88 % seraient prêt à utiliser les méthodes contraceptives.

- Ntebutse, (1997) sur la conception du planning familial en milieu burundais depuis la crise de 1993, où il a constaté que la crise a eu un impact négatif sur l'appréhension des problèmes de croissance démographiques. Dans sa recherche, il a constaté que l'enseignement insuffisant, les rumeurs sur les inconvénients des produits contraceptives, le poids de la culture, et la non implication des hommes sont les principaux handicaps de la non pratique du PF.
- Nsabiyumva, (2015) sur les opinions et attitudes des femmes Batwa sur la planification familiale. Dans sa recherche, elle a constaté que les femmes Batwa ont une bonne perception de la planification familiale, qu'elle présente un grand avantage pour celles qui la pratiquent. La connaissance de la santé de soi a été aussi le souhait des femmes Batwa. Quant aux stratégies de régulations des naissances, le constat a été que les femmes Batwa connaissent et utilisent les méthodes contraceptives surtout artificielles.

Ainsi la recherche que nous comptons mener sur la PF ne vient pas en opposition avec ces premières mais plutôt en complémentarité. Ainsi, notre étude va tenter de contribuer à une meilleure connaissance de l'échec de la planification familiale en portant une étude sur les connaissances et les pratiques des agents de santé communautaire en matière de la planification familiale étant donné que ces derniers sont des membres mobilisateurs et sensibilisateurs du PF à la population locale.

Convaincus que des efforts considérables ont été d'ores et déjà déployés par le gouvernement, considérant également l'essor de l'économie Burundaise et le nombre total de la population en l'an 2020 si du moins la croissance de la population garde le rythme actuel, l'étude des connaissances et des pratiques des ASC nous permettra de détecter leur niveau de connaissance ainsi que leur pratique en rapport avec le planning familial. En dépit de notre attention sincère, de notre profond désir, les moyens matériels et le temps nous limitent de parcourir toutes les provinces du pays afin d'épuiser toutes les hypothèses qui peuvent entrer dans le cadre de notre recherche. De ce fait, nous limiterons notre terrain d'enquête dans la province de Cankuzo en commune Cendajuru où le nombre considérable de la population est à majorité non scolarisé ce qui laisse penser au retour à la tradition qui privilégie une progéniture nombreuse.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 1: ELUCIDATION DES CONCEPTS- CLES

Bien des mots français sont polysémiques. A cet effet, dans un travail scientifique, certains termes nécessitent une clarification de leur sens. Ceci permet au chercheur d'éviter de s'écarter du sens et de ne pas exposer le lecteur de son travail à des confusions et /ou de lui faciliter la compréhension. En effet, certains termes prennent de sens suivant le contexte d'utilisation et également un mot peut revêtir un champ sémantique assez large en fonction des auteurs. Boudon (1965, p.28) écrit que:*« le concept au moment où il prend corps n'est pas une entité conçue en terme vagues qui donne un sens aux relations observées entre les phénomènes. »* Pour cela, nous précisons comment seront définis les termes agent de santé communautaire, santé communautaire, la planification familiale, connaissance, pratique.

1.1. Agent de santé communautaire

Un agent de santé communautaire est un homme ou une femme choisie par sa communauté pour s'occuper des tâches promotionnelles préventives et curatives élémentaires dans la zone d'action sans être le professionnel de la santé. Celui ci doit être un adulte. Dans son travail l'ASC est étroitement encadré par le TPS et supervisé par le titulaire du Centre de Santé (CDS). Il est chargé de sensibiliser la communauté sur les questions de santé et d'effectuer certaines prestations au niveau communautaire. L'ASC travaille actuellement suivant la formation qu'il a reçue.

1.2. Santé communautaire

Avant de comprendre le concept de santé communautaire, il est impératif de définir avant tout le terme de santé.

La santé est à comprendre comme un état de bien être physique, mental, et social et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou d'infirmité. Donc c'est un droit fondamental de l'être humain.

Le terme de communauté en soit, bien qu'elle désigne simplement un certain nombre de personnes, vivant dans une région, ce terme implique également des intérêts communs et un sentiment d'appartenance. Dans la pratique, les groupements sociaux coopèrent de façon sélective et dans des contextes particuliers. Selon Marimbu (1990, p.6),

> *«(...) la santé communautaire c'est faire de la santé publique si c'est laisser le rôle de décider et de faire aux seuls professionnels de la santé ; c'est faire de la santé*

communautaire si c'est laisser le rôle de décider et de faire aux membres de la communauté. »

En d'autres mots, faire de la santé communautaire, c'est aider la population à prendre en charge elle-même sa santé et son bien-être.

Finalement, nous pouvons comprendre que la santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place, la gestion et l'évaluation des activités. Nous disons qu'il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité réfléchissent en commun sur leur problème de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à ces priorités.

1.3. La planification familiale

Le terme de planification tout court, signifie l'organisation suivant un plan pluriannuel, du développement, d'une économie, d'un organisme ou d'une activité et des moyens correspondants. Etymologiquement ce terme planning vient de l'anglais to « plan » qui signifie prévoir. Ce terme fait référence à un travail détaillé, programmé, chiffré concernant l'organisation rationnelle du travail. Selon. Urwick, citée par Marimbu (1990, p.81), *« la planification est un processus intelligent et une disposition mentale à faire des choses de manière ordonnée, de réfléchir avant d'agir, et d'agir à la lueur des faits et non des suppositions. »* Elle est donc la manière de choisir une voie d'action future en vertu d'objectifs ou des buts déterminés à l'avance.

Dans le manuel du prestataire de planification familiale (2009, p.6), la planification familiale est définie comme :

«une des composantes des services de la santé reproductive. C'est un ensemble des moyens mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre de vivre leur sexualité de façon responsable , de manière à éviter les grossesses non désirés, à espacer les naissances et à avoir le nombre d'enfants voulus au moment voulu. »

Elle consiste donc à réduire le nombre des naissances ou à les espacer suivant les décisions prises par les personnes en activité sexuelle. Par rapport à la vie du couple, le planning familial permet à l'homme et à la femme d'avoir des relations sexuelles plus tranquillement quand ils sont certains que l'acte sexuel n'aboutira pas à une grossesse non désirée.

Quant à Banguia (1990, p.30), la planification familiale est :

> *« l'ensemble des mesures, techniques psychosociales et éducatives qui permettent aux couples et aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et leurs désirs notamment ; favorisation des naissances désirées ; agissement sur les intervalles entre les naissances ; évitement des naissances non désirées et détermination du nombre d'enfants souhaités pour constituer une famille. »*

En définitive, la planification familiale est l'ensemble des méthodes qui permettent d'assurer la tenue d'un enfant selon un plan familial. Elle consiste à mettre à la disposition des bénéficiaires des techniques contraceptives permettant soit de retarder une première naissance, soit d'espacer une seconde naissance ou limiter le nombre d'enfant à venir en vue de promouvoir la santé maternelle et infantile.

1.4. Connaissance

La connaissance est une activité intellectuelle visant à avoir la compétence de quelque chose. Elle est une compréhension, une représentation sur quelque chose ou sur quelqu'un. Chaque personne a une connaissance matérialisée par une compétence pour juger, c'est-à-dire selon l'information qu'elle a sur le sujet, de pouvoir en donner le sens où l'interpréter. La connaissance est donc le fait d'avoir des compétences dans un domaine. Selon Doron et Parot (1991, p .145), la psychologie de la forme considère la connaissance comme :

> *« une vision intérieure (einsicht ou insight), un processus dans lequel la représentation du but organise en retour l'activité du sujet et dispense celui-ci de la longue et incohérente succession des essais et erreurs par lesquels les behavioristes rendaient compte de l'apprentissage des connaissances. »*

La connaissance est donc la représentation intérieure du but influençant la manière de réaliser l'activité avec plus de précision, sans tâtonnements ou hésitations à travers les essais et erreurs. Elle permet donc à l'individu de se rassurer dans ce qu'il réalise tout en étant sûr de lui-même au niveau de sa compétence et de ses capacités. L'individu est donc dispensé des détours qui entraveraient son activité. Pelicher et al (1977-1981, p.26), définissent la connaissance comme :

> *« une saisie des objets par la pensée, soit qu'il ait eu une perception, soit qu'il s'agisse d'une opération intellectuelle. Elle a pour conséquence la formation d'un savoir sur ces objets permettant une action immédiate ou différée. »*

La connaissance traduit donc l'aspect de saisie d'objets par la pensée qui s'intègre dans le vécu du sujet pour une utilisation plus ou moins directe dans la vie pratique.
Pour le cas qui nous concerne, nous avons employé le concept de connaissance pour signifier toutes les informations dont dispose un agent de santé communautaire en rapport avec le planning familial. Il a été aussi une occasion pour nous de découvrir toutes les sources d'information et d'approvisionnement en matière du PF. La connaissance renvoie à la disposition de l'information des ASC sur un phénomène à l'étude.

1.5. Pratique

La pratique est une activité qui vise à appliquer une théorie ou qui cherche des résultats concrets. Elle est le fait d'exercer une activité particulière, de mettre en œuvre les règles, les principes d'un art ou d'une technique ; il s'agit également d'un savoir faire d'une compétence résultant de l'exercice habituel d'une activité. Mettre en pratique une action renvoie donc à l'application, à la concrétisation ; à l'exécution ou à la réalisation de cette action. La pratique consiste *à « mettre en exécution des précédentes, des règles, des idées etc. Elle est une méthode, un procédé, une manière de faire certaines choses. »* Sillamy (1980, p. 117). La pratique est donc la mise en action des idées ou règles. Elle traduit une activité tendant à une fin concrète par opposition à la théorie.

Dans la vie pratique l'homme a besoin de s'adonner à la pratique, c'est-à-dire à la concrétisation par les réalisations, le travail, etc.de ce qu'il pense ou souhaite dans le but d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. Dans le cas contraire, la planification, l'élaboration des projets ou les prévisions pour la production, non suivies par les réalisations pratiques, ne deviennent à la longue que de pures et simples spéculations. Legendre (1981, p .29) définit la pratique comme étant *« la mise en application des manières de procéder relatives à un secteur de l'activité humaine. »*
La pratique fait appel à l'implication de l'homme par les actes dans n'importe quel secteur de production. Cette implication est axée sur la mise en marche de ses manières de procéder pour contribuer comme les autres. Pour l'étude que nous comptons faire, le concept de pratique a été employé pour désigner différents comportements ou attitudes d'un agent de santé communautaire face au planning familial. Il est donc question ici de voir comment les agents de santé communautaire utilisent les méthodes contraceptives qu'ils enseignent aux autres.

C'est rare de fois qu'un chercheur peut penser avoir élucidé tous les concepts qui entrent dans le champ de sa recherche. Ainsi, dans le présent travail, nous avons essayé d'élucider les concepts qui auraient pu semer des confusions aux lecteurs de ce travail. Certains termes comme : agent de santé communautaire, santé communautaire, planification familiale, connaissance et pratique ont été élucidés. Pour y parvenir nous avons confronté différentes définitions telles qu'elles sont émise par plusieurs auteurs pour enfin préciser le sens qui cadre bien avec notre recherche. Signalons que d'autres termes ont été définis au fur et à mesure que cela s'avèrait nécessaire dans le présent travail. Dans le chapitre qui suit, nous avons parlé de quelques généralités sur la santé de la reproduction au Burundi.

CHAPITRE 2 : QUELQUES GENERALITES SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURUNDI

La population burundaise augmente de temps en temps, et les problèmes de surpopulation se manifestent dans tout le pays en général et dans dans les familles nombreuses en particulier. Dans le présent chapitre, nous allons passer en revue le contexte de démographie et de santé, les facteurs qui influencent la fécondité ainsi que les conséquences liées à l'explosion démographique dans tous les secteurs.

2.1. Contexte démographique

L'explosion démographique est reconnue aujourd'hui comme l'un des grands obstacles au progrès économique et social surtout dans les pays sous développés. Mariam (1969, P.12), trouve que *«le nombre d'habitants augmente plus vite que le volume des ressources nécessaire pour les nourrir. »* La population Burundaise est estimée à 8,05 millions d'habitants en 2008 avec 50,8% de femmes et 49 ,2% d'hommes. La croissance démographique annuelle est de 2,4%. Si cette croissance se maintient au cours des deux prochaines décennies, le Burundi pourrait compter 10,2 millions d'habitants en 2018, et 11 ,5millions d'habitant en 2023. Avec une densité démographique de 310 habitants, au km2 au niveau national, le Burundi est classé parmi les pays africains les plus densément peuplés. Sa population vit essentiellement en milieu rural, soit 9 habitants sur 10. Cette population est majoritairement jeune avec 56,01% de moins de 20 ans dont 44,1% de moins de 15 ans.

L'indice synthétique de fécondité du Burundi est de 6 enfants en moyennes par femmes, ce qui est très élevé. Dans ces conditions, les pays envoie de développement ont commencé à reconnaître l'importance d'une limitation de la population.

2.2. Contexte sanitaire

Selon les données du recencement général de la population et de l'habitat (2008) l'état de santé de la population burundaise se caractérise par des niveaux encore élevés de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies parasitaires et infectieuses. L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbité et de mortalité sont par ordre d'importance : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA et la tuberculose. Selon le rapport d'Épistat, le paludisme est la principale cause de 54,2% des cas des décès chez les enfants de

moins de 5 ans dans les hôpitaux et de 60,4%des motifs de consultations enregistrés dans les centres de santé. En effet, le ratio de mortalité maternelle reste très élevé (615 pour 100000) naissances vivantes selon l'enquete MICS de 2005) tandis que le taux de mortalité néonatal est de 42%. Toutefois, ce taux reste trop élevé et reflète une faible performance du système de santé. Les decès maternels représentent près de 40% de l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer. Le taux de mortalité infantile était estimé à 120‰ tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) était de 176‰ en 2006.

2.3. Les facteurs qui influencent la fécondité

Plusieurs facteurs favorisent la croissance sans précédent de la population et surtout dans les pays en voie de développement. Ces facteurs sont conditionnés par la société dans laquelle l'individu est intégré. Nous citérons entre autres :

2.3.1. Les mariages précoces

Les mariages précoces varient d'un milieu à l'autre et d'une culture à l'autre. En général, en milieu traditionnel africain, les femmes se mariaient et se marient toujours très jeunes. Selon Foerge (1985, p .47),

« dans les pays de l'Afrique de l'Ouest l'âge de mariage est plus précoce que ceux de l'Afriquede l'Est .Ainsi 82% des filles de 15-19ans en Guinée sont mariées contre 32% au Ghana, 14% en Somalie et 12% au Burundi. »

Ainsi le jeune âge au mariage en dessous de 20 ans, est un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant par le fait que les parents n'ont pas encore la maturité psychologique, biologique et physique indispensable à la stabilité et la prospérité du foyer. Mis à part les problèmes d'ordre social, les mariages précoces diminuent la période du célibat et ils poussent les jeunes à se marier très tôt avec risque de mettre au monde beaucoup d'enfants par manque de prise de conscience de la nécessité d'espacer les naissances et d'une maturité psychologique.

2.3.2. Condition de la femme

Les femmes et les hommes sont biologiquement différents. Chaque culture interprète à sa façon ces différences, créant ainsi dans la société des attentes sur ce que devraient être le comportement et les activités respectives des hommes et des femmes ainsi que les droits, les

ressources et les pouvoir qui incombent à chacun. Cette attente de la société constitue le rôle assigné par celui-ci aux hommes et aux femmes.

Au Burundi, l'organisation sociale traditionnelle de la société est de type patriarcal et patrilinéaire. Navas (1977, p. 35) précise que *« la tradition au Burundi veut que la femme soit soumise à l'autorité du mari, c'est lui le chef, c'est lui qui commande et dirige, en un mot qui possède l'autorité. »* C'est donc l'homme qui incarne l'autorité au sein du ménage, il prend les décisions capitales et fourni des moyens de subsistance aux membres du ménage. La femme quant à elle a la charge sociale du fonctionnement de la vie domestique, elle réalise les travaux ménagers et prend soin des enfants et des autres membres de la famille. Le rôle d'autorité de l'homme et la position de subordination de la femme sont traduit à travers les différentes institutions : dans le mariage, acte social fondamental, l'homme devient le privilège du rôle actif, il exerce un contrôle sur la fécondité du couple.

Au niveau communautaire, la perception différenciée des rôles masculins et féminins est à la base de la répartition des tâches et de l'exercice inégal du pouvoir. Les hommes assurent des rôles de la gestion dans les affaires publiques quant aux femmes, elles sont plutôt impliquées dans l'établissement et le renforcement des relations sociales. Selon l'OMS (1985, p.7),

> *« la valeur de la femme aux yeux de la société dépend du nombre d'enfants qu'elle a. De plus, n'ayant aucun autre moyen d'assurer sa subsistance dans ses vieux jours ou de jouir dans certains statut dans la société, elle devra un jour dépendre des ses enfants pour un appui économique et morale. »*

Ainsi, les facteurs socioculturels décrits ont une influence sur les conditions sociale de la femme. Ils pèsent lourdement sur leur statut dans la famille et dans la société et cela a des répercussions sur leur capacité à obtenir et utiliser des méthodes contraceptives.

2.3.3. Influence des structures familiales sur la fécondité

Dans la culture burundaise, la fécondité des hommes et des femmes a été fortement valorisée par des normes sociales qui expriment un arrangement familial spécifique : préférence pour les familles élargies, prise en charge des descendants pour l'ensemble des adultes d'un lignage, mariage précoce et polygamie. La crise économique récurrente qui affecte surtout les pays en voie de développement et les effets bénéfiques des changements sociaux qui ont malgré tout été acquis depuis l'indépendance sont indubitablement en train de changer en profondeur le mode de vie familial et, par voie de conséquence les comportements de fécondité. La relation entre la structure africaine et la fécondité est multiforme.

Elle emprunte probablement les chemins différents dans chaque société. Ainsi, les variables intermédiaires de la fécondité, le mariage, contraception, espacement des naissances et avortement sont sous la dépendance des normes et valeurs familiales privilégiées par chaque société.

Dans le système des valeurs sociales des africains, la fécondité est l'attribut le plus important par lequel l'homme et la femme s'affirment socialement. Au Burundi, la venue d'un enfant est marquée par une joie immense non seulement pour les parents de l'enfant mais aussi par son entourage comme il l'exprime en ces termes *« Uravyara benshi uduhe kamwe »* ce qui se traduit *: « mettez au monde beaucoup d'enfants pour nous en donner un. »* C'est ce que Romaniuk (1967 p.270) écrit quand il dit :

> *« la valeur d'une femme se mesure à sa capacité reproductive. Elle n'est définitivement acceptée au sein du clan du mari qu'après avoir donné des preuves répétées de sa fertilité. »*

Finalement, un couple sans enfant est considéré comme sans valeur dans sa société d'appartenance pour ainsi dire que la famille, l'entourage, les institutions sociales ou religieuse influencent d'une manière ou d'une autre sur la fécondité.

2.3.4. Désir d'une progéniture nombreuse

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des ASC dans le contrôle de leur fécondité et de mesurer les besoins futurs en matière de contraception non seulement pour espacer mais aussi pour limiter les naissances. Ainsi, le désir d'avoir ou non des enfants dans l'avenir est généralement lié au nombre d'enfants actuellement en vie ou de ceux du couple. Dans l'enquête démographique et de santé (2010, p .67), « (...) *près d'un tiers des femmes 32% ont répondu qu'elles ne désiraient plus d'enfants, alors que dans 63% des cas les femmes en souhaiteraient davantage. »*

Dans la mentalité burundaise, l'enfant est considéré comme une richesse potentielle, une force pour la protection de la famille et la prolongation de la ligné familiale. Nombre des Burundais considèrent la famille à plus d'enfants comme riche et aisé en toutes choses. Dans l'enquête effectué par Navas et ses collaborateurs au Burundi, (1977, p.23) précisent que dans un échantillon de 3011 personnes, *« plus de 95% des enquêtés préfèrent une famille pauvre avec des enfants à une famille riche sans enfants. »* Nous remarquons donc qu'aux yeux d'un Burundais, la progéniture nombreuse reste la seule joie pour un couple, la seule satisfaction, la

seule richesse. Ainsi, ce ci reste un obstacle pour les parents qui ne veulent pas adopter les méthodes de la planification familiale malgré les conditions de vie si difficiles soient-elles pour les familles à progéniture nombreuse. L'Unicef (1992, p.3) souligne que :

> *« les comportements traditionnels relatifs à la fécondité, restent prévalent et contribuent au taux de croissance démographique de 2,8% qui entraine une pression considérable tant sur des services sociaux surchargés et mal financés que sur une agriculture de subsistance limitée par l'espace disponible. »*

Cette mentalité n'a pas sa raison d'être aujourd'hui où nombre de famille croupissent dans la misère et où le pays souffre de l'insuffisance en matière économique. En réalité, dans de pareilles situations, le système d'organisation des familles, des institutions sociales ne doivent pas être conçues comme une expression logiquement nécessaire des sentiments humains inhérents à toute conscience. Mais au contraire, chacun doit agir en fonction des moyens dont il dispose pour ainsi déterminer le nombre de ses descendances.

2.3.5. Croyances religieuses et culturelles

Les croyances religieuses peuvent faire obstacle à l'acceptation de certaines méthodes contraceptives. La religion est la principale composante de toute une culture donnée et porteuse des valeurs et normes qui affectent les fidèles tant sur le plan comportemental, physiologique et psychologique.

La plupart des utilisateurs de la PF suivent les directives culturelles et religieuses comme quoi c'est Dieu qui donne les enfants. Le choix d'une méthode peut être influencé par nombre de facteurs culturels. Il peut s'agir d'idées localement défavorables sur diverses méthodes. Ainsi, dans certaines régions, les croyances religieuses ou culturelles peuvent influencer le client dans son choix. L'OMS (1996, p.62) précise que *« Les catholiques très pratiquants se limitent à la planification naturelle. Pour certains dirigeants islamiques, la stérilisation est interdite alors qu'elle est permise pour d'autres. »*

Néanmoins, cette croyance n'est plus exacte dans un pays pauvre où la croissance économique est inférieure à la croissance démographique. C'est la raison pour laquelle les couples doivent participer à la contraception pour essayer au moins d'avoir un espace inter génésique pour permettre à l'enfant de croître et à la mère de reprendre la force de travailler pour assurer une meilleure santé pour toute sa famille.

2.3.6. La pression socio culturelle

Les facteurs socioculturels représentent des freins d'autant plus importants qu'ils sont généralement les premiers ciblés par l'éducation à la santé. Les croyances, la terminologie, les représentations envers les méthodes contraceptives et le faible niveau d'alphabétisation des ASC et des bénéficiaires interférent sur la compréhension, l'interprétation, l'apprentissage des messages de la santé et à terme sur l'impact du programme communautaire. Le fait de ne pas partager les mêmes points de vue sur l'usage des méthodes contraceptives modernes, constitue un obstacle sur le planning familial. Les vieilles pratiques telles qu'elles sont héritées par nos ancêtres sont fortement enracinées qu'il est difficile de les déraciner si la population n'est pas bien conscientisée et s'il ne lui est pas enseigné les conséquences de l'accroissement démographique sur le bien-être des individus et des familles. Ceci rejoint l'idée de Pesquieux et Triboulois (2004, p.106) ; la résistance au changement peut apparaître aussi dans deux cas qui selon nous, sont les résultats d'une absence de conviction sur les buts du changement :

> *« D'abord, quand le changement vient affecter des habitudes, des coutumes, des rites, des individus tiennent à leur système ancien de valeurs parce qu'il a forces des normes de groupe et qu'ils rejettent de nouvelles au regard d'une légitimité qui ne leur est pas accordée. Ensuite, quand les individus ne comprennent pas les raisons des évolutions voire des innovations que l'entreprise souhaite introduire, et, ceci, malgré toute la force de persuasion qu'elle peut développer à l'aide des arguments rationnels. »*

La reconnaissance et l'acceptation par la population du nécessaire changement de certaines habitudes ancestrales néfastes à la santé reproductive de génération en génération est une tâche ardue et longue. Mais elle est l'essence même des programmes communautaires de santé. Les pressions politiques ou religieuses peuvent aussi entraver les pratiques des ASC qui sont particulièrement exposés aux leaders locaux.

2.4. Les conséquences de l'explosion démographique

2.4.1. Les conséquences sur la famille

La famille est le seul milieu qui convient au plein épanouissement de l'enfant dans lequel intègre la croissance et le développement psychologique et affectifs de l'enfant. Or, les grossesses rapprochées sont indiscutablement défavorables aussi bien sur l'organisme

maternel que sur celui de l'enfant, d'une part, parce qu'elles engendrent un désintérêt de la mère à l'égard des autres enfants, et d'autres part, parce qu'elles réduisent la période de lactation entrainant ainsi un sevrage précoce par hyposécrétion lactée ou par suite de certaines croyances selon lesquelles le lait de la femme enceinte serait toxique pour le nourrisson qui tète .Certes, dans cette perspective, le planning familial peut constituer indirectement un moyen d'améliorer la santé et même de diminuer la mortalité. L'OMS (1985, P.7), souligne que

> *« les conséquences liées au manque du PF, la fécondité non maîtrisée, aggravent bon nombre de problème de santé. (...) . En effet des grossesses trop nombreuses ou trop rapprochés comportent des risques pour la santé de la mère et du nouveau- né et elles sont à l'origine de taux de mortalité maternelle et infantile plus élevé. »*

La croissance sans mesure de la population pourrait dans la plupart des cas provoquer la carence alimentaire puisque les terres cultivées sont occupées par les habitats de cette population croissante. Cette carence provoquera aussi une famine sans précédent. Au niveau de l'agriculture, cette croissance rapide de la population constitue un frein pour le développement et s'accroît du jour le jour et de période en période.

Dans un pays à forte croissance démographique comme le Burundi, la faible disposition des terres accroît le nombre de personnes sans terre qui cherchent des espaces cultivables mais sans les trouver. Or, l'agriculture constitue le secteur principal de l'économie burundaise non seulement comme base de l'alimentation de la population, mais entant que clé de voûte de la structure financière du pays. Selon Ntawuyankira (2014, p.42),

> *« L'évolution de l'agriculture burundaise est marqué par une diminution de la superficie moyenne par exploitation liée à la croissance démographique accentuée par l'absence d'exode rural et par un système d'héritage au bénéfice de tous les fils. On devrait nécessairement observer un déclin évident des surfaces disponibles par habitants au cours du temps vu l'augmentation de la population alors que la superficie cultivable ne varie presque pas. »*

Cette pression ininterrompue de la croissance démographique entraîne l'occupation des terres cultivables. Nous signalons aussi que même les ressources non renouvelables qui sont en quantité limitée sont exploitées de façon exagérées, contrairement aux pratiques agricoles traditionnelles où les cultures itinérantes ne posaient pas de problème particulier dans le passé parce que la population était moins nombreuse qu'aujourd'hui. Selon Robatel, (1974, p.24),

« Le Burundi se trouve confronté à deux grandes servitudes : assurer la subsistance de la forte population, supporter le coût de son isolement géographique qui grève lourdement. »

Les conséquences économiques de ces deux servitudes exigent une production intensive due à l'exiguïté des surfaces disponibles. De même, beaucoup d'enfants dans les pays envoie de développement souffrent de la malnutrition et l'ordre des naissances agit sur la santé par le biais de la nutrition ce qui engendre un nombre élevé d'enfants sous alimentés. A ce sujet, l'UNICEF (1992, p. 3), précise que:

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

Ce manque de terre lié à l'explosion démographique est à la base des conflits latents ou manifeste qui hantent le plus souvent nombre de pays en voie de développement.

2.4.2. Les conséquences sur l'environnement

La croissance démographique jointe à l'épuisement des ressources et à la dégradation de l'environnement liée à l'activité de l'homme pèse lourdement sur la vie de la population. La prise en compte de l'environnement relève plus d'une nécessité que d'un devoir moral car la survie de l'homme en dépend. Cependant, la croissance démographique provoque souvent la destruction de l'environnement, la surexploitation des ressources naturelles, la diminution de la fertilité par la dégradation des sols. C'est donc à travers les activités agricoles et l'exploitation forestière que la forte croissance démographique entraîne la dégradation de l'environnement. Selon le rapport de la PNUD (2010, p 201),

« La dégradation et l'épuisement des sols sont consécutifs à plusieurs causes dont les plus importantes restent la croissance démographique qui implique l'exploitation excessive des terres et une réduction des espaces naturels. »

Nous signalons que cette croissance incontrolée joue un rôle déterminant dans la dégradation de l'environnement ce qui reste un frein pour le développement humain et constitue une grave ménance pour la survie de l'habitat et des ressources naturelles de la planète.

2.4.3. Conséquences au niveau de l'économie du pays

Selon Robatel (1974, p.22) :

> *« plus de trois millions d'habitants très attachés à des coutumes souvent incompatibles avec le progrès, se trouvent rassemblés sur une surface réduite de terre cultivable qui s'érodent sous les cultures pauvres et un excès de bétail souvent improductif. »*

Ainsi, l'explosion démographique, bien qu'elle ne soit pas la seule cause des problèmes sociaux, peut avoir des conséquences au niveau économique, politique et social.

La croissance démographique touche l'économie du pays et encaisse nombre de personnes en chômage. Cependant, au niveau de l'économie, le Burundi est catégorisé parmi les pays les plus pauvres du monde. Dans le rapport final sur l'enquête démographique et de santé (2010),du point de vue macroéconomique, le rapport de l'économie burundaise de 2010, montre que l'agriculture contribue à hauteur de 43% du produit intérieur brut (PIB) le secteur secondaire à 16% du PIB , le tertiaire à 35% du PIB et les impôts et taxes à 6%. Nous remarquons que l'agriculture occupe une place considérable dans l'économie du pays. Selon la même ressource, la croissance économique a repris timidement depuis 2001, avec un taux d'inflation de7%, la croissance est de 4% en 2010. Le Burundi reste fortement dépendant du financement extérieur qui représente 24% du PIB en 2010. Avec une forte fécondité correspondant à une proportion élevée des jeunes enfants, la production globale devrait être répartie entre un plus grand nombre d'individus et, par conséquent, les revenus par tête seront faibles et le taux de chômage restera élevé.

Toutefois, la population qui ne cesse d'augmenter implique de sérieuses répercussions sur les possibilités d'emplois. En principe, s'il arrive que la croissance démographique rapide s'accompagne normalement d'un accroissement proportionnel de la population active, cela signifie que le rythme de création d'emploi doit correspondre au rythme de multiplication de la population active.

Au contraire, en Afrique en général et au Burundi en particulier, le taux d'augmentation de la population active dépasse la création d'emplois, ce qui se traduit par une augmentation rapide du taux de chômage. En conséquence, le poids démographique pousse un grand nombre de la population à quitter leur demeure pour aller s'installer dans un endroit où la vie semble être facile et praticable.

2.4.4. Conséquences au niveau politique et social

L'instabilité politique, le comportement agressif et la polygamie constituent en quelque sorte des éléments qui augmentent la croissance démographique. Ainsi dans les pays envoie de développement, l'accroissement de la population est en rapport avec les problèmes politiques et social parce que l'accroissement démographique peut favoriser la perpétuation de la misère, de la maladie, de la pauvreté, ainsi que des inégalités sociales et politiques. Selon Pressât, (1979, p .132) :

> *« un grand nombre d'habitant fait obstacle à la réalisation du plus haut niveau de vie, compatible avec les conditions techniques d'une époque ou plus modestement, s'agissant des populations des pays sous développés, empêche d'assurer simplement un niveau de vie convenable par suppression des privations actuelles les plus sévères. »*

Il est donc indéniable que l'augmentation rapide de la population pèse lourdement sur les ressources nationales et sur le système administratif des pays en voie de développement en l'occurrence les besoins en éducation, en logement, en développement agricole et industriel etc.

A travers ce chapitre, nous avons essayé de montrer la dynamique démographique et sanitaire ainsi que les facteurs qui peuvent influencer la fécondité. Compte tenu de la nature du travail, nous avons évoqué les éléments qui semblent être beaucoup plus influents que les autres. Il s'agit des mariages précoces, l'influence des structures familiales sur la fécondité, le désir d'une progéniture nombreuse, la croyance religieuse, les conditions de la femme, et les pressions socio-culturelles fortes. De même, l'analyse des conséquences liées à l'explosion démographique nous permettra d'avoir une vue globale sur la nature de l'apport de ce travail sur la population en générale et sur les ASC en particulier. Partant de tous ces éléments ci-hauts cités, il est question maintenant de savoir comment faire face à ce défi.

CHAPITRE 3: LA PLANIFICATION FAMILIALE

Chaque méthode contraceptive a ses avantages et ses inconvénients. Aucune méthode ne convient à tous les usagers. Ainsi, il peut arriver qu'un couple refuse de se servir d'une méthode contraceptive à cause de fausses informations qu'il a sur cette dernière ou par crainte des effets secondaires qui peuvent surgir. Le présent chapitre fournit des informations sur les méthodes contraceptives couramment utilisées.

3.1. Les principales méthodes de la planification familiale

Nous distinguons deux catégories de méthodes contraceptives : Méthodes naturelles et Méthodes artificielles.

3.1.1. Méthodes naturelles

Ce sont des méthodes les plus anciennes qui constituent l'ensemble des moyens de contrôle de naissance qui permettent de favoriser une grossesse ou au contraire, d'éviter une grossesse. Ce sont des méthodes à risque de grossesses non désirées car, pour la plupart des fois ces méthodes sont incontrôlables. Ces méthodes sont :

- **L'abstinence périodique**

La méthode naturelle d'abstinence périodique est basée sur un fait scientifique établi. La femme n'est fécondable qu'à un moment privilégié du cycle menstruel, celui de la ponte ovulaire ou fécondation. L'abstinence périodique consiste à éviter les rapports sexuels aux alentours de l'ovulation. Malgré la gratuité de cette méthode et l'indépendance du couple qui désire la pratiquer, c'est une méthode qui s'accompagne par un taux d'échec relativement significatif. Selon Mariam, (1969, p.79),

> *« Très peu de femmes ayant des cycles régulier et la plupart d'entre elles ne se rappellent pas de leurs irrégularités. Le calcul des jours féconds ou inféconds de chaque cycle menstruel s'étendant de préférence sur une année au moins.* »

Cette méthode reste la seule acceptée par l'Eglise catholique, et par d'autres Eglises pour la régulation de la contraception.

- **La méthode de température**

Cette méthode est basée sur le fait que la température de la femme varie au cours du cycle menstruel par suite de la modification cyclique de la sécrétion hormonale Mariam (1969 p79), précise que *« la chute de la température suivie par une élevation (géneralement autour de 0,2% centigrade) indique que l'ovulation a eu lieu. »* Cette méthode exige à la femme de prendre sa température tous les matins avant le lever, avant toutes activités avec un même thermomètre et à la même heure. Au même moment ou juste après l'ovulation, la température s'élève de quelquesdixièmes de degré, et la femme doit noter sur un tableau sa température ainsi que tous les événements qui peuvent modifier la température du Corps. Si cette élévation de température persiste pendant trois jours, le délai de suivi de l'œuf est largement dépassé. Les relations sexuelles pourront avoir lieu en toute sécurité jusqu'à la menstruation. Cette méthode a pour avantage de n'avoir pas d'incidence sur la santé par l'absence au recours au procédé chimique ou mécanique.

- **La méthode de Billings ou méthode de la glaire cervicale**

Pour utiliser cette méthode, une femme doit apprendre à reconnaître la période d'ovulation en observant la glaire cervicale. En effet, dans le cycle ovulatoire normal, le mucus cervical passe par différentes phase clairement observables.

- Peu abondant et visqueux durant les jours qui suivent les règles,
- Plus abondant et plus courant au fur et à mesure que l'ovulation approche.
- A l'ovulation, le mucus est abondant, clair, non visqueux et forme un long fil quand on tente de l'étirer, par exemple entre les droits.

- **La méthode de rythme ou de calendrier**

Cette méthode consiste à repérer la date d'ovulation en fonction des règles suivantes et non par rapport aux règles passées. D'après Vekemans et Wollaste (1998, p. 21*),*

> *« on observe six cycles ou plus. Si on veut une précision plus grande (80% des prédictions correctes si on se base sur 6 cycles ,90% si c'est sur 12 cycles) L est le nombre de jours du cycle long ; C est le nombre de jours du cycle court ; la période féconde (rapport sexuels interdits) : C-20 à L-10. Plus les cycles sont irréguliers, moins il y a de jours où les rapports sont permis. »*

Après avoir étudié la longueur de 12 cycles menstruels, on soustrait 18 du nombre de jours du cycle le plus court pour obtenir le premier jour de fertilité et 11 du nombre de jours du

cycle le plus long pour obtenir le dernier jour de fertilité. Cette méthode est peu fiable car peu de femmes ont des cycles réguliers. Les irrégularités qui se produisent en particulier vers les limites de la vie féconde après une naissance ou un avortement ne sont prises en considération.

En somme toutes ces méthodes de continence périodique ont un avantage en commun du fait qu'elles ne nécessitent aucune intervention hormonale mais il faut reconnaître qu'il n'est pas toujours possible de refuser les rapports sexuels à son mari sous prétexte de date ou de glaire. En plus, c'est une méthode difficile à appliquer pour une population analphabète car elle demande un contrôle strict de la part des usagers.

- **Le coït interrompu**

C'est la méthode la plus ancienne et demeure probablement utilisée dans le monde. Elle consiste à arrêter l'éjaculation avant le début de celle-ci qui doit se faire à distance du vagin ou des organes génitaux externes. Cette technique présente des avantages particuliers : Elle n'exige aucun dispositif ni aucun produit chimique et peut donc être appliquée en toutes circonstances et sans aucune dépense. Mais, cette méthode n'est pas du tout efficace car elle peut engendrer l'échec dans le cas du retrait tardif ou du coït répété. Les sécrétions pré-éjaculatoires peuvent aussi contenir des spermatozoïdes. D'après Vekemans et Wollast (1993, p.112), la pratique du coït interrompu consiste à :

> *« se retirer lorsque l'éjaculation est imminente, puis répandre le sperme (sur le ventre de la femme, ou à terre, ou dans un linge ...), est un moyen contraceptif assez efficace si l'on ne se retire pas assez tard. »*

Cette méthode a pour conséquence la privation de la part du couple d'une totale satisfaction sexuelle du fait que l'homme se retire souvent quand la femme n'a atteint son propre orgasme.

- **L'allaitement maternel**

La période d'allaitement maternel appelée aussi période d'aménorrhée lactation est souvent accompagné d'une période de continence. Normalement lorsque la femme allaite, l'ovaire se met au repos. Il n'y a ni ovulation ni menstruation. Mais, la durée de cet état d'infécondité varie d'une femme à l'autre et on sait que la première ovulation précède les règles. C'est donc une méthode peu fiable. L'allaitement au sein procure une alimentation idéale pour le nourrisson et le protège contre la maladie. Selon l'OMS (1996, p.46),

> *« chez une femme nourrissant exclusivement au sein, encore en période d'aménorrhée et à moins de 6mois après son accouchement, la probabilité de survenue d'une grossesse est inferieur à 2%. »*

Donc les agents de planifications doivent encourager les femmes à allaiter. Ils doivent les informer sur les techniques correctes d'allaitement.

3.1.2. Les méthodes contraceptives modernes ou artificielles

Celles-ci sont plus efficaces par rapport aux méthodes naturelles par le fait qu'elles sont contrôlables. Nous distinguons les préservatifs masculins ou condom les préservatifs féminins ou fémidom, les spermicides, les dispositifs intra-utérin (DIU) ou stérilet, les contraceptifs oraux combinés, les contraceptifs injectables

- **Préservatifs masculins**

Le préservatif, condom ou capote, est l'unique moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles ainsi que la contraception pour éviter les grossesses non désirées. Le préservatif est donc l'enveloppe de latex qui s'ajoute sur le pénis en érection et empêche les spermes et les spermatozoïdes de pénétrer dans le vagin. Comme pour les autres méthodes mécaniques, l'efficacité du préservatif repose sur l'expérience de l'utilisateur et la constance de l'utilisation. Elle dépend fortement de la motivation de l'utilisateur au moment de la relation sexuelle. L'OMS (1996, p.35) :

> *« le taux d'échec moyen est de 12% à la première année d'utilisation. Des couples très motivés, plus expérimentés et qui ne désirent pas avoir des enfants, signalons probablement le taux d'échec moindre que des jeunes qui utilisent le préservatifs pour la première fois dans un but d'espacer les naissances. »*

C'est une méthode sûre sans ordonnance.

- **Le préservatif féminin ou fémidom**

Le préservatif féminin est d'apparition récente. Ce sont des appareils en caoutchouc que la femme doit mettre dans le vagin avant les rapports sexuels pour empêcher la pénétration du sperme dans le col de l'utérus. Selon Ntibanyiha (1996, p.6) *« il se compose d'un étui en polyciretane qui comporte un anneau externe qui reste à la vulve. »* L'efficacité contraceptive et anti-infectieuse est renforcée par l'incorporation du monoxynol dans le lubrifiant.

Le préservatifs féminin peut être déposé longtemps avant le rapport sexuel et n'impose pas le retrait immédiat après l'éjaculation.

- **Les spermicides**

En principe, les contraceptifs spermicides sont composés d'un agent tueur de spermatozoïdes et une base qui diffuse l'agent sur le col et empêchent physiquement tout contact avec le col. En réalité, avant les rapports sexuels, les spermicides sont placés dans le vagin. Elles constituent un obstacle physico-chimique qui empêche les spermatozoïdes d'atteindre directement le col et de les tuer immédiatement. Selon l'OMS (1996, p.36) indique que :

> *« les agents spermicides habituellement utilisés sont les monoximol, le monergol et le chlorure de benzalkonium. Ces agents spermicides se présentent sous forme de mousse, de crème, d'ovule, de gel, d'ovules fondant, decomprimés effervescents, de films solubles, de préservatifs lubrifiés et d'éponges. »*

Les spermicides doivent être utilisés à chaque rapport sexuel. L'utilisation efficace d'un spermicide dépend fortement de la motivation de l'utilisateur au moment du rapport sexuel. Ils sont actuellement employés comme méthodes complémentaires à cause du risque élevé d'échec s'ils sont employés seuls.

- **Dispositifs intra- interin ou stérilet**

C'est une méthode qui dure deux ou trois ans. C'est un dispositif en plastique ou en cuivre qu'on introduit dans l'utérus et cette application est exclusive au médecin. Selon l'OMS (1996, p 19*) :*

> *« le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet est un moyen très efficace sûr et réversible d'empêcher la grossesse chez certaines femmes en particulier celles qui ne sont pas exposées aux MST et ont déjà eu des enfants. Les DIU sont de petits appareils en plastique ou en métal qui sont insérés dans l'utérus à travers le canal cervical. Le DIU agit sur la motilité des spermatozoïdes et le transport de l'ovule. »*

Cette méthode a des avantages car elle est sûre, elle empêche la grossesse pendant plusieurs années ; elle est moins chère, mais présente aussi des inconvénients dans la mesure où il peut y avoir des réactions secondaires.

- **Les contraceptifs injectables**

Les contraceptifs injectables peuvent être utilisés par les femmes voulant une méthode contraceptive de longue durée et réversible. L'OMS (1990, p.18), souligne qu'
« ils ont une efficacité très élevées avec un indice de pearl estimé à0, 25 à 1% A-F. Ils ont une durée d'action de 2 à 3mois, n'expose pas à l'oubli et peuvent être utilisé en cas d'allaitement au sein. » Ce sont donc des produits injectés à travers les muscles pour empêcher une grossesse. Il convient de rappeler que la contraception par hormone injectable est l'une des méthodes de planification familiale les plus efficace et qu'à ce titre elle contribue à réduire la mortalité infantile grâce à l'espacement des naissances et à réduire les risques liés à l'avortement illégal.

- **Les contraceptifs oraux combinés**

Les contraceptifs oraux combinés font intervenir à la fois un œstrogène et un progestatif synthétique pour empêcher l'ovulation. Par rapport à cette méthode, Dalsace et Palmer (1972, p. 78) s'expriment :

> *« cette méthode inventée en 1956 par Pincus et Rock aux Etats-Unis, consiste dans l'absorption, chaque jour, 20 à 22 jours par mois, en commençant au plus tard le 3ème jour du cycle, d'un comprimé d'hormones ovariennes synthétiques (œstrogènes et progestatifs en proportions convenables) qui empêche la ponte ovulaire et toute possibilité de fécondation tout en maintenant les organes génitaux dans leur état normal et en assurant des règles régulières d'apparence normale. »*

Les contraceptifs oraux combinés administrés après le rapport sexuel empêchent l'implantation d'un œuf fécondé. Chaque jour, la femme doit prendre une pilule sans oubli afin de maximiser l'efficacité contraceptive.

- **Les minipilules**

Cette méthode présente le risque de grossesse extra-utérine de plus que d'autres contraceptifs oraux combinés mais ces risques sont faibles si on compare avec les femmes qui n'utilisent aucune contraception moderne. Selon l'OMS (1996, p 30),

> *« Le taux de grossesse le plus faible attendu est de 0,05%. L'efficacité de la minipilule dépend de la capacité de la femme à s'astreindre à une prise de pilule quotidienne. En cas d'oubli, le risque de grossesse est plus grand que le cas d'une*

pilule combinée ordinaire. En cas de retard de la prise atteignant 3heures au plus, il est impératif d'adjoindre une méthode complémentaire pendant 7jours. »

Cette forme est moins largement utilisée.

- **Le norplant**

Le norplant est constitué de capsules de caoutchouc siliconées. Chacune d'elle contient 36 mg de Levonorgestrel insérés sous la peau du bras gauche en forme de triangle. C'est un implant assurant 5 ans de protection contraceptive. Selon l'OMS (1996, p.34) :

« le taux de grossesse sous le norplant est de0 ,2% au cours de la première année d'utilisation. L'efficacité du norplant est indépendante d'un engagement régulier de l'utilisatrice. Elle est cependant corrélée au poids : les taux de grossesse à 5 ans pour 100 femmes sont de 0,2 % pour les femmes pesant moins de 50kg, 3 ,4 pour les femmes de 50 à 59kg, pour les femmes de 60 à 69kg et 6,5% pour celles pesant 70kg. »

Cette méthode est la plus avantageuse car juste après l'enlèvement du norplant, la fécondité se retrouve immédiatement.

Dans ce chapitre, nous avons essayé de relever les différentes méthodes contraceptives tant naturelles qu'artificielles en mettant l'accent particulier sur leur mode de fonctionnement et quand ils interviennent dans les rapports sexuels. Le rôle de toutes ces méthodes est d'une importance capitale pour le bien-être familial. La contraception est donc un consensus entre l'homme et la femme en vue de consommer l'acte sexuel sans penser à une grossesse non désirée.

CHAPITRE 4 : TRAVAIL DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU BURUNDI

Les games d'actions des agents de santé communautaire sont multiples et variées. Toutefois, chacun en ce qui le concerne, l'agent de santé communautaire doit avoir une certaine formation pour promouvoir la santé sans être le professionnel de santé. Le présent chapitre va étayer le travail d'agents de santé communautaire en mettant l'accent particulier sur leur place, leur rôle, leur domaine d'intervention en santé communautaire et leur mécanisme de coordination.

4.1. Contexte d'introduction des agents de santé communautaire

Nul n'ignore que les méthodes contraceptives sont peu utilisées voire ignorées par la majorité de la population du monde rural pour plusieurs raisons. D'un côté, la population est souvent confrontée à des obstacles sociaux et matériels à l'accès au service de la planification familiale. De l'autre côté, la population est souvent confuse sur les effets néfastes que pourraient apporter ces méthodes chez les utilisateurs. Les agents de santé communautaire sont là pour faire disparaître ces obstacles en apportant des informations, des services et des fournitures aux femmes et aux hommes dans les communautés dans lesquelles ils vivent et travaillent au lieu de les obliger à se rendre dans les établissements de santé qui peuvent être éloignés ou difficilement accessibles.

Ces agents assurent une éducation, une orientation et un suivi en matière de santé, une prise en charge ainsi que des soins de prévention de base et des services de visite à domicile dans la communauté déterminée. Ils apportent soutient et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans le système de santé et de services sociaux. Dans le manuel de l'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire, (1990, p .196) :

> *« l'agent de santé remplit la fonction passerelle entre la communauté et les services de santés et joue un rôle décisif en aidant la communauté à exprimer ses besoins et à acquérir son autonomie. »*

L'idée maîtresse qui a poussé à la création du réseau des agents de santés communautaires et que les états membres ont compris que la mise en place de complexes hospitaliers et des structures sanitaires ainsi qu'un personnel hautement qualifié ne constituaient pas à eux seuls, la façon la plus efficace d'améliorer la situation et l'état de santé de la population . L'ASC est mis là pour aider les autorités locales et la population à faire preuve d'initiative.

Il doit s'intéresser à toute activité d'améliorer les conditions de vie de la population ainsi que pour envisager ce qui peut être fait sur place avec les ressources de la collectivité et du moindre coût.

4.2. La place et le rôle des agents de santé communautaire au Burundi

De nombreux pays font appel, depuis longtemps, à des agents de santés qui ont reçu une formation intensive en vue de s'acquitter d'un ensemble limité de tâches, de préférence à un large champ d'action professionnelle. La mobilisation de ces agents se fait à un rythme croissant puisqu'il est désormais généralement admis que, dans la plupart des pays ce n'est qu'en les déployant largement sur le terrain qu'on pourra réaliser l'objectif de la santé pour tous.Le manuel de l'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire (1990) précise que l'agent de santé communautaire doit s'acquiter d'une vaste gamme de fonction qui englobent géneralement les visites à domicile, l'hygiène du milieu, la fourniture des moyens adéquats d'approvisionnement en eau saine, les premiers soins, l'éducation pour la santé, la surveillance nutritionnelle, les soins de santé maternel et infantille et la planification familiale, la lutte contre les maladies transmissibles, les activités de developpement communautaires, l'orientation des malades vers l'échelon supérieur.

Au Burundi, deux raisons expliquent l'intérêt porté à l'heure actuelle à ces agents de santé. La première est le fait que les services dispensés à partir des centres de santé ne sont pas parvenus par le passé à faire face, pour un coût raisonnable et dans les conditions satisfaisantes, aux principaux problèmes de santé qui se posaient aux grandes populations dont ils avaient la charge.

La seconde est la prise de conscience du fait que, à eux seuls, les soins médicaux et infirmiers rudimentaires ainsi que l'emploi des médicaments, n'ont guère de chance d'avoir un effet profond sur les facteurs environnementaux, sociaux et culturels qui sont responsables de la maladie et des infirmités alors que les ASC, dont les attributions vont plus loin sont l'un des moyens d'influer sur ces causes de maladies.

La mobilisation des ASC est une façon d'assurer dans des endroits que les services de santé officiels ne peuvent pas atteindre, des prestations par le canal d'agent de santé qui, sur plan social et culturel ne se distingue pas du reste de la population. Les ASC sont à mesure d'offrir des services de santé à des populations qui, sans eux, serait sans recourt aucun, face aux maladies mortelles ou invalidantes.

L'acuité et l'ampleur de l'introduction des ASC dans le domaine de la santé revêtent une importance capitale. Ainsi, dans les communautés où les contraceptifs sont peu utilisés, la population est souvent confrontée à des obstacles sociaux et matériels à l'accès aux services de la planification familiale. L'OMS (1989, p.11), souligne que

> *« Les agents de santé communautaires ont deux fonctions distinctes mais qui se regroupent partiellement : la fourniture des services et la promotion de la santé dans la communauté mais on peut également envisager leur fonction comme formant un tout, sans solution de continuité avec la fourniture, des services à un bout de l'échelle et la promotion de la santé à l'autre extrémité.* »

Jouant un role aussi bien dans la communauté que dans le système de santé et établissant une passerelle entre l'une et l'autre, l'ASC se trouve dans une position exceptionnelle. Dans la communauté, il contribue à cerner les problèmes et à identifier les personnes exposées à un risque ou éprouvant un besoin quelconque. Il amène la communauté à planifier la résolution de ses propres problèmes, et facilite ses conctacts avec les services de santé.Par ailleurs, il fournit aux services de santé des informations nécessaires aux activités de surveillances, de planification et de gestion.

4.3. Domaines d'intervention des agents de santé communautaire

L'agent de santé communautaire est issu de la communauté et formé à y travailler en relation étroite avec le système des soins de santé. Il doit s'acquitter d'une vaste gamme de fonctions réparties dans divers domaines en l'occurrence : la planification familiale, la lutte contre le VIH/SIDA, la vaccination,la lutte contre le paludisme, la lutte contre la tuberculose, la surveillance nutritionnelle, la lutte contre les maladies transmissibles, l'éducation pour la santé, l'hygiène du milieu, les visites à domicile, la récupération des abandons(tuberculose, vaccination).

Tableau n° 1 : Activités des agents de santé communautaire au niveau préventif, promotionnel et curatifs selon les domaines d'intervention

Domaine d'intervention	Niveau préventif et promotionnel	Niveau curatif/prise en charge
VIH/SIDA/IST	-Sensibilisation à l'utilisation du préservatif -Sensibilisation du dépistage volontaire et anonyme du VIH -Sensibilisation à la lutte contre Les IST/MST -Sensibilisation pour l'adhésion à la PTME	-Suivi des PVVIH sous ARV -référence des PVVIH dans la structure de soins -Assistance nutritionelle.
PALUDISME	-Usage de la moustiquaire imprégnée d'insecticides -Sensibilisation des malades aux consultations précoces -Assainissement du milieu à travers la lutte antivectorielle	-Prise correcte des médicaments antipaludéens
TUBERCULOSE	-Sensibilisation du dépistage de la TBS -Sensibilisation à la récupération des abandons et références aux structures de soins.	-Prise correcte des médicaments antituberculeux
Santé de la reproduction	-Usages des méthodes de contraception modernes -Espacement des naissances	-Accouchement assisté

	-CPN -PTME	
Hygiène et assainissement	-Usage hygiénique des latrines. -Traitement de l'eau de boisson -Lavage des mains avec du savon pendant les moments Critiques Gestion rationnelle des déchets ménagers et des eaux usées -Hygiène corporelle et vestimentaires	-Traitement des maladies des mains sales par réhydratation orale(SRO) en cas de diarrhée
Nutrition	-Sensibilisation à l'alimentation Equilibrée -Dépistage nutritionnel des enfants 6-59mois -Promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation appropriée du nourisson et du jeune enfant	-Reference des enfants dépistés, malnutris vers les services integrés de la prise en charge nutritionnelle
Vaccination	-Sensibilisation sur l'importance de la vaccination -respect du calendrier vaccinal Récuperation des abandons à la vaccination	
Traitements de la diarrhée	-Sensibilisation sur l'importance de l'utilisation de la SRO et Zinc -Promotion de l'hygiène	Traitement des maladies par SRO et zinc

Parasitose intestinal	-Hygiène et assainissement de base -Consommation de l'eau potable -Promotion de l'hygiène alimentaire	-Déparasitage
Onchocercose	-Sensibilisation à la lutte contre l'onchocercose	- Distribution del'ivermectime
Bilharziose	-Sensibilisation à la lutte contre la bilharziose -Assainissement du milieu	-Déparasitagess

Source : Evaluation du système de gestion et de fonctionnement des ASC au Burundi : Rapport final, Mai 2011 : Unicef

4.4. Mécanisme de coordination des interventions au niveau communautaire

Lorsque nous parlons du mécanisme de coordination, nous faisons allusion à la structure organisationnelle du réseau des agents de santé communautaire. Ainsi, dans le rapport final 2011 portant sur l'évaluation du système de gestion et fonctionnement des ASC au Burundi, la coordination des interventions devait se faire au niveau des trois piliers qui sous-tendent le système de santé : central, intermédiaire, et péripherique. Un cadre de concertation et de coordination des interventions ménés au niveau communautaire doit être mis en place par le ministère ayant la santé publique dans ses attributions en vue d'optimiser lesdites interventions. Il doit définir aussi clairement que possible les mécanismes d'utilisations conjointes des membres du réseau des agents de santé communautaire notament en ce qui concerne les aspects suivants :

- La planification conjointe à différents niveaux du système de santé,
- Le plaidoyer de la mobilisation des fonds pour le fonctionnement du réseau des ASC,
- La définition d'un paquet minimun d'activité des ASC
- Les mécanismes d'encadrements et de suivi-évaluation,
- L'harmonisation des modalités de motivation.

Nous réferant à la même source, nous pouvons donner schématiquement la structure de coordination du réseau des agents de santé communautaire.

Niveau d'intervention	Structure
Central	Département de promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement.DPSHA 
Intermediaire	Cellule provinciale de promotion de la santé. 
Periphérique	Cellule de promotion de santé au niveau du district  CDS  Communauté (Réseau des ASC)

Source: Evaluation du système de gestion des agents de santé communautaire Rapport final mai 2011 : Unicef

Dans ce chapitre, nous étions préoccupé par la curiosité de savoir le rôle et la place des agents de santé communautaire au Burundi en mettant un accent particulier sur leurs domaines d'intervention au niveau curatif, promotionel et préventif. A présent, nous abordons une nouvelle étape non moins importante qui traite des questions relatives à notre sujet de recherche à travers la problématique, les objectifs et la méthodologie de la recherche.

CHAPITRE 5 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans toute étude, le chercheur doit mettre au clair le bien-fondé ou du moins la pertinence du phénomène à l'étude. C'est en quelque sorte cette pertinence, cette originalité qui justifie la raison de sa réalisation et qui dicte aussi la démarche méthodologique pour y parvenir. Ainsi, les résultats de cette recherche vont aboutir à une validation scientifique. C'est dans cette optique que nous présentons dans ce chapitre la problématique les objectifs de la recherche ainsi que la méthodologie utilisée.

5.1. Problématique

Depuis que le monde existe, il n'a cessé de procréer. De ce fait, la population est alléecroissante mais les ressources n'ont pas suivi le même rythme. Il en est résulté la surpopulation et ses conséquences néfastes sur le bien-être des individus et des familles. La planification familiale est le seul moyen le plus efficace qui peut répondre à ce défi. Jean (1969, p.3) précise que « *Si la population du monde continue à augmenter au rythme actuel, il y aura sur notre planète en l'an 3000,15habitants par décimètre carré.* » De nombreuses initiatives internationales et africaines montrent la place de la planification familiale dans la santé de la reproduction.

Ainsi, depuis 1983, les autorités burundaises ont pris conscience des enjeux de la pression démographique sur le développement du pays. Pour concrétiser cette conscience, un bureau national de coordination du programme de planification familiale (CPPF) fut mise en place en 1987, ayant comme mission d'assurer la coordination des activités du PF en vue de maintenir la croissance de la population dans les limites compatibles de la relance économique. Ce programme a été interrompu par la guerre civile qui a décimé la population entre 1993 et 2000.

A l'état actuel des choses, l'évolution de la population est devenue un problème préoccupant le gouvernement. Celui-ci essaie de trouver des solutions pour ralentir la population mais la solution strictement démographique basée sur la limitation des naissances par des méthodes contraceptives est voué à l'échec. La pression démographique reste très forte au Burundi. Selon les projections de l'ISTEEBU (2010) la population a régulièrement augmenté passant de 5.2milions en1990, à 8.6 millions en 2011 soit une augmentation de 2 .4 % par an.

Parler de la fécondité en Afrique sans en percevoir les dimensions sociales qui la favorisent c'est manifestement passer à coté de l'essentiel. Chaque couple à des attitudes qu'il adopte à l'égard de la fécondité et celle-ci est influencée par plusieurs facteurs tels que les valeurs culturelles, sa position socio-économique, les visées éducationnelles, le statut défavorisé de la femme et l'analphabétisme.

Dans la société burundaise, la progéniture fait partie des buts essentiels du mariage comme le précise Navas et al, (1977, p23) :

> « *Contrairement à ce qui se passe dans nombre de sociétés occidentales, ce n'est pas l'amour du conjoint qui est cité comme la première motivation du mariage, il faut pourtant pas entendre par là que l'amour soit absent, mais simplement que le motif qui pousse les burundais à s'unir et avant tout le besoin de fonder un foyer et d'avoir des enfants.* »

Ceci revient à dire que cette mentalité de la population burundaise et la valeur que cette dernière accorde à l'enfant reste jusqu'à présent la cause principale du surpeuplement au Burundi. Car, il ne s'agit pas de choses extérieures à elle, mais des choses intrinsèquement ancrées dans son être par l'usage, la tradition, les normes, les coutumes, bref toutes les valeurs sociales de la communauté. Ces valeurs sont transmises de père en fils, de génération en génération et elles ont mis des siècles pour se former.

Dans le contexte socio-culturel, les gens confondent le concept de l'espacement des naissances (gutandukanya imvyaro) et du planning familial (kurondoka kurugero). La majorité d'entre eux espacent les naissances mais ne planifient pas le nombre d'enfants à mettre au monde. Les attitudes et les croyances, les rumeurs répendus au sujet de la contraception moderne restent un frein du planning familial. Par ailleurs, la pensée populaire fait que les enfants sont considérés comme une source de richesse alors que dans le monde moderne le fait d'avoir beaucoup d'enfants est devenu un facteur d'appauvrissement. Ceci rejoint l'idée de Baud (1968, p.18) quand il dit :

> « *Plus ils peuplent, plus ils s'appauvrissent et plus ils sont sous-alimentés. Pour eux, la seule possibilité à une vie décente commence par un contrôle féroce des naissances. Le taux de natalité oscille entre 30 et 40, c'est-à- dire que la population ne met qu'une vingtaine d'année pour doubler. Cette croissance très rapide de la population freine l'expansion économique comme pourrait les freiner dans la marche en avant une meule de pierre autour du cou.* »

L'avènement du planning familial au Burundi a été l'objet de nombreuses contestations. La première raison est que le planning familial va à l'encontre de la culture burundaise sans oublier les rumeurs répendues au sujet des méthodes contraceptives modernes. La deuxième raison est basée sur les opinions de certaines confessions religieuses qui considèrent le PF comme anti- biblique. Ces mentalités sont tellement ancrées dans la population qu'il est difficile de les déraciner. C'est le pari à gagner. Les autorités burundaises, alertées par la croissance démographique sur les paramètres du développement économique et social du pays, de nombreuses initiatives ont été effectuées par le gouvernement burundais tel que la mise en place d'un organe charge de la planification familiale PNSR (programme national de santé et reproduction), la formation des prestataires du PF dont les Agents de Santé Communautaire dans presque toutes les provinces du pays. En dépit de toutes ces initiatives, la population burundaise continue à accroître.

Ainsi, la réussite du planning familial ne doit pas être une affaire de l'Etat seulement. Sa réussite est dépendante aussi et surtout de la population en général et des ASC en particulier Cependant, la connaissance d'une méthode est préalable à son utilisation. Car, on ne peut pas recourir à une méthode si on ne la connaît pas. Mais, la connaissance qu'on a sur cette méthode peut empêcher l'utilisateur d'y recourir. Ainsi, les gens peuvent ou ne pas se servir d'une méthode contraceptive à cause des fausses informations qu'ils possèdent sur cette dernière. Par conséquent, cela expose ces derniers à des risques de grossesses non désirées, trop précoces et trop rapprochées. Un Agent de Santé Communautaire bien formé et informé sur les méthodes contraceptives doit être capable de dissiper les rumeurs et les réticences à la planification familiale et observer une bonne pratique des méthodes contraceptives par rapport au reste de la communauté locale.

Fort de son savoir-être et son savoir-faire, un agent de santé communautaire doit contribuer, à côté des acteurs politiques et administratifs, à la sensibilisation et à la mobilisation sociale en faveur de la planification familiale. « *on enseigne ce quel'on a suivant ce que l'on est.* » Ceci revient à dire qu'un agent de santé communautaire doit être non seulement excellent dans la connaissance du planning familial mais aussi un modèle dans la pratique du planning familial. Pourtant, la formation des agents de santé communautaire doit être suivie par un autre facteur non moins important dans la réussite du planning familial. Il s'agit de suivre la manière dont sont mises en œuvre les connaissances acquises lors de la formation mais aussi de savoir le degré de satisfaction des bénéficiaires. Cette activité permet de relever certaines imperfections afin de les corriger. Connaître l'évolution ou du moins les résultats de la formation exige

l'évaluation de la mise en œuvre des connaissances qui y sont acquises. L'évaluation permet de déceler les forces et les faiblesses des ASC, des erreurs commises lors de la sensibilisation afin de les corriger. Cette manière de faire pourrait aider le TPS à découvrir sans risque de se tromper ce qu'il peut faire pour prévenir d'éventuelles failles. Cependant, les carences en matière de contrôle et d'évaluation sont la règle.

Actuellement que le Burundi connaît plusieurs mutations dans tous les domaines et sur le plan socio-économique en particulier, l'évaluation des connaissances et des pratiques des agents de santés communautaire s'avère nécessaire et pertinente. Eu égard à toutes ces inquiétudes, nous dégageons la question générale suivante :

- Quelles sont les connaissances et les pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec le planning familial ? De cette question générale de la recherche, il s'avère pertinent d'en déduire d'autres questions spécifiques dans le but de la rendre opérationnelle. Ces questions sont les suivantes :

-Quel est le niveau de connaissance et les sources d'informations des agents de santé communautaire en rapport avec le planning familial ?

-Quelles sont les pratiques des agents de santé communautaire en matière de contraception ?

-Quelles sont les difficultés rencontrées par les agents de santé communautaire dans leur travail ?

Pour répondre à toutes ces questions posées, nous avons formulé des objectifs que nous avons cherchés à atteindre.

5.2. Les objectifs de recherche

5.2.1. Objectifs général

Notre objectif est d'étudier les connaissances et les pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec le planning familial.

5.2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Explorer le niveau de connaissance et d'information des agents de santé communautaire en matière de planification familiale ;
- ✓ Explorer les pratiques des agents de santé communautaire en matière de la planification familiale ;
- ✓ Cerner les difficultés des agents de santé communautaire dans leur travail.

5.3. Démarche méthodologique

5. 3.1. Méthode de recherche : Méthode qualitative

Une méthode est une manière de conduire la pensée, de penser, de dire ou de faire quelque chose suivant certains principes et avec un certain ordre. C'est également une qualité qui permet de mener à bien un travail en procédant de manière rationnelle. Selon Pinto et Grawtz, (1964, p.318),

> « une *méthode est l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, lesdémontre, les vérifie ou comme l'ensemble des règles indépendantes de toutes recherches et contenu particulier, visant surtout des processus et des formes de raisonnements, de perception rendant accessible la réalité à saisir.* »

La recherche scientifique se fonde sur l'utilisation de principe qui sont destinés à guider le chercheur dans son investigation et que l'on appelle la méthodologie de la recherche. Avant de décrire la méthode que nous avons utilisée dans la présente étude, signalons d'abord qu'il existe trois méthodes de recherche à savoir : la méthode quantitative, la méthode qualitative et la méthode qualiquantitative ou mixte. La méthode quantitative vise la vérification du phénomène à l'étude en utilisant les variables qui permettent l'explication d'un phénomène Par cette méthode, le chercheur se donne des hypothèses à vérifier et qu'il cherche à grouper ensemble pour réaliser un classement sous forme des séries des faits qu'il soumet à la quantification selon leur fréquence d'apparition. Dans cette méthode, la population d `enquête doit être importante et, par conséquent, l'échantillon faisant l'objet d'observation doit être aussi grand.

La méthode qualitative, quant à elle, vise l'exploration des faits en vue d'une compréhension plus profonde à l'étude. Dans cette méthode, le phénomène observé est enregistré et est directement décrit comme tel. A ce niveau, l'interprétation des résultats obtenus se réalise non pas en fonction des comparaisons statistiques mais en fonction de la manière d'être du phénomène à l'étude. Donc, ici, ce n'est pas la quantité des faits qui compte mais leur qualité. La méthode qualiquantitative ou mixte combine les deux approches à travers une analyse quantitative des données recueillies.

Pour ce qui nous concerne, compte tenu de la nature du problème à l'étude, nous avons choisi la méthode qualitative dans la mesure où la qualité de l'information prime sur la quantité.

Selon Poisson (1990, pp .17-18),

> *« contrairement à une recherche de type positiviste, elle laisse beaucoup de place à l'improvisation comme à l'ajustement aux événements, qui se produisent inopinément lors de l'investigation. Le devis de recherche n'est habituellement pas élaboré à partir d'une hypothèse qu'il faut confirmer en faisant appel à des procédures et à des stratégies établies avant même la cueillette des données. »*

Ainsi, notre étude se veut exploratoire .C'est pourquoi nous avons privilégié la méthode qualitative. Cette approche qualitative vise la nouveauté, l'originalité et non la quantité de l'information, Elle privilégie également la compréhension des phénomènes sociaux à partir du sujet lui-même, un être complexe avec sa culture, sa personnalité, ses émotions, ses sentiments et tout ce qui le différencie des autres.

5.3.2. La technique de recherche : Enquête par l'entretien semi-directif

En sciences humaines et sociales plusieurs instruments de collecte des données sont à la disposition du chercheur. Il s'agit du guide d'entretien, le questionnaire, etc. mais c'est la nature et l'objet du sujet à l'étude qui détermine l'instrument qu'on utilise.

En ce qui concerne notre travail de recherche, l'enquête par entretien semi-directif nous a paru le mieux approprié comme technique de collecte des données dans la mesure où il permet d'accorder à nos enquêtés le temps suffisant de s'exprimer librement de leurs vécu et sentiments. Toutefois, dans l'entretien semi-directif, le chercheur donne le temps de s'exprimer sur le thème et n'intervient que pour la relance en cas de blocage. L'entretien semi-directif est donc pertinent dans la recherche de nature qualitative où l'individu raconte lui-même les faits vécus, ce qu'il ressent ou prétend concernant le phénomène à l'étude. L'intérêt que nous pouvons également relever à cette technique est qu'elle permet un face à face, un contact direct avec les détenteurs de l'information et par son adaptabilité. Au cours de ce type d'entretien, l'intervieweur pose une question et laisse l'interviewé dire ce qu'il pense à propos. Ainsi ce type d'entretien permet une atmosphère détendue mettant à l'aise l'interviewé. Selon Festinger et Katz (1974, p 385*),*

> *« La science sociale fait de plus en plus appel à des faits que peuvent rapporter les individus qui en ont faits l'expérience personnelle. Ce n'est que grâce à des contacts directs avec les intéressés que l'économiste, le sociologue, l'anthropologue, le*

psychologue peuvent atteindre leurs attitudes, leurs perceptions, leurs espérances ou leurs projets. »

De surcroît, en parlant et en écoutant les interlocuteurs doivent éviter des écarts entre eux, et l'enquêteur recueille des informations sans avoir obligé de lire et d'écrire. Finalement, toute situation est vécue différemment d'un individu à l'autre. C'est donc en faisant un entretien avec chaque enquêté individuellement que nous serons à mesure d'étudier les connaissances et les pratiques des ASC en rapport avec le PF. Nous signalons que dans ce type d'entretien, le chercheur propose des thèmes, des consignes dans le guide d'entretien et accorde l'occasion totale à l'enquêté de s'exprimer après lui avoir accordé l'anonymat et la crédibilité de l'information à recueillir. A ce sujet, D'Unrug (1974, p .87) explique l'usage de cette technique en soulignant ce qui suit :

« *laisser parler l'enquêté ,voire l'aider à parler par des relances sans pour autant diriger son discours dire « oui » ou « hum » faire écho » en répétant les derniers mots émis, enfin refléter tout ou partie du discours. »*

Il ressort de ces propos que l'entretien semi-directif donne plus d'occasion à l'interviewé de s'exprimer librement et aisément. L'enquêteur sert de guide pour que l'entretien reste toujours dans les limites de son object d'étude.

5.3.3. Terrain et population d'enquête

Avant d'effectuer son étude, tout chercheur doit préciser avant tout sa population d'enquête dans laquelle un échantillon sera tiré. La population locale est d'après MUCCHIELLI (1973, P.16*) « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête»*. Rongere (1970, p.56) appelle aussi univers ou population d'enquête *:* « *le nombre total des unités ou d'individus qui entrent dans le champ de l'enquête et parmi lesquelles sera choisi l'échantillon. »* Ainsi, notre milieu d'enquête est situé en commune Cendajuru de la Province Cankuzo situé à l'Est du pays. Dans cette commune, le nombre considérable de la population est devenu inquiétant malgré l'introduction des agents de santé communautaire élu par la communauté locale pour sensibiliser et mobiliser la population en faveur du PF Paradoxalement, notre étude va porter sur les mêmes ASC de la commune Cendajuru, en vue d'étudier leurs connaissances et pratiques en matière du PF. Ceux-ci ont bénéficié de la formation ce qui laisse penser à une meilleure connaissance du PF, cé qui engendre aussi une bonne utilisation des méthodes contraceptives.

En effet, étant donné qu'il n'est pas facile d'accéder à tous les ASC se trouvant dans la commune Cendajuru, nous avons pris quelques ASC répondants aux critères fixés mais qui nous sont proches. Comme le font remarquer Malaton et Ghiglione (1978, p. 29), *« il est rare qu'on puisse étudier exhaustivement une population, c'est-à-dire en interroger tous les membres : ce serait si long et couteux que c'est pratiquement impossible. »* La population cible sur laquelle a porté la présente recherche, était constitué par les ASC choisis suivant les critères énoncés au départ.

5. 3.4. Technique du choix des enquêtés

Dans une recherche scientifique, il est indispensable au chercheur d'indiquer la technique utilisée dans le choix des enquêtés. En ce qui concerne notre recherche, nous avons opté pour l'échantillonnage typique selon laquelle *« les unités sont sélectionnées sur base d'une analyse des caractéristiques qu'elles présentent et non tirés au hasard. »* Mayer et Ouellet (1999, p389). Dans notre travail, nous avons choisi nos enquêtés en fonction de leurs caractéristiques communes qui sont les suivantes :

-être un agent de santé communautaire,
-être un père ou une mère et avoir au moins un enfant,
-être un ASC affecté dans la commune Cendajuru.

5.3.5. La préenquête

Dans le souci de nous familiariser avec le terrain et la population à l'étude et de nous rassurer de la faisabilité de notre investigation, nous avons recueilli des informations préliminaires avant de nous lancer dans l'enquête proprement dite. C'est la phase la plus importante et décisive dans toutes recherches et surtout en sciences sociales que nous appelons la préenquête. La préenquête a pour objet d'aider le chercheur d'explorer le terrain, d'identifier et entrer en contact avec les sujets intéressants à l'étude. Boudon (1979, p33), précise que la préenquête permet au chercheur,

> *« une reconnaissance du terrain, en essayant de se débarrasser de ses idées préconçues ou comme le disait Bacon de ses prénotions de manière à faire apparaître les facteurs ou variables explicatives qu'il cherche. »*

L'étape de la préenquête est donc nécessaire par le fait qu'elle réoriente, mettre en lumière les difficultés éventuelles pour que celles-ci soient résolues avant l'enquête tout en désillusionnant des fois le chercheur qui peut avoir des présentations erronées de la réalité sur

le terrain avant l'investigation. La préenquete permet également au chercheur de vérifier la pertinence des objectifs et de roder l'instrument d'enquête en l'occurrence les sous-thèmes élaboré au départ.

Le matin du 23Août 2016, aux environs de 8h00, nous nous sommesrendu au Centre de Santé (CDS) Twinkwavu pour solliciter auprès d'un Technicien de Promotion de Santé (TPS) la liste de tous les ASC œuvrant dans la zone Twinkwavu. Le même jour, nous avons pu identifier ceux qui pourraient participer à la préenquête. La préenquête a duré 2 jours et a porté sur 2 agents de santé communautaire qui présentent lès caractéristiques souhaitées et désignés par les trois premières lettres de leur nom pour sauvegarder l'anonymat. Il s'agit de CRE de la colline Gisoro, et MEK de la colline Ruhombo. La rencontre a eu lieu à leur domicile en date du 24 et 25 Août 2016 respectivement vers 16h et 17h.

Avant de commencer, nous avons d'abord expliqué aux sujets de la préenquête le mobile de la rencontre afin que ces derniers se sentent dans le bain du sujet que nous allions débattre. Lors de l'échange, chacun des ASC a montré l'intérêt apporté au sujet en se montrant ouvert au débat. Aucun entretien n'a dépassé 30 minutes. Les différents échanges que nous avons faits pendant la préenquête nous ont permis d'enrichir les sous-thèmes du thème numéro 3, qui parle du travail des agents de santé communautaire. Pour le reste de nos sous thèmes, aucun n'a été reformulé car, de par nos constants, les sujets donnaient des réponses traduisant que toutes les questions formulées étaient sans confusions. De plus, les réponses données n'étaient pas hors contexte. Ainsi, toutes les questions élaborées sur bases de sous thèmes ont été toutes gardées.

5.3.6. L'enquête

Dans le but de ne pas surprendre nos enquêtés, ce qui pouvait entacher les résultats de notre recherche, nous nous sommes fixés rendez-vous avec les candidats retenus pouvant participer à l'enquête. L'enquête a été effectuée dans une période allant du 27 Août au 2 septembre 2016. Notre enquête a été un travail exigeant où nous avons dû rencontrer nos enquêtés à leur domicile. Avant chaque entretien, nous faisions une brève autoprésentation, nous leur communiquions l'objectif de notre visite et l'intérêt de notre recherche, et passions à l'entretien.

Au début de chaque entretien, nous garantissions l'anonymat et le caractère confidentiel de notre entretien à nos enquêtés. Pendant le déroulement de l'enquête, nous avons veillé à ce

que tous les thèmes soient explorés grâce à d'autres questions de relance. Notre tâche dans l'entretien était d'écouter et d'encourager nos enquêtés afin qu'ils puissent s'exprimer librement et n'intervenions qu'au cas échéant pour relancer les blocages et les résistances tout en gardant l'attitude neutre qui accompagne la technique d'entretien semi-directif L'enquête a porté sur 6 agents de santé communautaire dont 4 femmes et 2 hommes tous de la zone Twinkwavu répondant aux critères que l'on s'était fixés. Après le travail d'entretien, les informations enregistrées ont été transcrites sur le papier avant d'être utiliser dans l'analyse et l'interprétation. Notons aussi que les entretiens se sont déroulés en langue nationale qu'est le Kirundi car nos enquêtés savent s'exprimer en cette langue seulement.

5.3.7. Les difficultés rencontrées

Comme toute œuvre humaine, il s'avère invraisemblable qu'un travail scientifique s'accomplisse sans rencontrer des obstacles divers. A part les difficultés d'ordre financier et matériel, notre recherche n'a pas manqué de difficultés que nous avons essayées de contourner pour avoir des résultats fiables. Ainsi, après avoir eu la liste de tous les ASC, les candidats sélectionnés avaient une image d'un séminaire, un travail procuratif. De l'autre côté, les candidats non sélectionnés nous appelaient pour avoir accès à l'enquête au moment où d'autre prenaient des déplacements pour venir nous voir. Cela a été dû par le fait que la population de la commune Cendajuru n'était pas habituée à ce genre d'enquête. Cette situation nous a pris beaucoup de nos temps pour expliquer et réexpliquer l'orientation et le but de la recherche. Une autre difficulté est liée au rendez-vous qui n'a pas été respecté par nos enquêtés.

Au cours de ce chapitre, nous avons énoncé la problématique qui portait sur l'étude des connaissances et des pratiques des ASC en rapport avec le planning familial, lequel a abouti à la formulation de la question centrale ainsi que les objectifs de la recherche. Nous avons ensuite décrit la démarche méthodologique que nous avons suivie pour réaliser notre étude. Ainsi s'achève la première partie de notre travail qui consistait à mettre en évidence les bases théoriques et la méthodologie de la recherche. Nous allons à présent aborder la deuxième partie de notre travail consacrée à l'analyse des données et l'interprétation des résultats de la recherche.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE 6: PRESENTATION DES CAS

Dans ce chapitre nous avons fait l'étude monographique pour récolter les données de façon intensive sur les cas étudiés. L'objet de ce chapitre est de présenter les informations recueillies auprès de nos enquêtés. C'est ainsi que toutes les informations ont été retranscrites et analysées. Notons aussi que chaque sujet interviewé a été appelé par les premières lettres de son nom pour préserver le strict anonymat de nos enquêtés.

6.1. Cas BER

BER est une mère de 4 enfants âgée de 35 et habite la colline Nyakuguma où elle fait son travail d'ASC. Après avoir échoué au concours national, BER a décidé de se marier. Depuis 2006, elle est ASC. Ainsi, au début de son travail, BER affirme avoir bénéficié de la formation en rapport avec le planning familial de la part des ONG (organisation non gouvernementale) comme la Croix Rouge. Au cours de l'entretien, BER donne des raisons personnelles qui l'ont motivée à faire recours à l'usage des méthodes contraceptives. Voici comment elle dit : *« Nka jewe umugabo wanje asanzwe akora akazi k'igisoda, narabona ko mu gihe noza ndavyara intahekana ntoronka unsigaranira abana mu gihe nabakurikije hataragera »*

Ce qui se traduit ainsi *« moi pour ce qui me concerne, mon mari est militaire, et je voyais que si j'avais ignoré l'espacement des naissances, j'aurais un problème lié au manque d'un garde enfant en cas de naissances rapprochées. »* Ne restant pas avec son mari, elle a opté pour l'usage des pilules comme méthodes contraceptives qui sont prises en cas de nécessité. Dans la vie du couple, c'est rare de trouver un couple qui s'entend à l'unanimité quant à l'usage des méthodes contraceptives sans qu'il y ait de résistance de l'un ou l'autre. BER n'a pas rencontré de problèmes de la part de son mari, ni de problèmes organiques qui se rapportent à l'usage des méthodes contraceptives. Mais elle souligne des questions relatives à leur travail de sensibilisation, où elle évoque le manque de soutien dans leur travail. Les ASC rendent un service bénévole. D'après elle, ce service fondé sur le bénévolat peut provoquer de sérieux problèmes dans la famille, comme elle l'exprime en ses termes :

> *« Nta gahembo baduha, kandi nk'iyo umaze iminsi myishi wigisha canke uherekeza abantu kwa muganga, ufise umugabo canke umugore mutumvikana, birashobora kuzana ingorane mu muryango kuko ataco uba uriko urinjiza. »*

Ce qui se traduit :

« On ne nous paye pas, et si tu passes plusieurs jours dans la sensibilisation, ou en accompagnant les gens au dispensaire ; et si tu as un mari ou une femme avec qui vous ne vous entendez pas, cela peut causer des problèmes dans la famille car tu n'apportes rien en retour. »

L'Etat doit prendre au sérieux la question de la croissance démographique. BER, femme dévouée et fière de son travail, s'accuse de l'insuffisance des connaissances pour bien enseigner la population la planification familiale. Elle déplore le silence observé ces derniers temps caractérisé par le manque de formation. Les lamentations de BER se remarquent aussi dans les lignes suivantes :

« Ubu hoho baratwibagiye, amashirahamwe yahora adukarihiriza ubwenge yaragiye. Twosaba rero leta ko yobandanya iduha inyigisho, ikaduha ubumenyi bwokwigisha abanyagihugu neza. »

Ce qui se traduit :

« Pour le moment, on nous a oubliés. Les associations qui nous donnaient des formations sont déjà parties. Nous demanderions à l'Etat de continuer à nous donner des enseignements, en nous donnant des connaissances de bien enseigner la population. »

BER est beaucoup préoccupé par la question de limitation des naissances. Sa vision est d'être et de rester un modèle dans la pratique du PF, pour le reste de sa communauté locale.

6.2. Cas BAK

BAK est une femme de 6 enfants, âgée de 40 ans et détient un certificat de fin d'études primaires. Elle fait son travail d'ASC sur sa colline natale de Ruhombo où elle a été élue par sa communauté locale. Veuve depuis l'an 2007, BAK affirme avoir été la première femme à faire recours aux méthodes contraceptives depuis l'an 1995 dans sa localité. A ce temps là, il n'y avait pas d'ASC pour pouvoir sensibiliser la population à propos du PF. Celles qui la pratiquaient étaient mal jugées dans la société. Avant qu'elle ne soit élue ASC par sa communauté locale en 2006, BAK pratiquait déjà le PF. Les raisons qui l'ont motivée restent uniques et personnelles.

« Nka jewe ngifise umugabo narabukoresha cane. Jewe maze kuvyara inda ya mbere naciye ntwara iyindi umwana amaze umwaka n'amezi atandatu, nca mpitamwo kuja kuburyo twumvikanye n'uwo twubakanye. »

Ce qui se traduit :

« Quand j'étais encore avec un mari, j'utilisais beaucoup les méthodes contraceptives. Après avoir donné la première naissance, j'ai eu une autre grossesse quand l'enfant avait une année six mois.J'ai décidé de pratiquer le PF avec le consentement de mon mari. »

Dès au début de l'utilisation des méthodes contraceptives, BAK n'a pas eu de problème sauf celui qui est survenu à la 4e naissance dont elle en ignore la cause. Quand son mari était encore en vie, BAK utilisait souvent les injectables et les pilules. La formation étant l'outil indispensable à tout enseignant et qui donne l'assurance et l'autorité, BAK affirme avoir bénéficié de la formation depuis l'an 2006 en rapport avec le planning familial et avoir compris les méthodes contraceptives. A ce propos, voici comment elle explique les termes de régulations et de l'espacement des naissances. *« Gutandukanya imvyaro no kuvyara kurugero birasa kuko umuntu afata imiti kugirango aruhurire umubiri. »*

Ce qui signifie : « *La régulation des naissances et l'espacement des naissances sont les mêmes car, on prend les médicaments pour le repos de l'organisme* ».
«(...) *Nk'abantu batubajije, iyo bipfuza kuvyara vuba na vuba, duca tubatoza uburyo bunyaruka* » a-t-elle ajouté BAK.

Ce qui se traduit *aussi « Si les gens nous demandent, s'ils veulent mettre au monde très rapidement, nous les aidons à choisir une méthode rapide. »* Quant aux problèmes liés à leur travail, BAR, se heurte à des enseignements de l'Eglise catholique romaine qui vont à l'encontre du planning familial. Voici comment elle dit *: « Twebwe duhiganwa na katorika. Bo bihaye ihangiro ryo guca ku nzu ku nzu bigisha ko kuvyara ku rugero ari ukwica. Rero bobo barasivya inyigisho twigishije.* »

Ce qui signifie *: « Nous, nous faisons une compétition avec les catholiques. Eux, ils se sont donné l'objectif de passer maison par maison en enseignant que le Pf c'est la tuerie. Donc, ils effacent nos enseignements. »* Le plus grand plaisir de BAK est de voir la population de sa localité transformée de leur mentalité, qui va dans le sens de la planification familiale car celle-ci offre non seulement la bonne santé à la mère, mais aussi, elle garantit le bien-être au sein du couple conjugal. Comme tout autre agent de santé communautaire interrogé, BAK évoque le manque de soutien dans leur travail.

6.3. Cas JER

JER est un homme âgé de 31 ans, marié et père de trois enfants et a terminé l'école primaire. Il fait son travail d'ASC sur la colline Twinkwavu, où il est né et a grandi. Au moment où les autres agents de santé communautaire ont connu les méthodes contraceptives après la formation, il n'en est pas le cas pour lui. JER connaît le Pf avant qu'il ne soit marié ni élu agent de santé communautaire. A ce propos, voici comment JER comprend le planning familial : *« Ni ukuvyara utandukanije, uhereye ku myaka ibiri n'iyirenga. Kubwanje, utandukanije imvyaro, uba uvyaye kurugero. »*

Ce qui se traduit : *« C'est mettre au monde en séparant les naissances à partir de 2 ans et plus. D'après moi, quand on espace, on a déjà planifié les naissances. »* Dans une famille où l'homme est le premier à avoir bénéficié de la formation ou compris les enseignements en matière du PF, il est facile d'inculquer voire conscientiser la femme à faire la pratique du PF. Au moment où les hommes conçoivent l'usage des méthodes contraceptives comme affaire exclusive pour les femmes, il n'en est pas le cas pour lui. JER, de même que sa femme pratiquent le PF. Voici comment il dit : *« Rimwe na rimwe ndakoresha agafuko. Noneho nkatwebwe twamaze gutahura, n'ukwihangana turabikora n'uwo twubajkanye. »*
Ce qui se traduit ainsi : *« quelque fois j'utilise le préservatif. D'ailleurs, nous qui avions déjà compris, je pratique même l'abstinence avec mon épouse. »* JER est beaucoup préoccupé par les hommes ou les femmes qui propagent de fausses informations au sujet de la contraception.Voici comment il dit : *« Hari abavuga ngo akanyuzi kaduga munda, akagegene nako kaduga k'umutima kandi atari vyo. »*

Ce qui signifie : *« il y a ceux qui disent que le stérilet monte dans le ventre, et le norplant dans le cœur alors que c'est faux. »* Quant à l'avantage du PF, chaque famille a le devoir de planifier, organiser la procréation en fonctions de ses conditions économiques, sociales et la capacité d'accomplir ses responsabilités spirituelles, économiques et sociales envers les enfants. Pour JER, une famille moins nombreuse, a un avantage exceptionnel. Voici comment il dit : *« Iyo uvyaye bake, uritunganya mu muryango, ntusesagura cane, abana baraja kw'ishure kandi ntangorane nyishi ugira. »*

Ce qui signifie : *« Quand tu engendres peu d'enfants, tu couvres les besoins de la famille, tu ne dilapides pas beaucoup ; les enfants vont à l'école et tu n'auras pas beaucoup de*

problèmes. » La précarité des conditions de travail, le manque de soutien, l'image négative auprès de la population locale, découragent JER dans son travail.

6.4. Cas KAD

KAD est une femme agée de 42 ans, et a terminé la 5e année de l'école primaire. Elle a mis au monde 6 enfants dont 4 seulement sont en vie. Elle fait son travail d'ASC sur la colline Nyakuguma où elle vit actuellement. Depuis son enfance, elle pensait toujours au planning famalial. Née dans une famille pauvre de 14 enfants, KAD a mené une vie très pénible, misérable à tel point qu'elle a abandonné ses études pour aller s'occuper de ses petits- frères et sœurs. Pour échapper à cette vie, elle a décidé de se marier très jeune sans versement de la dot. (Union libre). Elue ASC par sa communauté, KAD était fière d'exercer cette activité avec tout son cœur. L'intégration de KAD parmi les sensibilisateurs du PF, est un chemin qui l'amène à la réalisation de ses rêves. Conditionnée par son vécu antérieur sous le toit de son père, voici comment elle explique le terme de planification familiale *: « Amatongo yarabuze, kandi abana benshi baragorana. Kuvyara ku rugero rero ni ukuja inama n'uwo mwubakanye, mu kavugana muti tuzovyara aba. »*

Ce qui signifie : *« Les terres sont devenues rares, d'alleurs avoir beaucoup d'enfants est une charge pour la famille. La planifaication familiale est donc ce consentement que vous faites avec votre conjoint sur le nombre d'enfants à mettre au monde. »* De surcroît, au moment où tous les ASC ont manifesté une confusion entre le planning familial et l'espacement des naissances, ce n'en est pas le cas pour KAD. Les explications qu'elle donne sont évidentes. Voici comment elle explique ces deux termes :
« Kuvyara ku rugero, ni ukuja inama n'uwo mwubakanye mukavuga muti tuzovyara aba. Ugutandukanya imvyaro, ni ugusiga umwanya hagati y'umwana n'uwundi. »

Ce qui signifie *: « Le planning familial, c'est l'entente entre les conjoints sur le nombre d'enfants à mettre au monde. Tandis que l'espacement des naissances, est le fait de laisser un espace entre un enfant et un autre.»* KAD utilise les injectables comme moyens de planification familiale. Comme tout travail humain ne peut pas manquer des obstacles, ou du moins des limites, le travail des ASC rencontre d'énormes problèmes qui freinent leur allure dans le travail de sensibilisation. Comme beaucoup l'ont évoqué aucours de l'entretien, l'insuffisance de la formation et le manque de soutien dans le travail sont des élements-clés qui freinent la marche en avant dans le programme de sensibilisation.

Ajoutons également un autre élement non moins important qui décourage nombre d'ASC qui est le mépris du travail de ces derniers par la population locale. Les lamentations de KAD sont claires ici aussi : *« Kenshi abantu tubategerera mu nama y'umukuru w'umutumba. Ni ukuvuga tubatumiye inama nk'abaremeshakiyago ntibaza, baradukengera. »*

Ce qui se traduit :

> *« La plupart des fois, nous rencontrons la population dans les réunions convoqués par le chef de colline. C'est-à-dire que lorsque nous convoquons une réunion comme les ASC, la population ne vient pas, on nous méprise. »*

Ces propos de KAD nous revèle l'image que l'agent de santé communautaire présente auprès de la population locale ce qui peut engendrer en quelque sorte la résistance aux messages de ces derniers en rapport avec le planning familial.

6.5. CAS NZI

NZI est un homme agé de 47ans marié, père de 7enfants tous en vie. Il détient un certificat de fin d'études primaires. Il fait son travail d'ASC sur la colline Gisoro où il a été élu par sa communauté. Apparemment sage, NZI a commencé à nous raconter de son histoire personnelle relative à sa vie intime. Elu ASC, il n'avait aucune connaissance en rapport avec les méhodes contraceptives artificielles, à part les informations qui se passaient à la radio que NZI ne s'y'interessait pas beaucoup. Dans sa famille, il n'y a pas eu de calculs, ni d'abstinence sexuelle pour régler une naissance à une autre jusqu'à la quatrième enfant avec une succession normale de 2 ans d'un enfant à un autre. La 5e et la 6e ont été des naissances rapprochées que NZI qualifie comme une decéption totale par rapport à quoi il était habitué pour ainsi dire qu'il pratiquait la méhode naturelle.

Après la formation des agents de santé communautaire, NZI a compris que le planning familial n'est non seulement l'espacement des naissances mais aussi la limitation des naissances. Voici comment il comprend le planning familial :

> « Aho mbaye *bose baranshingira intahe ko mvyara ku rugero. Ariko maze kwiga ivy'irondoka rijanye n'amagara meza, nasanze ntavyaye ku rugero. Mubisanzwe, uvyaye ku rugero uvyara bake ushoboye kurera ariko je ndahangayika.* »

Ce qui se traduit ainsi :

> *« Là où j'habite, j'ai un bon témoignage que je fais le planning familial. Mais, après avoir étudié la santé de la reproduction, j'ai réalisé que je n'ai pas fait le planning*

familial. Tout simplement, lorsqu' on fait la planification familiale, on met au monde peu d'enfants que l'on est capable d'élever mais cela me fait souffrir. »

Actuellement, la femme de NZI utilise la pilule, mais lui il n'a jamais utilisé aucune méthode contraceptive masculine. Comme tout autre ASC, il fait le travail de sensibilisation en matière de la planification familiale. Pendant la séance de sensibilisation, NZI rencontre d'énormes problèmes comme il s'exprime en ses termes :

« Jewe ndagira ingorane nyinshi cane. Iyo ngiye kwigisha ivyerekeye kuvyara ku rugero bambwirako nibakwiza nk'abana mfise bazoca bahagarika kuvyara, abandi ngo ntaho dutandukaniye n'abicanyi. »

Ce qui se traduit de cette manière :

« Moi je rencontre beaucoup de problèmes. Quand je vais enseigner ce qui est en rapport avec la planification familiale, la population me dit que quand elle aura le nombre d'enfants que jai, elle va stopper de mettre au monde, et les autres nous disent que nous ne sommes pas différents des assassins. »

NZI a compris l'avantage du planning familial qu'il veut que tout le monde puisse comprendre pour leur bien-être social et interpelle les gens à ne pas confondre les périodes, ni les années pour ne se laisser envahir par les pratiques et les idées ancestrales. Vivant de l'agriculture, il souhaite avoir de l'encouragement, pour combler les moments qu'il passe à la sensibilisation.Voici comment il dit : *« Batubwiye ko akazi kacu ari ukwitanga, ariko Leta yoraba ikaduha n'agasabune, kandi ikatwitaho nk'abandi bakozi. Atari uko, bamwe uzosanga twabivuyemwo.»*

Ce qui signifie :

« On nous a dit que c'est un travail bénévole. Mais le gouvernement devrait voir comment nous donner au moins quelque chose, puis se soucier de nous comme les autres travailleurs. Si ce n'est pas comme cela, certains d'entre nous quitteront le service. »

Tenant compte de ces propos, nous constatons que les ASC réclament le salaire si petit soit-il pour subvenir à leurs besoins primaires.

6.6. Cas MAR

MAR est une femme agée de 33 ans élue par sa communauté dans l'exercise du travail d'ASC. Elle a 5 enfants, parmi lesquels il ya eu une naissance des jumeaux. Elle a un certificat de fin d'études primaires. Malgré les conditions de vie qui sont modestes, MAR n'avait pas pensé aux méthodes de planning familial à cause de l'ignorance. Cependant, sa toute première décision quant à l'usage des méthodes contraceptive a été conditionnée par des naissances rapprochées qui l'ont poussée à chercher les renseignements sur le PF. Voici, comment elle s'exprime : *« Jewe narigeze kuvyara intahekana, sinari bwumve akamaro, ariko ntanguye vyaranyoroheye cane. »*

Ce qui signifie *: « Moi, il m'est arrrivé d'avoir des naissances rapprochées, je n'avais pas encore entendu l'avantage du planning familial. Mais quand j'ai commencé, cela a été facile pour moi. »* Actuellement MAR connaît et utilise les méthodes contraceptives comme les injecctables qu'elle alterne avec les pilules. Elle avoue elle-même n'avoir eu de problèmes dans la pratique du PF.

Dans son travail de sensibilisation, nous assistons à des problèmes presques récurrents pour tous les ASC en l'occurrence : l'insuffisance de la formation, le manque de salaire et l'enseigenement de l'Eglise catholique face aux méthodes contraceptives artificielles. En parlant de l'Eglise catholique, les adeptes ont déjà interiorisés des enseignements qui semblent être difficile à enlever si on n'est pas bien outillé. MAR parle de quelques mots de résistance utilisés par les fidèles de l'Eglise catholiques pour réfuter les enseignements des ASC qui parlent du PF. Voici comment dit MAR *:*

> *« Ndi umuntu w'Imana ndasenga. Muriko mutwigisha kwica, Patiri yatubwiye ko tuvyara benshi tukarondoka nk'umusenyi wo mukiyaga ».* Ce qui se traduit ainsi *: « Je suis un homme de Dieu et je prie. Vous nous enseignez de tuer, le prêtre nous a dit de mettre au monde beaucoup d'enfants afin que nous puissions nous multiplier comme le sable de la mer. »*

Elle a signalé aussi que ces enseignements sont renforcés par les frères religieux qui passent de maison à maison pour effacer le message des ASC se rapportant au PF.

Dans ce chapitre, nous venons de présenter chaque cas qui a été l'objet de notre enquête. Chaque cas a été abordé suivant les sous- thèmes élaborés au départ. Nous avons relevé des aspects importants relatant la connaissance générale des ASC, leur pratique, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent au niveau du travail. Cela étant, il convient, dans les lignes qui suivent de procéder à l'analyse et à l'interpretation des résultats de la recherche en nous référant aux thèmes de la recherche à savoir :

-Connaissance et information des ASC en matière de planification familiale,
-Utilisation des méthodes contraceptives par les ASC,
- Difficultés des ASC au niveau du travail.

Dans le chapitre qui suivant, nous allons analyser le niveau de connaissance et d'information des ASC en rapport avec le planning familial.

CHAPITRE 7: CONNAISSANCE ET INFORMATION DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE EN MATIERE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La planification familiale est un sujet à jour qui touche toute personne morale ou physique, qui regarde l'écart grandissant entre les ressources naturelles et le nombre considérable de la population. Celle-ci n'exclut personne les riches tout comme les pauvres. Partout dans le monde entier, les médias, les associations, la radio diffusent l'information en rapport avec le planning familial. Au Burundi tout comme dans certains pays du tiers monde, l'Etat a pris en main la question de la croissance démographique, en donnant une formation aux agents de santé communautaire en matière du planning familial pour faciliter la sensibilisation et l'accès aux services de santé à la population locale. L'objectif de ce chapitre est de présenter les données sur la planification familiale collectées au cours de l'enquête. Les résultats obtenus nous ont permis de détecter le niveau de connaissance des méthodes contraceptives par les ASC. Ce chapitre présente aussi les sources d'informations des ASC en matière contraceptive. Selon les données de notre recherche, l'ignorance du planning familial peut être observée aussi chez les ASC.

7.1. Connaissance en matière du planning familial

La planification familiale fait appel à l'usage des méthodes contraceptives. Celles-ci peuvent être naturelles ou artificielles. La planification familiale est donc ce consentement que peut avoir les conjoints dans la prise de décision pour espacer et limiter les naissances. La planification familiale est, et reste le seul moyen le plus sûr et fiable de diminuer la croissance démographique. Les ASC, population élue par la communauté locale, ont été les premiers à pouvoir bénéficier de la formation en rapport avec le planning familial. Voici ce que dit BAK : *« Kuvyara ku rugero twaravyize kandi turabitahura. Ni ukuvyara abana wipfuza, n'igihugu gikeneye. »*

Ce qui se traduit ainsi: *« La planification familiale, nous l'avons apprise et comprise. C'est mettre au monde le nombre d'enfants voulu et que même le pays a besoin. »* L'affirmation de BAK ne s'éloigne pas beaucoup de l'idée du gouvernement et l'Unicef (1998) qui soutient que *« Le planning familial est le droit et le devoir des couples de décider du nombre d'enfants qu'ils peuvent avoir et qu'ils peuvent éduquer et la période où ils veulent les avoir.»* Toute formation ou apprentissage se focalise sur l'acquisition d'un savoir ou d'un savoir-faire nouveau qui vient remplacer ou du moins compléter celui déjà intériorisé.

C'est ce que disent Kubur et Prokopenko (1991, p .9) ; ces formations ont pour but de « *développer les compétences requises pour l'accomplissement des taches déterminées.* » Et, pour que cette formation soit bien assimilée, il faut une intervention adéquate en matière d'enseignement. Les ASC doivent prendre conscience des responsabilités qui sont assignées à tout un chacun en prenant une prise de recul personnelle par rapport à l'information en rapport avec le PF, tout en s'appropriant les informations qu'ils acquièrent. En matière de PF les compétences intellectuelles et attitudes individuelles des ASC à l'égard de la fécondité sont déterminantes pour sa réussite. La formation est donc une garantie pour les développer positivement. Les ASC connaissent en moyenne 4 méthodes de la planification familiale. Lors de l'enquête que nous avons menée, nous avons constaté que leurs connaissances variaient d'un agent de santé communautaire à l'autre. A ce propos, voici la compréhension que JER réserve au terme du PF : « *...ni ukuvyara utandukanije, uhereye ku myaka ibiri n'iyirenga.*
Ce qui se traduit ainsi *: « ...c'est espacer les naissances à partir de deux ans et plus.* »

7.2. Différence entre la limitation et l'espacement des naissances

Ces deux termes sèment souvent des confusions et surtout chez un grand nombre de la population du milieu rural et les ASC n'en sont pas épargnés. Toutefois, la majorité de la population espacent les naissances mais ne planifient pas le nombre d'enfants à mettre au monde. Dans l'enquête effectuée par Navas et al (1977), on a constaté avec surprise que la contraception a pour fonction première non à proprement parler de limiter les naissances car, en fait, l'enquête révèle par ailleurs que la fécondité réelle est moindre que la fécondité idéale, mais de protéger la mère contre les effets d'une grossesse très pénible, trop rapprochée ou dangereuse pour son intégrité physique. Le recours à la contraception est donc un moyen d'espacement des naissances plutôt qu'une limitation.

L'enquête que nous avons menée, nous a montré que la compréhension des ASC se limitent à l'espacement des naissances que nombre d'entre eux appellent planning familial. A ce propos voici ce que dit JER *: « Ku bwanje utandukanije imvyaro uba uvyaye ku rugero.* »
Ce qui se traduit *: « De ma part, lorsqu'on espace les naissances on a déjà fait la planification familiale.* » Cette idée de JER ne s'éloigne pas beaucoup de celle donnée par BAK quand elle dit : « *Kuvyara ku rugero no gutandukanya imvyaro birasa. Utandukanya imyaro kugira ngo uruhurire umubiri.* »
Ce qui signifie « *La limitation et l'espacement des naissances sont les mêmes. On espace les naissances pour reposer l'organisme.* »

Presque dans tous les propos de nos enquêtés, le terme de limitation des naissances est confondu avec celui de l'espacement des naissances. Or, espacer ne signifie pas limiter et vice-versa. Espacer les naissances consiste à laisser un écart de 2 ,3 ans et plus entre les naissances pour la bonne santé de la mère et de l'enfant. Mais lorsque nous parlons de limitation des naissances, nous faisons allusion à la détermination à l'avance du nombre d'enfant à mettre au monde qui se manifeste par l'arrêt définitif lorsque le nombre est atteint. Ces deux termes doivent aller de pair dans le respect strict du planning familial. Cette manière de comprendre peut affecter d'une manière ou d' une autre la pratique des ASC en matière de planning familial. Il est remarquable pourtant, de constater que, malgré une conaissance des moyens et de leur utilisation, malgré l'acceptation des raisons suffisantes à la contraception, il y a un grand fossé entre l'usage des méthodes contraceptives et l'idée de limiter les naissances chez les ASC.

7.3. La source d'information en matière de la contraception

Dans toute communauté d'êtres humains, l'information est un système d'échange qui se fait entre deux ou plusieurs personnes. Anzieu (1979, p.131) comprend l'information comme *« la transmission d'un message. Elle est à la fois une opération (action d'informer) un contenu (ce qu'on informe) aboutissant à une réduction du désordre. »*

Cette information donnée au préalable reste l'outil indispensable qui aide tout praticien dans l'accomplissement de ses tâches. Elle permet aux ASC d'enrichir leurs connaissances et aussi de faire mieux face aux demandes et situation du Pf auxquels ils sont confrontés. Cependant, toute information doit être répétée à maintes reprises pour permettre aux concernés de bien vouloir intérioriser tout ce qui affecte son domaine d'action. Dans le domaine de la santé en générale, et de la santé de la reproduction en particulier, l'Etat a introduit les ASC dans ce système pour permettre l'accès aux services de santé à la population locale qui peuvent être éloignés de son domicile. Tous ces ASC ont dû bénéficier de la formation de la part des ONG qu'ils estiment comme la seule source de connaissance dont ils disposent. Cette formation n'a pas durée longtemps.

Voici ce que dit JER à ce sujet *: « Ishirahamwe nka croix rouge ryarageregeje kutwigisha, ariko haraciye nk'umwaka canke ibiri irenga atagaformasiyo. »* Ce qui se traduit de cette manière : *« L'association comme la Croix Rouge a essayé de nous enseigner, mais il y a une année ou deux ans sans formation. »* Or, en parlant de la formation, nous rejoignons l'idée seule donnée par l'OMS (1996, p93) *: « la formation doit avoir liée non seulement avant que*

l'agent voie le patient, mais à un intervalle périodique pour maintenir et mettre à jour ses connaissances et ses compétences. » La radio peut aussi compléter les l'information ou les connaissances acquises lors de la formation comme NZI le précise en ces termes : *« Jewe ndakunda kumviriza iradiyo, kandi ibiganiro vy'irondoka rijanye n'amagara meza mpora ndavyumviriza.* »
Ce qui signifie : *« J'aime écouter la radio et les émissions qui se rapportent sur la santé reproductive, je les écoute.* »

Etant donné que les ASC ont été sélectionnés suivant qu'ils savent lire et écrire, mais non de leur compétence qualificative, il est rare, dans un monde illettré, de retenir tous les acquis si ces derniers ne sont pas enseignés d'une façon permanente et perpétuelle. C'est ce que dit MAR : *« Nka twebwe tudafise imitwe ifata nk'abize, iyo haheze iminsi atanyigisho, usanga twavyibagiye.* »

Ce qui se traduit : *« nous qui n'avons pas la capacité de rétention comme les instruits, lorsqu'il passe des jours sans formation, on se retrouve dans l'oubli.* » Malgré la disposition des cahiers de charge que les ASC appellent matériel didactique, certaines méthodes sont au delà de leur compréhension et demande un personnel hautement qualifié ou mieux outillé en la matière. A ce propos, voici ce que dit JER : *« ... hariho ibiharuro baduhaye mubitabo, ariko bishoboye bake kuko n'abize birabagora kuko usanga wihenze guharura.* »

Ce qui se traduit de cette manière: *« Il y a les chiffres qu'on nous a donné dans les livres, mais c'est peu de gens qui en sont capables car, même pour les instruits, il leur semble difficile. Des fois, on se trompe dans les calculs.* » Nous remarquons que malgré la formation des ASC en matière de planning familial, les besoins d'information reste énormes chez les ASC du milieu rural. La recherche que nous avons menée portant sur l'étude des connaissances nous ont montré que presque tous les ASC désirent avoir des informations sur tous les aspects qui affectent la planification familiale. De plus ils souhaitent avoir des cinémas comme support pour l'enrichissement des connaissances.

7.4. Méthodes de planification familiale ou de régulation des naissances connues

Une meilleure santé en matière de reproduction suppose l'exercice de décider de façon libre et responsable le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir ainsi que l'espacement de leur naissance. Les méthodes contraceptives sont indispensables pour faire de ce droit une réalité. Pourtant, le recours à une méthode contraceptive suppose d'abord la connaissance de cette

dernière car c'est rare que l'on puisse prétendre utiliser une méthode si on ne la connaît pas. La collecte des informations concernant la connaissance des méthodes contraceptives nous ont montré que nombre de nos enquêtés connaissent les méthodes artificielles beaucoup plus que les méthodes naturelles. A ce propos, voici ce que dit MAR : *« Uburyo twize dukoresha, hari akanyuzi, akagegene, agafuko, urushinge, ibinini, ukwihangana ariko benshi ntibibashobokera ».* Ce qui se traduit : *« Les méthodes apprises et qui sont utilisées, il ya le stérilet, le norplant, les préservatifs, les injectables, les pilules ainsi que l'abstinence qui n'est pas si facile pour les gens. »* A la lumière des propos de nos enquêtés, nous osons croire que la contraception semble être connue par les ASC, mais leur connaissance n'arrive pas au-delà de 6 méthodes. Le renforcement des capacités, les séminaires de formation reste la seule arme la plus sensible en matière de planning familial qui peut aider les ASC à élargir leur connaissance.

7.5. Avantage de la planification familiale

La pratique du PF offre des avantages non négligeables tant pour la famille et la société toute entière. On ne peut pas négliger les avantages qu'offre le PF dans la société dans laquelle il est implanté. Si dans une communauté on remarque un nombre moins élevé d'enfants, cette dernière sera moins surpeuplée. Les membres auront des ressources en quantité suffisante les équilibres entre la population et les ressources seront maintenues. Voici ce que dit BAK : *« Uri umuvyeyi ugira amagara meza. Umwana uraronka ico umuhereza, n'ubutunzi bukiyongera. »*

Ce qui signifie *: « Si tu es un parent, tu as une bonne santé. Tu disposes de quoi nourrir l'enfant, et la richesse s'améliore davantage. »*

Pour une population moins nombreuse, le gouvernement ou la société peut fournir des services adéquats comme les soins de santé, la construction des écoles, les infrastructures pouvant conduire au développement de la société. Au niveau de la famille, le PF pourra réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique, empêcher la détérioration de la situation économique en réduisant les dépenses journalières. Ainsi, les membres de la famille pourraient couvrir tous les besoins tant primaires que secondaires. Le foyer sera plus paisibles, tranquille, ce qui donne une vie de couples heureuse. Une progéniture limitée, offre la possibilité aux parents de poursuivre l'évolution et d'assurer une bonne éducation à ses enfants.

C'est ce que R. Gubbels (1981, p.217) souligne lorsqu'il dit : *« La procréation ne se limite pas à la conception ni à la mise au monde d'un enfant, elle est un acte dont la durée plus longue que ne l'imaginent les parents créateurs, comprend toutes éducation. »*

Ainsi donc, les enfants seront bien nourris, logés et bénéficieront d'une meilleure éducation car, les parents font davantage l'attention à chacun d'eux. La probabilité pour les enfants de ne pas fréquenter l'école, devient minime. Dans la famille, la part de la fratrie est d'une importance capitale pour le développement socio-affectif des enfants. Ainsi, dans une famille moins nombreuse, les enfants peuvent s'occuper les uns des autres plus aisément.

7.6. Inconvénients liés à la non pratique du planning familial

La conjonction d'une fécondité élevée dans les pays en voie de développement ralentit la croissance économique, accroît les coûts des soins de santé, de l'éducation et des autres besoins fondamentaux. Selon Pressât (1978, p 123),
« Un trop grand nombre d'habitants fait obstacles à la réalisation du plus haut niveau de vie compatible avec les conditions techniques d'une époque ou plus modestement, s'agissant des populations des pays sous développés, empêche d'assurer simplement un niveau de vie convenable par suppression des privations actuelles les plus sévères. »

Au Burundi, l'accroissement rapide de la population pose beaucoup de problèmes dans plusieurs secteurs. Au niveau de la production vivrière, les terres cultivables deviennent de plus en plus rares et les sols disponibles surexploitées. La mise en jachère des espaces cultivables n'existe pas aujourd'hui, les sols dégradés par l'érosion s'appauvrissent de plus en plus, et la production agricole régresse au moment où la population augmente sans cesse. A ce propos voici ce que dit NZI :
« Mu gihe ca ba data, isi yaramera, umuntu yararima akimbura . Ubu siko biri, isi yaratitutse, iyo uvyaye benshi rero, uba wongeje ingorane mu zindi » Ce qui se traduit ainsi: *« A l'époque de nos pères, la terre était fertile, on pouvait cultiver et bien récolter. En ce moment, ce n'en est pas le cas, la terre est infertile ; et si tu mets au monde beaucoup d'enfants tu ajoutes le drame au drame. »*

Au niveau de l'éducation, malgré de nombreux efforts consentis par le gouvernement en rendant gratuit l'enseignement primaire, il y a encore un grand nombre d'enfants qui abandonnent l'école primaire à cause de leur nombre élevé, et le manque d'infrastructures pour contenir l'effectif énorme des écoliers.

De surcroît, la surpopulation reste aussi un lourd fardeau pour le gouvernement dans la couverture des soins de santé de toute la population qu'il a en charge. C'est ce que dit NZI : *« Leta ikoresha uburyo bwinshi, haba mu kuvuza abana canke mu mashure. Ivyo bituma igihugu cacu kidatera imbere. »* Ce qui signifie *: « l'Etat utilise beaucoup de moyens soit pour les soins de santé des enfants ou dans les écoles .Cela contribue à ce que notre pays ne se développe pas. »*

Au niveau de la famille, l'accroissement démographique engendre beaucoup de problèmes comme les conflits permanents entre le mari et sa femme, entre les frères mais aussi entre le père et ses enfants. A ce propos voici ce que dit BER : *« Haza inzara, hakaba no guharika. Iyo ubuze ivyo ugaburira abana, umugabo aca arondera uwundi yoshobora kuza aramugaburira. Nk'ino iwacu abagabo baca bigira muri Tanzaniya bagata abana. »* Ce qui signifie : *« Il y a la famine et la polygamie qui se remarquent. Si tu manques de quoi nourrir les enfants, le mari cherche une autre femme qui peut lui donner à manger. Ici chez nous, les hommes abandonnent les enfants en allant s'installer en Tanzanie. »* Dans une situation pareille, c'est la femme qui souffre le plus, elle qui reste toujours aux côtés de ses enfants en leur assurant la première protection et secours. L'idée de Behnam, (1994, p .172) nous éclaire cette situation :

> *« La charge des enfants peut être un obstacle à la promotion sociale des parents, sans compter qu'elle est très contraignante surtout pour la femme, qui ne bénéficie guère de liberté et de loisirs. Cette situation féminine est d'ailleurs source de tensions et de conflits. »*

Il est donc indéniable que l'augmentation rapide de la population pèse lourdement sur les familles, les systèmes administratifs et sur les ressources nationales des pays sous développés dont l'insatisfaction des besoins vitaux conduiraient aux conflits latents dans le pays.

Au terme de ce chapitre, nous venons d'analyser quatre points qui se rapportent à la connaissance et informations des ASC en matière de planning familial. A travers cette analyse, nous avons constaté que les ASC connaissent les méthodes contraceptives dont celles qui sont artificielles sont beaucoup plus connues et utilisées. Presque tous les propos de nos enquêtés affichent une confusion entre la régulation des naissances et l'espacement des naissances. Leur enseignement se focalise surtout sur l'espacement des naissances qui est contraire à la limitation des naissances.

Ils connaissent les avantages de planning familial, pour leur bien-être familial. Ils disposent d'une seule source d'information pour l'enrichissement des connaissances mais qui n'est plus en exercice. Nous avons constaté qu'ils ont besoin d'une formation si intense et avoir de différentes sources d'informations comme les cinémas, la télévision toutes allant dans le cadre du planning familial.

CHAPITRE 8: UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE

L'évolution de la fécondité et son impact sur les familles est l'une des préoccupations majeures des ASC. Malgré les influences sociales, la fécondité commence à être maîtrisée chez les ASC. Cette maîtrise a permis la prévention et l'espacement des naissances surtout dans le sens d'assurer une bonne santé de la mère et de l'enfant mais non dans le sens de la réduction et donc de la diminution de la taille du ménage. Tous les ASC interrogés, affirment avoir utilisé ou utilisent les méthodes contraceptives comme moyens de régulation des naissances. N'étant pas totalement différents du reste de la communauté locale dans laquelle ils vivent, le présent chapitre va nous permettre de découvrir comment les ASC ont pris une décision en matière de planification familiale, la méthode efficace pour eux, ainsi que les facteurs qui les influencent à faire recours à la contraception. Les difficultés qu'ils rencontrent dans la pratique du PF vont aussi être dégagées dans ce chapitre. Etant donné que la pratique relève du savoir-faire, la mise en œuvre des manières de faire ou de procéder, ce chapitre vise à explorer comment les ASC mettent en pratique ce qu'ils enseignent. C'est donc la découverte d'une corrélation qui existe entre une connaissance et son utilisation dans la vie réelle de celui qui connaît.

8.1. La prise de décision en matière de contraception

Dans la réalité des choses, un bon enseignant enseigne non seulement ce qu'il a, mais aussi ce qu'il est. Toutefois, l'ASC est comme le miroir de la société que cette dernière utilise pour se murer, il est le sujet d'observation. Ses actes doivent parler de plus que les paroles dans le respect strict de planning familial. Pour BER, un ASC qui ne manifeste pas un bon exemple dans la pratique du PF est indigne de faire la sensibilisation en matière de la contraception.Voici comment elle dit : *« Mu kwigisha abandi twiherako, kuko ntiwoja kwigisha abandi ivyo nawe udakora. »*

Ce qui se traduit ainsi : *« Avant d'enseigner les autres, nous commençons par nous-même, car tu ne peux pas enseigner les autres ce que tu ne pratiques pas. »* Normalement les ASC sont les mieux indiqués dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive dans leur entourage et sont les pionniers dans la vulgarisation des méthodes contraceptives artificielles dans toute la société ambiante. Ils sont eux-mêmes concernés par l'usage des méthodes contraceptives pour la régulation des naissances.

Au cours de l'enquête, nous avons constaté que la pression démographique et ses conséquences, ont poussé les ASC à prendre conscience de la nécessité de la régulation des naissances. C'est ce que dit Mariam, (1969, p.9) :

> *« Les partisans du planning familial sont animés par deux grandes préoccupations : d'une part la santé de la mère et de l'enfant, la stabilité du foyer et d'autre part l'inquiètude devant les graves problèmes sociaux causés par l'explosion démograhique mondiale. »*

La plupart des ASC ont pris une décision lorsque leurs conditions de vie étaient devenues difficiles, d'autres craignaient pour l'avenir de leurs enfants dû à l'exiguïté des terres cultivables. Cela s'explique par le fait que la terre constitue la seule source de richesse dans le milieu rural. A ce propos, voici ce que dit NZI :

> *« Amatongo yaraze !none ga ntuze we ntubibona ? Jewe maze kwinjira mu baremeshakiyango, kandi nkaraba n'ubuzima tubayemwo n'umugore wanje, naciye ndamurungika ku buryo vyihuta. Ikindi abo bana babiri ubona bakurikiranye hataragera kandi twarahangayitse cane mu muryango. »*

Ce qui se traduit :

> *« Les terres sont devenues exiguës, tu ne le vois pas toi aussi ? Moi, après mon entrée dans le groupe des agents de santé communautaire, et ainsi analyser la vie que je menais avec ma femme, je l'ai envoyée immédiatement sur les méthodes de contraception. Une autre chose, ces enfants que tu vois se sont succédé précocement ; et nous avons beaucoup souffert dans la famille. »* Dans tous les propos de nos enquêtés, nous avons constatés que chaque ASC avait ses propres motivations intrinsèques et extrinsèques ainsi que des expériences personnelles qui l'ont motivé à faire recours aux méthodes contraceptives.

8.2. La méthode efficace

Il n'y a pas une méthode qui soit universelle. A chaque femme, à chaque couple sa contraception. Toutefois, une méthode de planning familial présente des avantages et inconvénients. Les effets secondaires ordinaires sont possibles lors de l'usage des méthodes contraceptives. L'agent de santé communautaire peut alors faire un choix important informer et décider si la méthode répond ou non à ses besoins. Parlant des avantages et des

inconvénients, voici comment KAD explique : « *... Uburyo rero nasanze ari nka kurya umuntu arya indya zikamwankira canke zikamuhinduka, ariko ahinduye bikagenda neza.* »

Ce qui signifie :

« *J'ai trouvé que les méthodes de planning familial sont comparables à quelqu'un qui peut échouer à consommer telle nourriture, qui produit pour lui des effets néfastes, mais que lorsqu'ils changent l'aliment tout va bien.* »

Normalement, ce qui est un avantage pour l'un ne peut nécessairement l'être pour l'autre. L'histoire personnelle des enquêtés nous ont révélé cette vérité. Nombreux d'agents de santé communautaire ont tenté plus d'une méthode pour voir laquelle pouvait être efficace dans leurs pratiques du planning familial au moment où quelques uns d'entre eux n'en ont essayé qu'une et unique méthode contraceptive. S'agissant de l'impraticabilité d'une méthode BER témoigne son expérience personnelle. Voici comment elle dit : « *Jewe ngitangura nakoresha urushinge, hanyuma nca ngira ingorane yokuva amaraso menshi, hanyuma nca ndagenda ndabibwira muganga nca ndahindura nkoresha ibinini.* »

Ce qui se traduit de cette manière : « *Au début, j'utilisais les injectables ; et j'ai eu un problème de l'écoulement de beaucoup de sang ; et puis j'ai décidé d'aller consulter l'infirmier. Depuis cetemps là, j'ai changé et j'utilise les pilules.* » Ce changement de l'organisme causé par l'usage des injectables a été vécu aussi par BAK et KAD. Les injectables ont été cité par trois des quatre ASC femmes comme présentant des effets secondaires graves. Même si une méthode ne peut pas être efficace pour tout le monde, la pilule a été présentée comme méthode sans effet à tous les ASC interrogés. Elle reste la plus aimée, et la plus utilisée chez les ASC.

8.3. Les facteurs du choix d'une méthode contraceptive

A la suite des changements climatiques survenus dans ces derniers temps, les maladies épidémiologiques, la crise économique, etc les familles pourront subir l'impact de l'un ou plusieurs de ces changements selon les spécificités des aires culturelles, le niveau du développement du pays et la catégorie sociale à laquelle elles appartiennent. Ceci rejoint l'idée de Behnam (1994, p. 137) lorsqu'il dit :

> « *Dans les pays en voie de développement, les mutations démographiques se manifestent surtout par la croissance rapide de la population, sa jeunesse, le taux*

élevé de fécondité, le taux de mortalité infantile important, les migrations internes ou internationales, tous ces facteurs sont des sources de difficultés pour ces familles. »

La plupart des ASC se sont rendu compte de la nécessité de la planification familiale. Néanmoins, la décision prise par le gouvernement de former tous les ASC dans presque toutes les provinces du pays a ouvert les yeux d'un grand nombre des ASC du milieu rural qui ne savaient ni comment utiliser les méthodes contraceptives, ni comment se procurer ces méthodes. Les propos de nos enquêtés sont clairs. Voici comment dit MAR : *« Maze kumva inyigisho, naratahuye akamaro ko gutandukanya imvyaro, kuko umwana akura neza, uramukurikirana neza. »*

Ce qui veut dire *: « Après avoir entendu des enseignements, j'ai compris l'avantage d'espacer les naissances. L'enfant grandit bien, et tu le suis bien. »* La femme étant soumise à l'influence du contexte économique et social, il est non moins clair que ces éléments conditionnent son comportement en général et la pratique contraceptive moderne en particulier. Comme cela a été déjà relevé dans les pages précédents, les conditions de vie d'un ASC influencent sa procréation et, par conséquent, l'utilisation des méthodes contraceptives. D 'autres facteurs comme la place et le rôle d'un ASC le poussent à la pratique du PF. Cela parce qu'ils n'auront pas quoi dire à la population s'ils ne sont pas eux-mêmes à mesure d'espacer les naissances. A ce propos, voici ce que dit KAD :

« Imvo nyamukuru ituma dukoresha uburyo, ni uko twebwe twavyize kandi dutegerezwa kubikora. None wewe wobwira umwana ngo rya iki nawe utakirya ? Ce qui signifie : *« La raison principale qui nous poussent à utiliser les méthodes contraceptives est que nous les avons étudiées et nous devons aussi les pratiquer. Peux- tu dire à un enfant de manger ceci alorsque toi- même tu n'en consommes pas ? »* Il semble que KAD parle en parabole, mais la réalité reste la même. L'ASC doit être le premier à motiver les autres dans la pratique du PF. C'est déplorable, de mettre au monde les enfants parmi lesquels il y aura des mendiants, les voleurs, les enfants de la rue alors que tu es un ASC.

Les pratiques contraceptives ne sont pas nocives. Bien entendu, pour ce qui est de l'inefficacité des méthodes utilisées, aucune n'est sûre à 100%. Leur efficacité dépend de l'utilisateur si et seulement si elles sont correctement appliquées et pratiquées. Les ASC utilisent les méthodes contraceptives tout comme le reste de la population avec l'objectif d'espacer les naissances. Comme cetains d'entre eux le témoignent, ils n'ont pas eu de problème lié à l'accessibilité à ces méthodes, ni des problèmes causé par une mauvaise

application. Pour quelques phénomènes observés lors de l'utilisation des méthodes contraceptives, en particulier les injectables avec l'écoulement intense du sang pour plus de 2 enquêtés, les ASC comprennent cette situation comme un phénomène simple dû au changement de l'organisme. Voici comment BAK explique ce phénomène.

> *« Je muntango nakoresha uburyo ntangorane nagize, ariko munyuma k'umwana agira kane, inshinge zarampindutse. Kubera ko umugabo wanje yari akiriho, baciye banjana muri hôpital. Niyumvirako rero ryabaye ihindagurika ry'umubiri, kandi iyo bishitse, ni ukuja kwa mu ganga. »*

Ce qui se traduit :

> *« Au début, j'utilisais les injectables, et je n'ai pas eu de problèmes. Mais, à la quatrième naissance, les injectables m'ont déçues. Parceque mon mari était encore en vie, j'ai été transportée à l'hôpital. Je pense que c'est le changement de l'organisme ; et lorsque de tel cas arrive, il faut consulter le médecin. »*

Ces effets secondaires qui se remarquent au moment de l'utilisation des méthodes contraceptives surtout injectables, peuvent conduire à la méfiance vis- à -vis de ladite méthode pour la plupart des usagers.

Dans ce chapitre précedent, il était question d'analyser comment les agents de santé communautaire utilisent les méthodes contraceptives. Lors de l'entretien avec nos enquêtés, nous avons constaté que les ASC affirment avoir utilisé les méthodes contraceptives dans l'intention d'espacer les naissances mais non de limiter la taille du ménage. Nombre d'entre eux utilisent la pilule, méthode jugée efficace par presque tousles agents de santé communautaire, contrairement aux injectables. A présent, abordons un autre chapitre non moins important qui relate les difficultés que les ASC rencontrent au niveau du travail.

CHAPITRE 9: DIFFICULTES DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DU TRAVAIL

La sensibilisation de la population révèle l'importance attachée à la promotion de la population en général, et de la famille en particulier afin de réduire les problèmes causés par une forte croissance démographique. En effet, cette dernière est un handicap au développement et constitue la principale cause des problèmes enregistrés et qui gangrènent la vie des gens et des familles. Ainsi, la mobilisation de la population autour de la planification familiale doit se munir des instruments et des méthodes d'approches adéquats. Un personnel compétent et qualifié serait de rigueur pour exécuter cette tâche. Certes, l'adhésion au planning familial implique l'adoption des conduites en rapport avec le changement, les médias, les agents de santé communautaire auront un grand rôle à jouer pour changer la mentalité de la population. Etant donné que les programmes d'ASC ne les préparent pas à affronter facilement la vie intime de la communauté dont ils ont en charge, la résistance aux méthodes contraceptives, pourrait s'observer du côté de la population. Ainsi, le présent chapitre nous met au courant de certaines difficultés qu'ils rencontrent au cours de leur travail.

9.1. Problème d'ordre social

Le besoin du PF a toujours existé dans notre société traditionnelle mais dans un contexte différent de celui d'aujourd'hui. La population du milieu rural a donc besoin d'être informée sur l'accessibilité, la faisabilité et l'efficacité des méthodes artificielles. Les agents de santé communautaire, groupe de gens élus par la population pour répondre aux besoins de cette dernière doivent jouer un rôle de leaders dans la planification familiale. Non seulement ils doivent transmettre leur connaissance sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, mais aussi ils jouent le rôle de conseiller et d'accompagnateur en matière du planning familial. Malheureusement, la connotation négative attribuée à tous les agents de santé communautaire, affecte leur travail de sensibilisation. Les agents de santé communautaire sont mal jugés, interprétés par la population qu'ils sont censés aider et à laquelle apporter des informations en rapport avec le PF. A ce propos, voici ce que dit MAR *: « Batubwira ko twicira amahera, ko turi abicanyi ngo abantu bariko barahona kubwacu.* Ce qui se traduit ainsi : *« On nous dit que nous travaillons pour gagner de l'argent, que nous sommes des tueurs et que la population est entrain de périr à cause de nous. »* Au cours de l 'entretien, nous avons constaté que 4 sur 6 de nos enquêtés ont évoqué ce problème.

Etant donné que les ASC ne sont pas mieux outillés pour contourner ou du moins résoudre toutes les difficultés auxquelles ils se heurtent, leur service est en quelque sorte jugé comme sans valeur et accessoire jusqu'à ce que le tout retombe sur eux lorsque des effets secondaires se manifestent chez une personne quelconque qui a obéi à leur enseignement. Les lamentations de KAD sont évidentes ici aussi :

> *« Urashobora kuja kwigisha ivyerekeye uburyo, bakakubwira ko ubugiyeko udasubira kuvyara ngo imbuto zirahera mu nda kubera ubwo buryo. Iyo bishitse rero uwo wigishije akaja kuri bwa buryo hanyuma akagira ingorane, twebwe nitwe tuca tugira ingorane zirenze mu kibano. »*

Ce qui signifie :

> *« Tu peux aller enseigner les méthodes contraceptives et te faire répondre que celles qui pratiquent la contraception deviennent stériles, que les ovules s'épuisent dans le ventre à cause de la contraception. S'il arrive que celui que tu as enseigné à pratiquer la contraception rencontre des problèmes, c'est nous qui succombons le plus dans la société. »*

En analysant les propos de tous nos enquêtés, il est clair que le travail des ASC est un travail difficile qui est au-delà de leur compétence et, par conséquent, il demande la sagesse, la patienceet le concours d'un personnel hautement qualifié qui pourra non seulement répondre aux inquiétudes de la population mais aussi l'aider à préparer un avenir meilleur pour ses enfants.

9.2. Carence de la formation permanente

Bien qu'il n'y ait pas de programme d'ASC efficace sans formation continue, cette dernière est souvent considérée comme une sorte d'accessoire. Or lorsque nous parlons de la formation, nous rejoignons l'idée de Thomas (1975, p.59) quand il dit ceci : *« La formation signifie l'action de former une personne dans un domaine particulier, de développer ses possibilités afin de la préparer à l'exercice d'une profession déterminée. »*

Lorsque nous parlons de la formation ici, nous nousintéressons à celle qui est donnée aux ASC dans les séminaires pour acquérir les connaissances en rapport avec la planification familiale.

Faisant partie intégrante des membres de la communauté, les ASC vivent les mêmes problèmes qui hantent sa communauté d'une part, et sont globalement les mieux disposés dans l'enseignement du PF d'autre part. Cette probabilité n'est possible que lorsque les ASC sont bien formés et informés sur les méthodes contraceptives sur tous les aspects, c'est-à-dire les avantages et les inconvénients ainsi que les effets secondaires que ces dernières peuvent produire. Dans la recherche que nous avons menée, nous avons constaté que les ASC, s'accusent de l'insuffisance de l'information en matière de planning familial. A ce propos, voici ce que dit BAK : *« Mu bisanzwe, ntanyigisho zikwiye dufise. Kumbure ngirango ni uko igihugu cononekaye, ntavyirwa kweli, novugako batadukarihiriza ubwenge bikwiye. »*

Ce qui signifie *:*

> *« Normalement, nous n'avons pas d'enseignement suffisants. Peut-être c'est parce que, notre pays est en situation difficile. En réalité, il n'y a pas d'enseignements. Je dirais qu'on ne nous ne forme pas comme il le fallait. »*

Il est donc indispensable aux TPS de marquer les limites des agents de santé communautaire afin de leur venir en aide par le renforcement des capacités mais aussi de signaler leur cas aux personnes compétentes. Il est par ailleurs tout aussi nécessaire de valoriser, d'encourager le travail des agents de santé communautaires, en les suivant de près pendant les séances de sensibilisation. Avec cette procédure, on pourra redonner aux ASC, la force, la morale et la persévérance dans leur travail.

9.3. Précarité des conditions de travail

Les agents de santé communautaire prestent pour la plupart des fois dans des conditions difficiles car ils sont parfois obligés de parcourir de longues distances sous la pluie et le soleil accablant, et manquent de moyens de déplacement ; certains ASC prestent sur des collines très étendues et font de longues distances pour aller rencontrer les bénéficiaires à leur charge ce qui est pénible quand il faut faire de longues distances à pied. Ils sont obligés de faire porte-à- porte pour trouver les bénéficiaires chez eux. A ce sujet, ces propos de MAR sont clairs *: « Kubera ko dutumye ko inama atan'umwe aza canke hakaza bake cane kuko batubwira ko turiko twicira amahera, duca duhita mwo kwigisha ku nzu ku nzu. »*

Ce qui signifie :

> *« A cause du manque de présence lorsque nous convoquons une réunion, ou d'une présence très minime des gens parce que l'on nous dit que nous travaillons pour gagner de l'argent, nous optons pour enseigner en passant maison par maison. »*

Le planning familial généralement associé à la prévention du VIH et les IST, est aussi sous la responsabilité des ASC. Ceux-ci distribuent les conseils, mais aussi les moyens de contraception (préservatifs, pilule). Certains ASC sont en charge de la promotion d'une maternité saine. Celle-ci sous- entends la surveillance des grossesses, l'identification des grossesses à risque qui seront référées vers une structure sanitaire adaptée à des informations de bases sur le PF. Voici ce que dit BER à ce propos :

> *« Jewe novugako turi nk'abakozi b'abanyagihugu. Umuvyeyi arashobora kuza akagutuma ibinini kwa muganga kandi nawe ntiwanka. Hari n'abibazako tuba tubifise mu nzu. Twebwe abaremeshakiyago aho abanyagihugu badukenereye niho tugira. Urazi nk'umuvyeyi afashwe n'inda ko murarana gushika buce ? Bibaye ngombwa uramuherekeza no kwa muganga gushika yibarutse. »*

Ce qui se traduit :

> *« Je dirais que nous sommes des serviteurs de la population. Une mère peut t'envoyer chercher les pilules au dispensaire et tu ne peux pas refuser. Il y en a même qui pensent que nous en disposons chez nous. Nous les agents de santé communautaire nous sommes au service de la population à n'importe quel moment. Tu sais que lorsqu' une mère est attaquée par une grossesse vous passez toute une nuit blanche ensemble ? Si la nécessité s'impose, tu l'accompagnes au dispensaire jusqu'à ce qu'elle accouche. »*

Néanmoins, la question de salaire qui est pourtant cruciale reste sans solution au Burundi. Bien qu'elle soit vitale du point de vue motivation, les ASC sont à majorité des bénévoles. Le manuel de l'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire (1990, p.196) précise *que « la plupart des agents de santé communautaire, sinon tous sont des volontaires. Parfois ils perçoivent une modeste rémunération, parfois ils travaillent bénévolement. »* Or, le bénévolat est rarement une bonne solution et une solution durable. Les bénévoles ont tendance à abandonner le suivie plutôt que les gens rémunérés, ce qui rend difficile la gestion d'un service fondé sur le bénévolat.

A ce propos, les lamentations de NZI sont évidentes : *« Twebwe turi abitanzi. Muvy'ukuri ntagashahara baduha, ni ukuri naho koba gato tukakabona kuko koheza kakunganira umuryango »*

Ce qui se traduit ainsi : *« Nous, nous sommes des bénévoles. En vérité on ne nous paye pas, même une somme si petite soit-elle pourrait nous suffire pour soutenir la famille. »*

Tous les agents de santé communautaires interrogés ont évoqué ce problème de salaire. Ils n'ont pas non plus de contrat officiel et ne perçoivent aucune indemnité financière. La seule gratification non financière se ramène aux bicyclettes qui leur sont distribuées mais de façon limité. En pareille condition, nous osons croire que les ASC peuvent être contraints de suspendre leur activité ou feindre dans leur travail de sensibilisation. Nous signalons que la majorité des ASC sont des cultivateurs ou commerçants, et sacrifient leurs activités champêtres au profit des soins de santé communautaire. Ajoutons également que les ASC n'ont pas de salle de réunion, et sont obligés de tenir les réunions sous un arbre en plein soleil. Pendant la saison pluvieuse les ASC se heurtent à des difficultés de sorte que le déroulement normal de la réunion devient impossible. Voici comment dit JER *: « Twebwe iyo dutumyeko inama dukorera munsi y'igiti. Nk'iyo imvura iguye, nk'ibikoresho twatwaye biranyagirwa. »*

Ce qui se traduit ainsi : *« Quand nous convoquons une réunion, nous la tenons sous un arbre. Mais s'il arrive qu'il pleuve, les documents que nous avons apportés sont mouillés par la pluie. »*

Bref, les ASC ont besoin d'etre systématiquement soutenus tel qu'une infirmière ou un infirmier communautaire ou un inspecteur de la santé publique en leur prodiguant des encouragements et les félicitations qu'ils méritent puisqu'ils exécutent au niveau local un travail sans lequel les soins de santé primaire n'existerait pas. Les superviseurs doivent aussi informer la communauté des fonctions des ASC et l'inciter à leur faciliter la tâche.

9.4. Enseignement de l'Eglise catholique au sujet de la contraception

Le choix d'une méthode serait le droit et le libre choix de toutes personnes qui désirent s'en servir. Certains couples pourraient choisir les méthodes naturelles comme moyens de limitation et d'espacer les naissances au moment où d'autres choisiront les méthodes contraceptives artificielles. Peu importe la méthode utilisée, l'important reste le résultat que cette dernière va apporter. Cependant, la religion catholique privilégie et enseigne les

méthodes naturelles qui consistent pour les couples à s'unir pendant les périodes infécondes du cycle de la femme. Leur enseignement va à l'encontre de celui qui est dispensé par les agents de santé communautaire pendant les séances de sensibilisation. Le constat effectué par les ASC reste décourageant, voire déplorable. Voici ce que dit JER :

> *« Nk'ishengero katolike, inyigisho zabo babicishije ku bafaratiri, bavuga ko iyo ubwo buryo bwaje buva catikiye, ngo nico gituma abantu baheze basara, ngo kandi nabo nyene babandanije bakoresha ubwo buryo uzosanga baraheze. »*

Ce qui se traduit : *« A l'instar de l'Eglise catholique, avec leurs enseignements à travers les frères religieux, ils disent qu'à la source d'où est venue les contraceptives, il n'y a plus des gens, raison pour la quelle les gens sont devenus fous ; et s'ils continuent à utiliser ces méthodes, ils mourront tous. »* Ces ensignements risquent de remporter dans un milieu rural où un grand nombre de la population est illettré. Cela reste un grand obstacle pour les ASC qui rencontrent cette barièrre religieuse.

A travers ce chapitre, il était question de cerner les difficultés rencontrées par les agents de santé communautaires dans leur travail. Ainsi, après avoir analysé les propos de nos enquêtés, nous avons constaté que les ASC se heurtent à des problèmes d'ordre social, au manque de formation permanente, des précarités des conditions de travail aux enseignements de l'Eglise catholique. Respectivement, nous avons constaté que les ASC ont une connotation négative envers la population qu'ils enseignent. Magré les efforts déployés entre autres les visites de maison par maison, le résultat reste faible. Chaque couple fait ce qu'il veut quand il veut et comment il veut. L'adoption aux méthodes contraceptives reste celle de l'espacement des naissances mais non de limitation des naissances. Lors de notre enquête, les ASC ont évoqués l'insuffisance de la formation pour renforcer leur connaissance en matière de PF. Comme relevé par nombreux de nos enquetés, ces derniers travailent dans de conditions très mauvaises, les obligeant à parcourir des collines et des montagnes à pied sans aucune rémunération.

La part de l'Eglise catholique reste non négligeanble. Elle contribue d'une manière ou d'une autre à la non réussite du PF. Nous avons constaté qu'il y a une nette différence entre les ensignements de l'Eglise catholique et celui qui est dispensé par les ASC. Voilà les quatre élements qui devraient être élucidés avant d'envoyer les ASC sur terrain de travail.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre sujet de recherche qu'est « Evaluation des connaissances et des pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec le planning familial, nous tirons à présent une conclusion générale en précisant les parties auxquelles notre travail s'est articulé.

Cependant, après avoir introduit, motivé et délimité notre travail, nous avons élaboré une première partie concernant un cadre théorique et méthodologique. Dans cette partie, nous avons d'abord élucidé des concepts-clés en l'occurrence : agent de santé communautaire, santé communautaire, planification familiale, connaissance et paratique pour éviter la confusion que pourrait avoir nos lecteurs dans la lecture de ce travail. Nous avons ensuite parlé de quelques généralités sur la santé de la reproduction au Burundi, le travail des agents de santé communautaire au Burundi et la planification familiale. Pour mener à bien notre travail, nous avons cadré et montré sa pertinence de notre travail à travers la problématique et les objectifs de la recherche.Pour explorer le champ relatif à notre sujet de recherche, nous nous sommes fixé une démarche méthodologique à suivre. Ainsi, nous avons fait la description du terrain et la population d'enquête et spécifié la méthode de recherche qu'est celle qualitative ainsi que les procédés de collecte des données sur base de l'enquête l'entretien semi-directif comme technique de recherche.

Dans la deuxième partie qui constitue le moteur de notre travail, nous avons présenté les cas, qui ont fait l'objet de notre étude, analysé les données et interprétés les résultats de notre travail. Au cours de notre recherche, nous avons commencé par dégager les données de l'enquête, des thèmes constituants les chapitres de cette deuxième partie. Cela étant, voici les résultats de notre étude :

Notre premier objectif spécifique visait à explorer le niveau de connaissances et d'informations des agents de santé communautaire en matière de planification familiale. En effet, nous avons constaté à travers les propos de nos enquêtés que les agents de santé communautaire connaissent les méthodes contraceptives dont les méthodes artificielles y sont beaucoup plus connues et utilisées. Ils connaissent les avantages du planning familial pour le bien-être familial mais confondent l'espacement des naissances de la planification familiale. Nous avons constaté également que les agents de santé communautaire disposent d'une seule source d'informationmais qui n'est plus pour le moment en exercice. Ils expriment le besoin intense d'une formation et avoir différentes sources d'informations comme le cinéma, la télévision tout allant dans le cadre du planning familial. Cet objectif a été atteint.

Au sujet du deuxième objectif qui consistait à explorer les pratiques des agents de santé communautaire en matière de planification familiale, nous avons constaté que les agents de santé communautaire utilisent les méhodes contraceptives dans l'intention d'espacer mais non de limiter les naissances. Nombreux d'entre eux ont pensé aux méthodes contraceptives lorsque les conditions de vie étaient devenues diffciles, au moment où d'autres craignaient l'avenir de leur enfants dû à la rareté des terres cultivables. Lors de l'analyse des propos de nos enquétes, nous avons également constaté que les agents de santé communautaire utilisent le plus souvent les injectables et les pilules. Toutefois, 3 sur 4 femmes agents de santé communautaire interrogées, ont témoigné que les injectables ont présenté des effets secondaires graves pendant l'usage au moment où la pilule a été présentée comme méthode sans effets pour tous les agents de santé communautaire. Elle reste la plus aimée et la plus utilisée par les agents de santé communautaire. Cet objectif a été également atteint.

Concernant le dernier objectif spécifique de notre recherche qui consistait à cerner les difficultés des agents de santé communautaire dans leur travail, nous avons enregistré au cours de notre enquête de nombreuses difficultés qui handicapent le travail des agents de santé communautaire entre autres : les problèmes d'odre social, la carence de la formation permanente, la précarité des conditions de travail et l'Eglise catholique.

En effet, malgré les efforts déployés par les agents de santé communautaire en passant maison par maison, ces derniers ont une connotation négative envers la population qu'ils servent ce qui donne un rendement faible. Les agents de santé communautaire, n'ont pas non plus de moyens de deplacement et sont obligés de parcourir des montagnes et des montages à pied sous un soleil accablant ou sous la pluie sans rémunération. Ils font le service bénévole. Via les propos de nos enquétés, nous avons constaté que les agents de santé communautaire manquent une formation permanente pour enrichir leurs connaissances. Leur ambition, leur désir est de voir toute la population adhérer aux methodes contraceptives. A ce point, les agents de santé communautaire ont évoqué la barière religieuse de l'Eglise catholique dont les enseignements vont à l'encontre de l'usage des méthodes contraceptives artificielles. Cet objectif a été aussi atteint.

Au bout de compte, notre objectif général qui consistait à étudier les connaissances et les pratiques des agents de santé communautaire a été atteint. En effet, malgré les différents problèmes que les agents de santé communautaire rencontrent dans leur travail de sensibilisation, l'image négative auprès de la population, l'insuffisance de connaisances au

sujet des méthodes contraceptives, qui contraignent leurs activités ; ces agents fournissent beaucoup d'effort pour convaincre la population à adhérer aux méthodes de la planification familiale tout en restant eux même le modèle dans la pratique de la planification familiale.

En définitive, comme la science est dynamique, nous ne prétendons pas avoir épuisé les contours de notre recherche, c'est pourquoi nous invitons d'autres chercheurs à nous compléter, à nous critiquer et à aborder d'autres questions en rapport avec le planning familial comme l'image d'un agent de santé communautaire dans sa communauté locale.
Il convient à toutes fins utiles, d'adresser des suggestions à l'endroit de toutes personnes concernées.

SUGGESTIONS

Aux responsables des districts sanitaires :

-Organiser les rencontres d'information et de formation à l'endroit de tous les agents de santé communautaire pour enrichir leurs connaissances sur la PF
-Suivre et évaluer les activités des ASC préconisées en matière de la PF en vue de détecter le degré de satisfaction des benéficiaires.

A l'Etat :

-Déterminer le nombre d'enfants à mettre au monde en evitant de travailler dans l'abstrait,
- Appuyer les agents de santé communautaire dans les actions de plaidoyer et de sensibilisation sur la planification familiale,
-Intégrer et reconnaître les ASC comme les autres fonctionnaires de l'Etat.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anzieu, D. (1979). *La dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF

Baud, R. (1968). *Les effets psychologiques de la pilule*. Paris : Marabout.

Boudon, R. (1965) . *Vocabulaires des sciences sociales*. Paris : Mouton

Boudon, R. (1979). *Les méthodes en sociologie*.Paris : PUF.

Champy, P. et Etève, C. (1994). *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*. Paris : Edition Nathan.

D'unrug, MC. (1974). *Analyse de contenue et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation*.Paris : Editions universitaires.

Dalsace, J. et Palmer R. (1972). *La contraception*.Paris : PUF.

Délors, J. (1996).*L'éducation : un trésor est caché dédans*. Paris : Odile Jacob.

Doron, R.et Parot, F. (1991).*Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.

Enquête démographique et de santé, Burundi (2010). Rapport final, Mai 2012.

Festinger, L.et Katz, D. (1974) .*Les méthodes de recherche en science sociale*. Paris : PUF.

Foerge, WH. (1985).*Grossesse chez l'adolescent : Planification familiale* .Méthodes et pratique de l'Afrique.

Ghiglionne, R. et Malaton, B. (1980). *Les enquêtes sociologiques*, Paris : Armand Colin.

Gubbels, R. (1981). *Société et procréation : Les facteurs qui l'influences* .Edition de l'Université de Bruxelles.

ISTEEBU (2010). *Deuxième enquête démographique et de santé au Burundi*. Bujumbura.

Janvière, M. (1990*). La santé maternelle et infantille au Burundi*. Guide de l'Etudiant et du médecin : Bujumbura.

Jean, G. (1969). *Surpopulation et malnutrition*. Librairie Armand, Colin.

Kubir et Prokopenko, (1991). *Les besoins de formations au management : Principes et méthodes de diagnostics*. Génève : B.I .T.

Legendre, R. (1981). *Une éducation... à éduquer*. Québec : Ville Marie

Léon, A. (1977).*Manuel de psychologie expérimentale*. Paris : PUF.

Mariam, T. (1969).*Régulation des naissances : le rôle de l'infirmiére*. New York.

Mayer, R. et Ouellet F, (1999). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*.Québec : Quaétan Morin.

Mbanguia, PT.et al. (1990). *Collogue sur information, éducation, communication et planification*.Paris : Ramsay.

Mucchielli, R. (1973).*Opinion et changement d'opinions*.Paris : PUF.

Navas, J. (1977).*Famille et fécondité au Burundi.* Bujumbura : UB, FSEA.

Ntawuyankira, Y. (2014). Situation démographique et ses effets sur la croissance économique et le marché du travail. Bujumbura, UB, FSEA

Ntibanyiha, J. (1986) .*Connaissance attitudes et pratiques en matière de fécondité et sexualité.*Thèse inédit de doctorat en médecine, Bujumbura : UB.

Ntwari, I. (2009). *Pédagogie générale*, cours inédit, 1ère candidature, Bujumbura : UB, FPSE.

OMS, (1990). *Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique de soins de santé primaire.* Génève : OMS.

OMS, (1996).*Choix des méthodes contraceptives : guide théorique et pratique.*Génève : OMS

OMS, (1985). *Rapport du directeur général sur les femmes, la santé et le développement.* Génève.

OMS, (1990). *Les contraceptifs hormonaux injectables : aspects technique et considérations de sécurité.* OMS, publication offset no 65 : Génève.

OMS, (1990). *Manuel de l'education pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire.*Genève : OMS.

Pelicher et al, (1977-1981).*Univers de la psychologie : vocabulaire de psychologie, V.7.* Paris : Editions Lidis.

Pesquieux, Y.et Triboulois, B. (2004). *La dérive organisationnelle, peut- on encore conduire le changement ?* Paris : L'Harmattan.

Pinto, R .et Grawitz. (1961). *Les méthodes des sciences sociales.*Paris : Librairie Dalloz.

Poisson, Y. (1990). *La recherche qualitative en éducation.*Québec : Gaetan Morin.

Pressât, R. (1979). *Démographie sociale.* Paris : PUF.

Rapport Mondial sur le développement humain, (2010). *La vraie richesse des nations.Le chemin du développement humain »* PNUD : New York.Edition du 20ème Aniversaire

Rébupliique du Burundi et Unicef, (1988). *Manuel pour l'agent développement.*Bujumbura : Unicef.

République du Burundi et Unicef, (1992).*Femmes et enfants au Burundi, analyse de la situation.*Bujumbura. : Unicef.

République du Burundi, Ministère de l'Intérieur, (2008). *Recencement général de la population et de l'habitat.* Bujumbura : Bureau Central de Recencement.

République du Burundi, Ministère de Santé publique et de la Lutte contre le Sida (2011). *Evaluation du système de gestion et de fonctionnement des agents de santé communautaire au Burundi.* Rapport final, Bujumbura : Unicef.

Robatel, JP.et al. (1974). *Les problèmes de population au Burundi.* Résultats d'une enquête sur les motivations démographiques des barundikazi.

Romaniuk, A. (1967). *La fécondité des populations congolaises.*Paris : Mouton.

Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de Pychologie.* Paris : Bordas.

Thomas, J. (1975). *Les grands problèmes de l'éducation dans le monde.*Paris : PUF, presses Unesco.

Vekmans, M. et Wollast, E. (1993*). Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement.* Bruxelles : De Boeck Wesmael.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Annexes 1 : Présentation et consignes en Kirundi

Mwaramutse

Jewe nitwa Epitasi Nduwayo, ndi umunyeshure wo mw'ishure Kaminuza y'Uburundi, mu gisata cigisha inyifato n'ubuhinga bwo kurera.Igikorwa c'ubushakashatsi co kurangiza amashure ya Kaminuza ndiko ndakora, kijanye no kuraba ubumenyi abaremeshakiyago bafise kuvyerekeye ukugabanya no gutandukanya imvyaro, n'ishirwa mungiro ryabwo. Nashimye gutumbera mwebwe, kuko ari mwebwe mubizi. Ndaziko ivyo muza kumbarira vyose bizomfasha kandi bimfitiye akamaro kanini mw'irangurwa ry'iki gikorwa. Kugira rero ntihagire ico nibagira, ni naco gituma nitwaje aka kuma gafata amajwi. Ndabemereye ko ivyo tuvugana atawuzomenya uwabivuze.

Murakoze

Epithace NDUWAYO

Annexes 2 : Guide d'entretien en Kirundi.

I. Umwidondoro:

Izina

Igitsina

Imyaka afise.

Igitigiri c'abana afise

Amashure afise

Umusozi akorerako

II. Ikiganiro nyezina

A. Ingene abaremeshakiyago batahura ivyo kurondoka kurugero

- Ubumenyi abaremeshakiyago bafise muri rusangi kuvyerekeye kuvyara kurugero
  - Woshobora kumbwira muri rusangi ico utahura ku vyerekeye kuvyara ku rugero ?
- Ubudasa buri hagati yo kuvyara ku rugero no gutandukanya imvyaro
  - Woshobara kumbwira mu ncamake itandukaniro riri hagati yo kurondoka ku rugero no gutandukanya imvyaro?
- Uburyo bwo kuvyara ku rugero abaremeshakiyago bazi.
  - Ni ubuhe buryo bwo kuvyara ku rugero woba uzi?
- Isoko riha amakuru abaremeshakiyago ku vyerekeye kugabanya no gutandukanya imvyaro.
  - Ni irihe soko riguha amakuru kubijanye n'irondoka rijanye n'amagara meza?
- Akamaro kokuvyara abana bake
  - Ni akahe kamaro woba uzi ko kuvyara ku rugero? (mu gihugu, mu muryango)
- Ingaruka mbi yo kuvyara abana benshi
  - Ni izihe ngaruka mbi zo kuvyara abana benshi? (mu gihugu, mu muryango)

B. Ikoreshwa ry'uburyo bwokurondoka kurugero n'abaremeshakiyago

- Ingingo umuremeshakiyago afata kubijanye nokurondoka kurugero.
  - Ni ikihe kintu catumye ufanta ingingo yo kurondoka ku rugero?
- Imvo nyamukuru zituma umureshakiyago akoresha uburyo.
  - Ni izihe mvo nyamukuru zituma ukoresha uburyo bw'irondoka rijanye n'amagara meza?
- Uburyo bwokurondoka kurugero bworohera umuremeshakiyago.

- Mbega hoba hariho uburyo bw'irondoka rijanye n'amagara meza bukorohera kurusha ubundi?

- Ingorane umuremeshakiyago agira mwikoreshwa ry'uburyo.
  - Ni izihe ngorane zikunda kugushikira mu gihe uriko urakoresha uburyo?

C. Ingorane umuremeshakiyago agira mugikorwa ciwe.

- Ingorane zo mukibano
  - Ni izihe ngorane nyamukuru ugira mu kibano igihe uriko urigisha?
- Kudakarihirizwa ubwenge bikwiye.
  - Hoba hariho ingorane zifatiye kukudakarihirizwa ubwenge bikwiye woba ufise?
- Gukora mu buryo butaborohereza
  - Ubigenza gute iyo ugomba kuja kwigisha?
- Intambamyi y'ishengero katorika.
  - Hoba hariho intambamyi ugira uriko urigisha?

Annexes 3 : Présentation et consigne en français

Bonjour

Je m'appelle Epithace Nduwayo, étudiant à l'Université du Burundi à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Le travail de recherche de fin d'études de second cycle à l'Université du Burundi que je suis en train de faire se rapporte sur « l'étude des connaissances et des pratiques des agents de santé communautaire en rapport avec la planification familiale. » J'ai choisi d'en parler avec vous parce que vous êtes la personne la plus informée pour nous fournir des informations fiables. Je sais que les informations que vous allez me fournir me seront d'une importance capitale dans la réalisation de ce travail. C'est pourquoi je me suis muni de cet appareil enregistreur pour ne pas oublier tout ce que vous allez me dire. Nous vous garantissons le strict anonymat dans ce travail.

Merci.

Annexes 4 : Guide d'entretien en Français

1. Identification

Nom

Sexe

Age

Nombres d'enfants

Colline de recensement

2. Guide d'entretien proprement dit :

A. Connaissance et informations des agents de santé communautaire en matière de planning familial

- Connaissance générale des agents de santé communautaire sur la planification familiale
  - Peux-tu me dire de façon générale ce que tu comprends par la planification familiale ?
- Différence entre la limitation des naissances et l'espacement des naissances
  - Quelle est la difference entre la régulation des naissances et l'espacement des naissances ?
- La source d'information des ASC en matière de la contraception.
  - Peux- tu me dire votre source d'information en matière de la contraception ?
- Avantage de la planification familiale
  - Quels sont les avantages de planifier les naissances ? (dans le pays, dans la famille)
- Inconvénients de la non planification familiale
  - Quels sont les inconvenients de la non planification des naissances ?

B. Utilisation des méthodes contraceptives par les agents de santé communautaire.

- La prise de décision d'un agent de santé communautaire en matière de la contraception.
  - Qu'est ce qui t'a poussé à prendre une décision en matière de la contraception ?
- La méthode efficace pour un agent de santé communautaire
  - Quelle est la méthode qui te semble efficace ?
- Les facteurs qui influencent l'agent de santé communautaire à utiliser une méthode contraceptive
  - Quels sont les facteurs qui t'influencent le plus à utiliser une méthode contraceptive ?

-Les difficultés rencontrées par un agent de santé communautaire dans la pratique du Planning familial

- Aurais-tu des difficultés liées à l'usage des méthodes contraceptives ?

C. Les difficultés rencontrées par un agent de santé communautaire au niveau du travail

- Problèmes d'ordre social des agents de santé communautaire

- Quels sont les problèmes que tu rencontres dans l'entourage lors de la sensibilisation du Pf ?

- Carence de la formation permanente

- Aurais-tu des problèmes liés aux manques de la formation permanente?

- Précarité des conditions de travail

- Quelle stratégie utulises-tu pour trouver les gens à enseigner ?

-L'enseignement de l'Eglise catholique au sujet des méthodes contraceptives.

- Aurais- tu des obstacles dans votre travail de sensibilisation ?