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

Contribution à la connaissance de la géographie de la santé : l'état des connainces sur la santé reproductive et ses impacts au Burundi

Niyonizigiye, Eric; Sous la direction de : Dr. Apollinaire NIYONKURU

2018

UB, Faculté des lettres et sciences humaines

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1256

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE : L'ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTE REPRODUCTIVE ET SES IMPACTS AU BURUNDI

Par
NIYONIZIGIYE Eric

Sous la direction de:

Dr. Apollinaire NIYONKURU

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de **Licencié en Géographie**
Option : Enseignement et Recherche

Bujumbura, Avril 2018

DEDICACES

A notre père et mère ;

A notre épouse ;

A nos frères et sœurs ;

A nos oncles et tantes ;

A tous ceux qui sont venus nous soutenir.

Nous dédions ce mémoire

REMERCIEMENTS

Le présent travail est le résultat de notre effort certes, mais il n'aurait pas vu le jour sans la contribution de diverses personnes auxquelles nous tenons à exprimer notre profonde gratitude.

Nos remerciements s'adressent d'abord au Docteur NIYONKURU Apollinaire, Directeur de ce mémoire, pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé et pour avoir accepté de diriger ce travail. Sa rigueur scientifique et ses sages conseils nous ont permis de terminer cette difficile mais noble mission de recherche. La disponibilité avec laquelle il a dirigé ce mémoire restera pour nous un agréable souvenir.

Que notre gratitude parvienne à nos parents qui ont initié le projet de nous envoyer à l'école, pour leur compréhension, leurs doux et sages conseils qui ont façonné notre personnalité. Nous pensons aussi à notre épouse NDAYISENGA Divine pour son soutien moral et matériel.

Nos remerciements s'adressent ensuite à tous les Professeurs de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines en général, en particulier ceux du Département de Géographie, pour l'enseignement et le goût de la recherche qu'ils nous ont inculqués.

Nous tenons à remercier aussi, tous les enseignants de l'école primaire et secondaire qui ont contribué à notre formation.

Nous exprimons vivement notre reconnaissance aux familles NKURUNZIZA Prosper, MINANI Edouard, NZISABIRA Augustin, CISHAHAYO Dismas et HAKIZIMANA Déo pour leurs contributions tant morales que matérielles qu'elles nous ont apportées. Nous disons merci à tous ceux qui nous ont facilité l'accès à la documentation. Que ce travail fasse l'honneur à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à sa réussite.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF : Association Burundaise Pour le Bien Etre Familial

BPS : Bureau Provincial de Santé

CDS : Centre De Santé

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CRIDIS : Centre Universitaire de Recherche et d'Intervention pour le Développement Individuel Communautaire et Social

DPE : Direction provinciale de l'Enseignement

DSNIS : Direction de Système National d'Information Sanitaire

EDES : Enquête De Santé

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

ISTEEBU : Institut des statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi

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

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction

PVD : Pays en voie de Développement

TPC : Taux de Prévalence Contraceptive

U.B : Université du Burundi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Infrastructures sanitaire disponibles 15

Tableau 2 : Répartition des hôpitaux par province.....18

Tableau 3 : Evolution de l'effectif des médecins par province 19

Tableau 4: Evolution des infrastructures sanitaires hôpitaux.....20

Tableau 5 : Taux de prévalence contraceptive par province 32

Tableau 6 : Evolution de la surveillance prénatale.....35

Tableau 7: Mineurs mariés en 2008.....42

Tableau 8: Répartition des femmes de 12-49 ans et des naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge de la femme et selon le sexe de l'enfant..... 43

Tableau 9: Répartition des décès féminins de 12-49 ans survenus dans les ménages au cours des douze derniers mois par groupe d'âge au décès et selon la cause (grossesse, accouchement, avortement)..... 45

Tableau 10 : Répartition des grossesses non désirées en milieu scolaire selon le nombre de cas par province et par année scolaire..... 50

Tableau 11: Répartition des grossesses non désirées en milieu scolaire selon le nombre de cas par commune et par année scolaire..... 51

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Evolution du taux de prévalence contraceptive (TPC) (% de femmes de 15 à 49 ans)..... 28

Graphique 2: Evolution du taux d'accouchement dans les structures de soins 28

RESUME DE MEMOIRE

Notre travail de recherche est intitulé « CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DE LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE : L'ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTE REPRODUCTIVE ET SES IMPACTS AU BURUNDI ».

La santé reproductive surtout en matière des connaissances au niveau du globe en général et du Burundi en particulier est à l'origine de la forte natalité observée en grande partie dans les pays en voie de développement dont le Burundi fait partie. La sous information en santé de la reproduction est liée aux différentes barrières comme socio-culturelles et religieuses. Cette sous information peut être l'une des principales causes de l'augmentation des grossesses chez les adolescentes en milieu scolaire, ce qui peut contribuer à l'augmentation du taux d'abandon scolaire chez les jeunes filles ou à la croissance démographique. Au Burundi, le taux d'adhésion au planning familial et autres comme la surveillance prénatale et accouchement dans les structures de soin peuvent montrer l'état des lieux des connaissances des burundais sur la santé reproductive. En définitive, une structure solide et décentralisée avec une coalition des différents secteurs sont d'une grande importance pour la sensibilisation au changement de mentalité en santé de la reproduction.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES i

REMERCIEMENTS ii

SIGLES ET ABREVIATIONS iii

LISTE DES TABLEAUX iv

RESUME DE MEMOIRE v

TABLE DES MATIERES vi

INTRODUCTION GENERALE 1

0.1 : Problématique de la santé reproductive au Burundi 4

0.3. Choix et intérêt du sujet 7

0.4. Méthodologie du travail 8

0.5. Articulation 9

CHAPITRE I : GENERALITES 10

I.1. Des concepts 10

I.1.1. De la santé 10

I.1.2. De la santé reproductive 10

I.2. Système national de la santé 12

I.2.1. Infrastructures techniques 16

I.2.1.1. Centres de santé 16

1.2.1.2. Hôpitaux 16

I.2.2. Géographie des soins et des services de santé 20

I.2.3. Vers une géographie de la santé 21

I.3. Objectifs....22

I.3.1. Objectif général de l'étude....22

I.3.2. Objectifs spécifiques....23

CHAPITRE II. SANTE REPRODUCTIVE AU BURUNDI....24

II.1. Coût dans la santé reproductive à l'Etat du Burundi....24

II.2. Taux de planification familiale au Burundi....26

II.3. Avantages de la planification familiale et de la contraception....29

II.4. Modalités de mise en œuvre....33

II.5. Conditions de réussite et perspectives....34

II.5.1. Conditions de réussite....34

II.5.2. Perspectives....38

CHAPITRE III : CROISSANCE DE LA POPULATON DE 1990-2016 ET SES IMPACTS....39

III.1. Natalité au Burundi....40

III.2. Grossesses nombreuses et leurs impacts....40

III.2.1. Impacts démographiques....42

III.2.2. Impact environnemental....45

III.2.3. Impact sur le logement....47

III.2.4. Impact sur le foncier....48

CONCLUSION GENERALE....52

BIBLIOGRAPHIE....55

INTRODUCTION GENERALE

La population burundaise en particulier les jeunes, le Burundi de demain, rencontre beaucoup de problèmes de santé et surtout de santé reproductive.

Ils sont souvent mal informés ou négligent leur protection alors qu'ils sont menacés par des épidémies meurtrières comme par exemple le SIDA, les MST.

Les grossesses non désirées chez des jeunes physiquement et moralement immatures font une entrave pour leur avenir scolaire ainsi que la cohésion familiale.

La proportion des moins de 25 ans représente la tranche d'âge de la population la plus importante dans les pays en voie de développement en générale et au Burundi en particulier elle de 65% de la population selon le FNUAP.

Le recensement général de la population burundaise de 1990 estimait que les jeunes de 10 à 24 ans représentaient 1.549.808 sur une population totale de 5.292.793 soit 29,3%.[1] De plus, selon le FNUAP, 65%[2] de la population burundaise de 2014 étaient des jeunes de moins de 25 ans.

L'accroissement rapide de ce groupe d'âge est dû essentiellement aux taux de fécondité élevé. Ces jeunes qui deviendront des adultes et des parents de demains ont besoin d'informations et d'orientation pour le bon avenir du pays mais aussi de ces jeunes. Bien que l'âge au mariage tende à être reculé, il est aussi précoce.

[1] *Recensement général de la population burundaise*, 1990
[2] FNUAP, *Rapport sur la population burundaise*, 2014

La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994 et le Forum Africain sur la santé reproductive des adolescents organisé du 20 au 24 janvier 1997 à Addis-Abeba ont longuement étudié cette question actuellement préoccupante, en privilégiant les problèmes urgents qui concernent la santé reproductive chez les populations en générale et les adolescents en particulier.

Les jeunes d'aujourd'hui qui occupent la grande part de la population des pays en voie de développement dont le Burundi fait partie sont confrontés à des problèmes sérieux ; ces derniers sont liés à la reproduction, ce qui freine le développement des pays en voie de développement.

Les principaux problèmes auxquels ils sont confrontés sont :

- Les MST qui menacent leur appareil génital et reproducteur à cause de manque d'informations et de protection ;
- Le SIDA qui les menace dans leur survie avec un risque pour la progéniture ;
- Les grossesses inattendues et non désirées qui aboutissent souvent à un avortement illégal et clandestin avec un risque à la fois sur la santé et sur l'avenir scolaire et socio-professionnel des jeunes et des adolescents ;
- La grossesse et l'accouchement chez les filles pubères ont toujours entrainé des taux élevés de mortalité et de morbidité ;
- Les jeunes d'aujourd'hui entreraient dans la sexualité génitale bien plus tôt que leurs aînés.

Les jeunes d'aujourd'hui enterreraient dans la sexualité génitale bien plus tôt, ce qui a été vérifié par des enquêtes réalisées au Burundi depuis les années 1980 ; celle de NTIBANYIHA en 1985 auprès de 700 élèves des écoles secondaires de Bujumbura, dont « 350 filles âgées de 15 ans et plus montre que 52% »[3] de ces élèves ont déjà eu un rapport sexuel et cela en l'absence d'une méthode efficace de contraception.

Pour vérifier ces résultats, des recherches en ce domaine ont été faites. « La première de NTABANGANA sur « les connaissances, les attitudes, croyances et pratiques des élèves YAGAMUKAMA, face au SIDA » publié en octobre 1997 révèle que 35,6% des élèves de 5ème et 6ème années des écoles primaires et YAGAMUKAMA du diocèse de Gitega ont déjà connu des rapports sexuels, 20,7% et 19,8% respectivement en diocèses de Bujumbura et Bururi affirment la même chose. La seconde réalisée par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec la Banque Mondiale sur « l'évaluation des programmes de lutte contre le SIDA chez les jeunes scolarisés » publié en avril 1997 montre que 23% des élèves des classes de 5ème et 6ème avouent avoir déjà connu des rapports sexuels. Parmi ces « 23%, 47% » [4]les ont eu à moins de 12 ans.

Si les grossesses non désirées constituent un problème relativement connu chez les jeunes filles en milieu scolaire, il n'est pas facile d'identifier le niveau des MST chez les Burundais en général, et chez les adolescents et les jeunes en particulier. Les adolescentes essaient de cacher leurs grossesses, ce qui rend difficile l'appréciation de la fréquence des MST dans cette catégorie de la population.

---

[3] CRIDIS, *Etude sur les connaissances, les aptitudes et les pratiques des jeunes et des adolescents en santé reproductive et sexualité*, Bujumbura, 1998, P18.

[4] Idem

Cette difficulté est lieu au contexte socio-culturel et le poids de la tradition qui considère la sexualité comme un tabou, comme le souligne, MUJAWAYEZU, (A.), « Au Burundi, comme dans presque toutes les sociétés, la sexualité subit des contraintes. Tout ce qui est relatif au sexe est entouré d'une forte discrétion et quand il s'agit d'en parler, on utilise un langage voilé et implicite »[5], un comportement généralisé qui finit par ne pas permettre l'appréciation des risques rencontrés par les adultes en général et les jeunes en particulier en matière de leur santé reproductive.

Si l'information et l'éducation sont indispensables, elles n'influencent directement le comportement qu'à partir du moment où elles font prendre visiblement conscience de l'influence de comportement individuel sur la santé et où chacun dispose une volonté et d'une liberté suffisante pour en changer.

De nombreuses structures sanitaires et sociales peuvent cependant aider et encourager les gens à changer leurs comportements. Ces structures sont celles qui aident les gens dans le domaine des méthodes contraceptives, qui donnent des conseils en ce domaine, sans oublier celles qui pratiquent le dépistage et qui œuvrent dans la diffusion des préservatifs et les soins en particulier des MST.

0.1 : Problématique de la santé reproductive au Burundi

L'appareil sanitaire à différents niveaux doit agir dans l'optique de ralentir l'accroissement démographique, les grossesses non désirées, l'état d'abandon scolaire chez les filles, la sous information en matière de santé reproductive. Comme l'état de santé d'une personne est compromis par le milieu qu'elle habite, c'est sur ce milieu qu'il faut agir en vue de diminuer ou de supprimer ses manifestations les plus agressives. Il est évident que le domaine de santé en général et de santé reproductive en particulier intéresse toute personne.

---

[5] MUJAWAYEZU, A., *Représentation et attitude des paysans burundais face aux mères célibataires,* études menée dans la zone de Mugera (Cankuzo), mémoire, UB, FPSE, Bujumbura, 1988, p.31

Ici, l'intervention des spécialistes de la médecine est d'une grande importance du fait qu'il participe dans les soins et dans la prévention.

Les statistiques sur la santé ont pour objectif entre autre la connaissance de l'état de santé d'une population et la définition des déterminants de la santé. Elles servent également à appréhender les programmes d'action à faire pour mener des plans d'action d'urgence et enfin à évaluer les projets mis en œuvre.

L'état des connaissances sur la santé de la reproduction s'analyse par le pourcentage d'accouchement suivi par un personnel médical compétent dont un spécialiste, un généraliste ou toute autre personne ayant des compétences en gynéco-obstétrique et capables de diagnostiquer et de faire face à d'éventuelles complications. Ce personnel médical peut être un(e) infirmier(e), une sage-femme capable de donner des directives, des soins, et des avis nécessaires aux patientes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post natale et de s'occuper de nouveau-nés ou accoucheurs ayant une formation traditionnelle. Comme la santé reste un secteur qui intéresse le monde tout entier et le Burundi en particulier, ce dernier s'est joint au monde pour célébrer la journée internationale du planning familial.

En cette journée qui se célèbre le 06/10 de chaque année, le MSPLS a affirmé que le taux d'adhésion au planning familial reste faible au niveau national même si l'objectif du ministère est d'atteindre 50% en 2025. Selon le rapport du PNSR et de EDS 2010, l'évolution du taux d'utilisation de la contraception est de « 4% en 1990, 8,4% en 2005, 18,9% en 2010, 21,9% en 2011 et 40% en 2015. »[6]

[6] PNSR, *Rapport annuel,* 2015

Sur la liste des causes de faible taux d'adhésion au planning familial figurent : les barrières socio culturelles persistantes, les rumeurs, l'inaccessibilité géographique de certains centres de santé, mais aussi les centres de santé appartenant aux confessions religieuses qui n'autorisent pas la distribution des méthodes contraceptives.

A côté de ces obstacles cités, il ne faut pas passer à côté des cas d'insécurité qui limitent la continuation de certaines gens de consulter les centres en charge de la planification familiale. La Mairie de Bujumbura par exemple qui enregistre des abandons du système contraceptif suite à l'insécurité régnant dans certains quartiers de Bujumbura en 2015. Les données sont d'origine de l'ABUBEF située à JABE où près de 50% des bénéficiaires du planning familial ont abandonné le suivi depuis l'avril le mois correspondant au début des manifestations. D'après le chargé des soins à l'ABUBEF, avant le mois d'avril en 2015 nous enregistrons plus de 500 bénéficiaires par mois, mais pour les moments 250 à peine visitent le centre par mois.

Selon l'OMS, en matière de grossesse chez les adolescentes, « près de 16 millions de jeunes filles, âgées de 15 à 19 ans mettent au monde et 1million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année »[7], la plupart dans les PVD, les pays à faibles revenus ou moyens.

La même source affirme que l'on observe depuis 1990 une diminution de taux de natalité bien qu'irrégulière chez les adolescentes.

Mais, près de 11% des naissances dans le monde surviennent encore chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. La grande majorité de ces naissances (95%)[8] ont lieu dans les PVD dont le Burundi fait partie.

En rapport avec la problématique, il se pose deux questions :

---

[7] OMS, *La grossesse chez les adolescentes*, 2014
[8] OMS, Idem

- Les grossesses non désirées observées surtout en milieu scolaire ne sont-elles pas liées à la sous information ?
- Ces grosses n'ont pas d'impacts sur le poids démographique ?

0.2. Hypothèses de travail

Notre travail de recherche nous a fait tirer l'attention sur quelques hypothèses en vue d'arriver aux objectifs :

- La sous information en santé reproductive est à l'origine de l'augmentation des cas de grossesse en particulier dans le milieu scolaire,
- Les grossesses non désirées ont des impacts sur le poids démographique des zones dans lesquelles elles sont observées ;

0.3. Choix et intérêt du sujet

L'objet principal de ce travail est de faire une analyse sur la situation du Burundi dans le domaine de la reproduction et de dégager l'impact de cette dernière sur certains secteurs comme par exemple, l'économie, l'environnement, le logement, etc.

Notre étude présente un grand intérêt. Les raisons suivantes ont motivé le choix de ce sujet. Hormis que nous sommes dans la catégorie des personnes qui subissent les conséquences de la sous information en santé reproductive du monde entier, c'est-à-dire les jeunes, la problématique de santé reproductive reste d'actualité et l'information exacte sur son ampleur à l'échelle planétaire en général et au Burundi en particulier n'est pas facile à acquérir.

Aussi, nous avons voulu montrer que la santé reproductive qui parait mettre en échec la médecine sur son terrain de prédilection, intéresse également les sciences humaines et sociales, et que leur coalition peut être bénéfique notamment pour la réduction des cas de grossesses non désirées, et des infections comme MST ainsi que ses conséquences.

Enfin, Pour ne pas embrasser toutes les dimensions de ce domaine de santé de la reproduction, le présent travail vise entre autres objectifs la satisfaction de notre curiosité scientifique sur les impacts des grossesses nombreuses à l'Etat. Nous espérons que ce travail apportera aux institutions administratives et aux personnes auxquelles il est destiné, la réponse à leurs multiples interrogations et par là, contribuera à renforcer leur savoir-faire et leur savoir être vis-à-vis de la santé en général et surtout de la santé reproductive en particulier.

Pour bien répondre aux diverses interrogations de la population burundaise et de la jeunesse qui, est l'avenir du pays en particulier, mais aussi à ses besoins en matière de la reproduction, une préoccupation majeure pour les parents, les éducateurs, les autorités sanitaires et l'ensemble de toute la communauté s'avère très nécessaire pour éviter que les problèmes ci-haut cités se reproduisent.

0.4. Méthodologie du travail

Le présent travail résulte d'une documentation variée et des travaux de terrain. Malheureusement, le Burundi étant insuffisamment exploré en matière de santé en général et de la reproduction en particulier par les chercheurs géographes, les documents y relatifs sont plutôt rares. Nous avons utilisé les ouvrages généraux, les mémoires, les rapports sans oublier les différentes publications.

A côté de notre travail dans les bibliothèques universitaire, nous avons fréquenté les différents centres de documentation de la capitale. Pour ce faire, on cite l'ISTEEBU, Le FNUAP, le PNSR, etc.

En outre, notre travail de terrain s'est intéressé aux échanges avec différentes personnes, pères des familles, mères des familles et même les enfants des différentes familles, des différentes religions à l'aide d'un questionnaire (voir annexe), et des observations personnelles.

Consacrer une recherche sur la géographie de la santé se heurte à un manque de données. De même, les conditions, dont, financières par exemple ne favorisent pas un travail de terrain préalable à la collecte de données.

0.5. Articulation

En dépit de toute difficulté rencontrée, nous avons pu subdiviser notre travail en trois chapitres :

- Le premier se focalise au concept, et à l'organisation du système national de santé au Burundi ainsi qu'aux objectifs ;
- Le deuxième présente la santé reproductive au Burundi ;
- Le troisième présente la croissance de la population burundaise de 1990 à 2016 et ses impacts.

CHAPITRE I : GENERALITES

Ici, nous avons un double objectif. Premièrement, ce chapitre nous donne quelques éclaircissements sur certains concepts dont la santé et la reproduction. Deuxièmement, ce chapitre présente d'une façon générale le système national de santé au Burundi.

I.1. Des concepts

I.1.1. De la santé

« La santé est la vie dans le silence des organes »[9] telle que présentée par Clément MICHEL, l'idée de santé est en quelques sortes négative : Ne pas se sentir malade c'est simplement être en bonne état de santé. C'est aussi ne pas être en besoin de soins de santé pour un traitement quelconque. Toutefois, cette définition de la santé se révèle incomplète et vague. La définition la plus détaillée et la plus précise a été donnée par l'OMS. Cette dernière présente la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste non seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.[10]

De nombreux déterminants qui sont liés à la population, à l'environnement et à la reproduction sont en outre source de la santé. De ce fait, on conclut que l'état de santé de la population est fortement lié aux divers aspects de la vie économique et social, comme l'éducation, la culture et les loisirs, le travail, les revenus, l'habitat, l'alimentation et la nutrition, bien plus, les soins de santé jouent un grand rôle dans l'amélioration de l'état de santé de la population.

I.1.2. De la santé reproductive

[9] Clément MICHEL, *La consommation médicale des français,* note et étude documentaire n°4555-4556, la documentation française, Paris, 1980, p.90
[10] OMS, *La constitution de l'OMS,* Genève, 1948, p.3

Selon la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD), de 1999, par la santé de la reproduction, on entend « le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine en ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »[11].

Par-là, les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes, des techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, à la prévention et à la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine.

Ici, inclus les soins liés à la santé sexuelle qui ne doivent pas se limiter aux conseils et soins relatifs à la procréation et aux MST, mais aussi à l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles. De la sorte, la santé de l'enfant est considérée comme un volet prioritaire de la politique sectorielle de santé. La santé maternelle et infantile c'est-à-dire une planification familiale qui prend en compte les activités préventives, curatives et promotionnelles de la santé de la reproduction. Ainsi, la santé infantile reste toujours une composante essentielle de la santé reproductive.

Cette branche de la santé s'intéresse beaucoup à la procréation et donc au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie, à la santé sexuelle, à l'hygiène, ainsi qu'à tous les processus dont les fonctions, systèmes et mécanismes qui facilitent ou au contraire inhibent ou interdisent de la reproduction pour le couple ou l'individu.

Elle s'appuie notamment sur l'éducation sexuelle, le contrôle des naissances, la planification familiale et l'éducation des femmes. La santé reproductive comprend des aspects préventifs et curatifs.

[11] OMS, *Rapport pour la population,* 1999

Une réponse à l'amélioration de la qualité de vie, des relations interpersonnelles et des problèmes pouvant se poser dans le domaine de la santé reproductive, il faut renforcer les connaissances des journalistes, de la presse écrite et audiovisuelle dans le domaine de la santé reproductive qui, s'ils sont engagés peuvent incontestablement contribuer à :

- Accroitre les connaissances sur les questions de santé reproductive ;
- Favoriser une attitude propice au changement ;
- Stimuler le dialogue au sujet de la reproduction et de la sexualité au sein de la communauté ;
- Réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes faisant face à des problèmes de santé de la reproduction ;
- Impulser une demande pour l'information et les services en matière de la reproduction et de la sexualité ;
- Favoriser les réponses efficaces aux problèmes de reproduction et de sexualité.

I.2. Système national de la santé

Le système de santé au Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur trois niveaux dont : Le niveau central qui est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi-évolution. Ce niveau assure la fonction de régulation et de normalisation.

Le niveau intermédiaire quant à lui est composé de 18 bureaux provinciaux de santé (BPS) d'après le MSPLS de 2014. Ces derniers correspondent au niveau central déconcentré.

Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et l'appui aux districts sanitaires. Ce niveau correspond au deuxième niveau administratif qui est reconnu juridiquement.

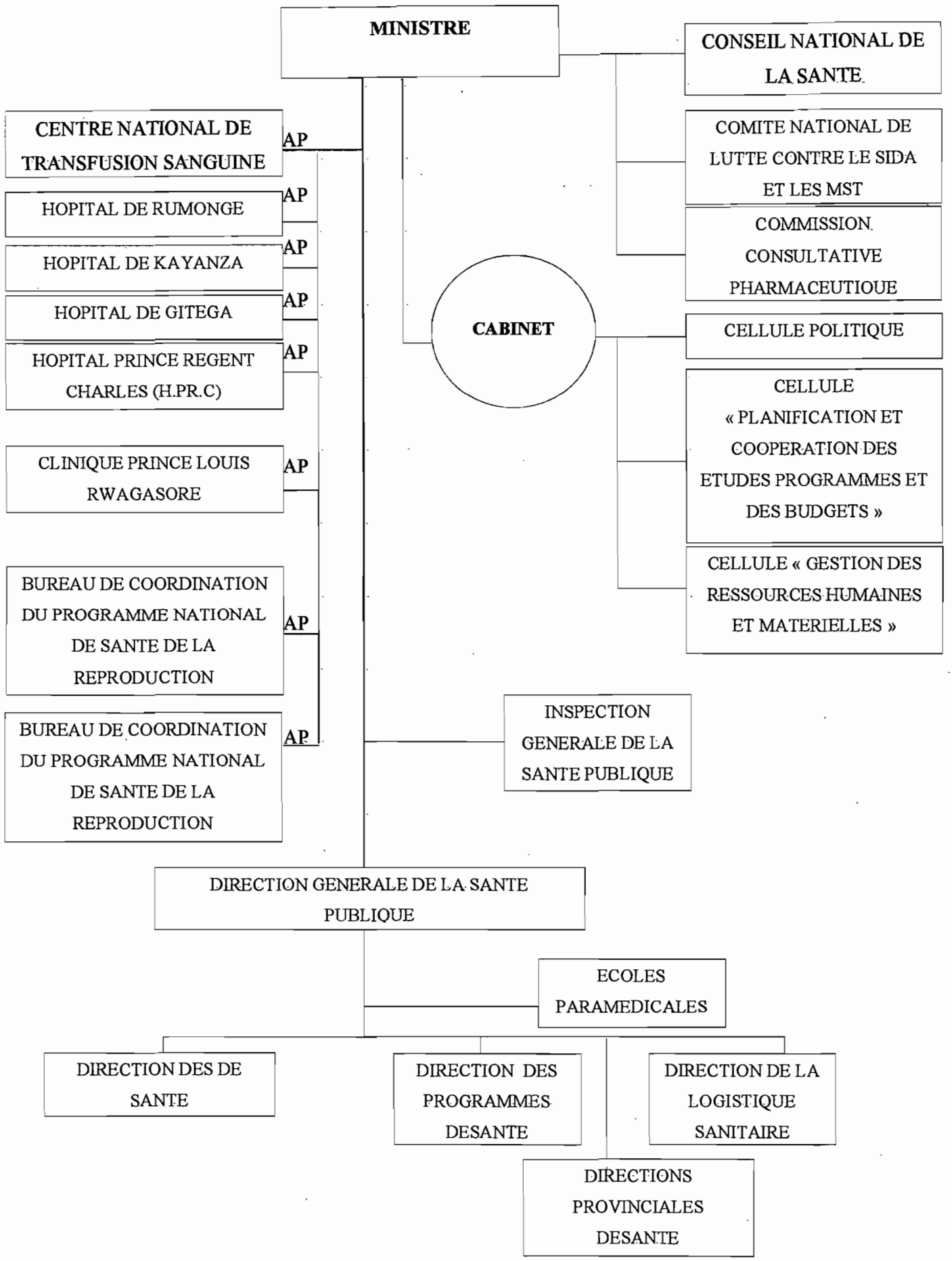
Le niveau périphérique enfin, avec 45 districts de santé, couvre « 44 hôpitaux d'Etat, 20 hôpitaux privés et 9 hôpitaux des confessions religieuses »[12] et 735 centres de santé répartis sur tout le territoire.

Un district sanitaire couvre deux à trois communes et correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune. Ce niveau intègre la participation communautaire qui est appliquée à travers la gestion des centres de santé par la mise en place des comités de santé et de gestion des centres de santé ainsi que les relais communautaires qui assurent l'interface entre le centre de santé et la communauté.

Selon le MSPLS, le Burundi comptait, en 2014, 955 centres de santé dont 546 de l'Etat, 276 des privés et 133 centres de santés qui sont agréés et appartenant aux confessions religieuses ou à des associations.

[12] MSPLS, 2014

Organigramme du Ministère de la Santé Publique et Lutte contre le SIDA



Selon les données de 2014 de ce même ministère, le Burundi compte 73 hôpitaux dont 44 appartenant à l'Etat, 20 aux privés et 9 hôpitaux appartenant aux confessions religieuses ou associations.

Tableau 1 : Infrastructures sanitaire disponibles

	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Secteur de santé	41	40	45	45	45	45	45	45	45
Centres de santé d'Etat	368	381	390	405	422	462	506	524	546
Centres de Santé Privés	246	247	268	280	300	344	345	373	276
Centre de santé agréés confessionnels ou associatifs									133
Centres de santé	614	618	658	685	722	806	851	897	955
Hôpitaux d'Etat	33	35	36	38	40	41	43	44	44
Hôpitaux agréés confessionnels ou associatifs									9
Hôpitaux privés	20	17	17	18	23	23	25	25	20
Hôpitaux	53	52	53	56	63	64	68	69	73

Source : MSPLS, EPISTA, 2014

Ce tableau montre que le secteur privé œuvre aussi dans le secteur de la santé en vue d'améliorer le bien-être de la personne humaine.

I.2.1. Infrastructures techniques

I.2.1.1. Centres de santé

Le centre de santé est la plus petite unité administrative ou opérationnelle dans laquelle un personnel qualifié avec différentes compétences travaille avec la communauté et les autres agences pour fournir des soins de santé essentiels en assurant : «

- L'éducation et l'information des adultes en matière de santé ;
- La santé maternelle et infantile y compris le planning familial ;
- La vaccination contre les principales maladies infectieuses ;
- La prévention et le contrôle des maladies endémiques locales ;
- La prise en charge approprié des maladies courantes et la fourniture des médicaments essentiels. »[13]

Mais aussi, le centre de santé procure les soins de santé de base dont les soins médicaux, santé maternelle et infantile et lutte contre les maladies. Il est en définitive le siège de l'action sanitaire.

1.2.1.2. Hôpitaux

Selon les données statistiques de 2014, le Burundi possède 73 hôpitaux dont 44 hôpitaux publics, parmi lesquels 5 hôpitaux sont des hôpitaux nationaux et 39 hôpitaux de district sanitaires. Sur la liste figurent aussi 9 hôpitaux agréés appartenant aux confessions religieuses et 20 hôpitaux privés.

Selon l'OMS, l'hôpital possède deux définition, la première définition est pratique, l'hôpital est desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers.

---

[13] OMS, *de la médioculté à l'excellence dans les prestations sanitaires,* série rapport technique, Genève, 1994, p.10

L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assurer : « L'hôpital est l'organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de médecine et de recherche biosociale »[14].

Grâce aux progrès de la médecine qui imposent la concentration du personnel qualifié et des équipements spécialisés, des institutions de haute technicité d'une part et la facilité de communication qui va de pair avec l'urbanisation d'autre part, l'hôpital joue actuellement un rôle considérable.

Avec un rôle de grande importance, le système hospitalier doit couvrir l'étendue géographique où vit la population et doit être rendu accessible à toutes les classes sociales du monde en général et du Burundi en particulier.

[14] OMS, op. cit, 1994

Tableau 2 : Répartition des hôpitaux par province

Province sanitaire	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bubanza	1	1	1	1	2	3	4	4	4
Bujumbura	3	2	2	5	5	5	5	4	5
Bururi	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Cankuzo	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Cibitoke	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Gitega	6	6	6	6	8	8	8	8	8
Karuzi	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Kayanza	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Kirundo	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Makamba	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Muramvya	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Mwaro	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Muyinga	1	1	1	1	1	1	3	3	4
Bujumbura-Mairie	12	12	12	12	15	15	15	15	17
Ngozi	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Rutana	4	3	3	3	3	3	3	3	5
Ruyigi	4	4	4	4	5	5	6	6	6
Total	53	52	53	56	63	64	68	69	73

Source *: Réalisé par l'auteur sur base du tableau des infrastructures disponibles par province*

Nous ne pouvons pas passer sans mettre l'accent sur les moyens humains, les ressources humaines disponibles s'évaluent en nombre de médecins pour l'information de la communauté en matière de la santé en générale et de santé reproductive en particulier.

Tableau 3 : Evolution de l'effectif des médecins par province

Province	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Bubanza	4	4	6	4	8	8	19
Cibitoke	4	4	6	4	9	9	13
Bururi	5	5	17	10	20	20	16
Makamba	2	2	5	13	16	16	21
Gitega	4	4	30	24	21	21	38
Karuzi	3	3	6	8	8	8	7
Muramvya	4	4	5	7	8	8	11
Muyinga	2	2	2	7	10	10	14
Kirundo	3	3	7	4	12	12	21
Ngozi	6	6	26	22	23	23	21
Kayanza	4	4	9	4	19	19	18
Cankuzo	4	4	6	6	7	7	7
Rutana	5	5	10	10	10	10	18
Ruyigi	8	6	8	7	18	18	17
Mwaro	3	3	5	5	8	8	14
Bujumbura	4	4	5	6	4	4	17
Bujumbura-Mairie	N.D	N.D	N.D	N.D	156	156	168
Total	**65**	**63**	**153**	**141**	**357**	**357**	**438**

N.D : Non disponible

Source *: MSPLS, 2014*

Ce tableau nous permet de nous rendre compte de la situation sanitaire d'une province à l'autre ou de l'accessibilité à un médecin.

Nous pouvons conclure qu'il y a des provinces qui sont en besoin de personnel soignant qualifié pour bien assurer ou informer toute personne en matière de santé en particulier dans la santé reproductive.

Tableau 4: Evolution des infrastructures sanitaires hôpitaux

Infrastructures (hôpitaux)	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Nombre d'hôpitaux dont :	53	52	53	53	63	64	68	69	73
Hôpitaux d'Etat,	33	34	36	36	41	41	43	44	44
Hôpitaux privés	20	18	17	17	22	23	25	25	29

Source : *réalisé par l'auteur en se référant au tableau de l'évolution des* infrastructures sanitaires

Subdivisé en différentes entités administratives, surtout communales, le Burundi se montre moins nanti en possession des hôpitaux jusqu'en 2014, ce qui entraîne l'inaccessibilité à l'hôpital par différentes classes sociales.

I.2.2. Géographie des soins et des services de santé

Ici, la grande question est donc de savoir si l'offre des soins et les ressources sanitaires sont équitablement distribuées, il s'agit ensuite de vérifier l'adéquation de cette offre de soins aux besoins de la santé de la population.

La première analyse cherche à mesurer la densité de l'appareil de soins, du personnel médical et tous les agents du système de santé.

Cette analyse relève la géographie des services et s'apparente à la géographie du commerce et de l'administration.

La plupart de ces démarches s'appuient sur la construction de modèle fondé sur la fréquentation des services de santé et sur le rôle décisif du couple « distance/temps »[15].

Les besoins de santé manifestent un état de manque motivé par des risques comme la maladie, la mort, des handicaps dont les douleurs, les troubles, malaise, etc. ou un sentiment de déficience, d'inadaptation et même de mal être.

En éliminant cette carence, épidémiologiste par exemple, sera entrain de répondre d'une certaine manière à la définition de la santé selon l'OMS, un état de bien être complet, physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité.

I.2.3. Vers une géographie de la santé

Par géographie de la santé, il faut entendre, « l'étude globale et spatiale de la qualité de la santé des populations et des facteurs de leur environnement qui concourent à sa promotion ou sa dégradation »[16].

Le concept de santé est mouvant, subjectif et même contingent. De ce fait, se poser la question de satisfaction des besoins de santé, c'est s'interroger sur la politiques de santé, sur son niveau d'efficacité et donc sur son échelle d'intervention.

La planification sanitaire et un souci d'injustice sociale conduisent l'Etat à adopter une politique nationale. Ainsi, l'Etat doit prendre des mesures en ce domaine de santé en général et de santé reproductive en particulier qui, ces dernières n'épargnent personne pour la bonne avancée du pays en général et des familles en particulier.

---

[15] Antoine S. Bailly, et al, les concepts de géographie humaine, 2 éd., Masson, 1991, Paris, Milan Barcelone Bonn, p.180

[16] Antoine S. Bailly, et al., op.cit., p.178

I.3. Objectifs

I.3.1. Objectif général de l'étude

L'étude a pour objectif général d'identifier le niveau d'information des burundais sur la santé reproductives pour aider les organes gouvernementaux et celui du Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le SIDA en particulier à l'élaboration d'un programme d'information, de l'éducation et de communication qui permettra aux burundais d'adopter des comportements sains et d'être responsables en matière de la santé reproductive, car, comme l'a dit Paul CLAVAL, « la connaissance des composantes de la forêt est la condition sine qua non de son appropriation »[17].

De ce fait, l'étude vise à analyser le niveau d'information de la population burundaise en matière de la santé reproductive.

En résumé, cette étude cherche à apprécier les connaissances dont disposent les burundais sur l'appareil reproducteur et ses fonctionnements pour leur bien-être général. La sous-information en ce domaine est à l'origine de la forte croissance démographique mais aussi peut être une cause de mortalité soit infantile ou maternelle dans les pays en voie de développement (PVD) en général et au Burundi en particulier avec des effets néfastes qui s'en suivent, comme l'affirme, NDEREYIMANA (A.),

«la pression démographique occasionnée essentiellement par le caractère nataliste des burundais est la cause principale de la faiblesse du revenu et du sous-emploi en milieu rural »[18].

---

[17] Paul CLAVAL, *Géographie culturelle*, Harman COLIN, Paris, 2009, VUEF, p.115

[18] NDEREYIMANA A., *Possibilités et opportunités de promotion artisanale dans un pays à pression démographique, le cas du Burundi*, Mémoire, UB, FSEA, Bujumbura, 1987, p.8

I.3.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Déterminer les connaissances de burundais en matières de santé reproductive ;
- Déterminer les connaissances en matière de droits et devoirs régissant la santé reproductive ;
- Déterminer l'appréciation des jeunes burundais en général et de la population en particulier du degré d'implication des parents et de la communauté dans l'éducation des jeunes dans le domaine de la santé reproductive ;
- Identifier les canaux et les sources d'information des jeunes, le Burundi de demain en matière de santé reproductive ;
- Déterminer la part des parents et des éducateurs en général en matière de l'éducation des jeunes en santé de la reproduction ;
- Proposer des stratégies d'intervention en matière de santé de la reproduction des burundais.

CHAPITRE II. SANTE REPRODUCTIVE AU BURUNDI

Le Burundi est confronté aux défis démographiques qui risquent d'hypothéquer ses efforts de développement socio-économique si des stratégies ne sont pas mises en place pour atteindre à un poids démographique qui ne fait pas problème au développement du pays.

A titre illustratif, « la densité moyenne de la population burundaise est aujourd'hui de 367 hab/km^2, l'indice synthétique de fécondité est de 6,4 enfants par femme. Le taux de prévalence contraceptive était de 34,3% en 2014 et 65% de la population sont des jeunes de moins de 25 ans. »[19] D'où la nécessité de privilégier les investissements dans les jeunes par un renforcement de leurs capacités en vue de susciter une transition démographique y compris des opportunités d'emplois et de travail décent pour les jeunes des pays en développement et du Burundi en particulier.

Pour tirer profit du poids démographique, le Burundi s'est engagé à mettre en œuvre des politiques visant à faire baisser la fécondité de six enfants par femme à trois enfants en 2025 et investir dans la jeunesse par des stratégies de planification familiale avec objectif d'améliorer la prévalence contraceptive jusqu'à 50% d'ici 2020, ainsi que l'amélioration des services de santé de la reproduction adaptée aux adolescents et aux jeunes.

II.1. Coût dans la santé reproductive à l'Etat du Burundi

La forte fécondité qui caractérise les PVD dont le Buruni fait partie est à l'origine de la rapide croissance démographique observée, ce qui fait que les capacités de production dans ces pays se détériorent sous l'effet de plusieurs facteurs dont la dégradation du sol, pénurie de l'eau et d'autres ressources ainsi que des pratiques agricoles inappropriées.

[19] PNSR, op.cit.

Suite à l'ampleur de cet impact, il est urgent que les décideurs politiques mettent l'homme au centre de leurs préoccupations.

Selon le FNUAP, au monde, sur 380 grossesses toutes les minutes, plus de la moitié ne sont pas désirées et 100 avortements sont recensés avec 50 morts en couches. En 2015, ont été enregistrées au Burundi 2424 jeunes filles qui sont tombées enceintes étant encore sur le banc de l'école.

Parmi ces jeunes, il y'en a qui se sentent obligées d'abandonner l'école ce qui constitue un frein pour leur avenir.

Non informées, certaines retombent plusieurs fois enceintes et ce, toujours précocement, sacrifiant leur bon avenir. Aidées par le FNUAP, avec le principe « l'éducation des jeunes par les jeunes à la santé sexuelle et reproductive : d'abord les études et non les grossesses ». Pour trouver solution à cette situation, le gouvernement du Burundi, à travers le MSPLS s'est investi dans l'amélioration de l'accès à l'information et au service de la santé reproductive par les jeunes et les adolescents mais aussi dans le renforcement de système sanitaire ainsi que l'information des éducateurs pour éviter les grossesses et les mariages précoces.

C'est ainsi que des jeunes pairs éducateurs ont été formés pour qu'ils prennent le flambeau, flambeau à relayer aux autres jeunes.

En effet, il n'y a pas de meilleure façon d'atteindre facilement les jeunes et de se faire comprendre par eux si ce n'est que par leur semblable. Les jeunes filles qui tombent enceintes sont souvent pointées du doigt et se replient sur elles-mêmes sans aucune aide et sans aucune information ce qui peut causer la mort de la jeune fille ou l'avortement de cet enfant.

Des centres de santé amis des jeunes ont été créés afin que les jeunes s'y dirigent au moins une fois la semaine pour bien échanger étant jeunes avec les jeunes pairs éducateurs bien formés en matière de santé de la reproduction.

Pour que la population burundaise en générale et la jeunesse en particulier restent informées, le gouvernement burundais avec l'aide du FNUAP a rendu fonctionnel 8 centres de santé amis des jeunes à Muyinga. Ainsi, 125.833 jeunes burundais ont bénéficié des services dans ces centres de santé amis des jeunes.

De plus, l'Etat burundais se montre intéressé par la maitrise de la croissance démographique, par le fait que les capacités des éducateurs du ministère en charge de l'éducation ont été renforcées pour encadrer les activités de lutte contre les grossesses en milieu scolaire.

Ainsi, l'élève burundais de $7^{ème}$, $8^{ème}$, et $9^{ème}$ de l'école fondamentale a un manuel scolaire contenant les informations sur la santé reproductive adaptée à son âge.

De cette contribution de l'Etat avec des appuis extérieurs en revanche le FNUAP, des améliorations sont observées. Les données collectées pour l'année 2016 illustrent cette amélioration. Alors qu'en 2015, les cas de grossesses chez les jeunes filles à l'école s'estimait à 2424 soit 761 filles de l'école primaire et 1663 de l'école secondaire, pour l'année 2016 les jeunes filles qui sont tombées enceintes en milieu scolaire sont à 2208 soit 1519 à l'école fondamentale et 689 au post-fondamental soit une diminution des grossesses en milieu scolaire d'environ 10%/an.

II.2. Taux de planification familiale au Burundi

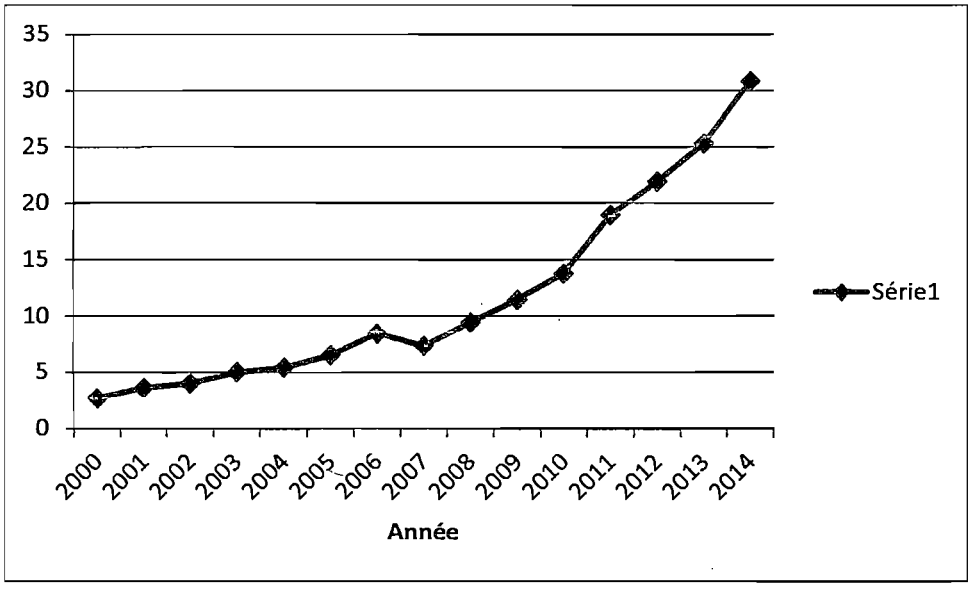
Au Burundi, la politique de la planification familiale n'a pas encore atteint les objectifs visés. Toutefois, les résultats affichent des avancés depuis 2000 jusqu'en 2014. Sur cette période, le taux de prévalence est passé de 2,7 à 34,3

selon le PNSR. Mais, il reste aussi à faire pour arriver à l'objectif visé qui situe la prévalence entre 55 et 60% en 2015. Il est noté dans un document du plan d'accélération de la planification que la maitrise de la démographie constitue un défi majeur pour un pays où 90% de la population vivent de l'agriculture.

La difficulté majeur causée par la non maitrise de la natalité pour ces pays à majorité dominée par des agriculteurs se manifeste par la rareté des terres cultivables qui, entrainent l'occupation permanente définitivement caractérisé par des rendements médiocres entrainant des famines.

Le même document indique que d'ici 2025, il se remarquera une réduction à 40% des terres arables. De plus, il s'affiche une augmentation des conflits fonciers qui représentent 80% des plaintes au niveau judiciaire. Selon le directeur du PNSR, Dr. Juma NDEREYE, le Burundi se montre exceptionnel du point de vue évolution dans ce secteur de planification familiale. Cela s'explique par le fait qu'en moyenne le Burundi enregistre une évolution du taux de prévalence contraceptive de 3% chaque année au lieu de 1,5% et il s'est enchanté de cette évolution. Ledit Directeur affirme qu'il y'a même des années où le Pays enregistre un taux égal à 5%.

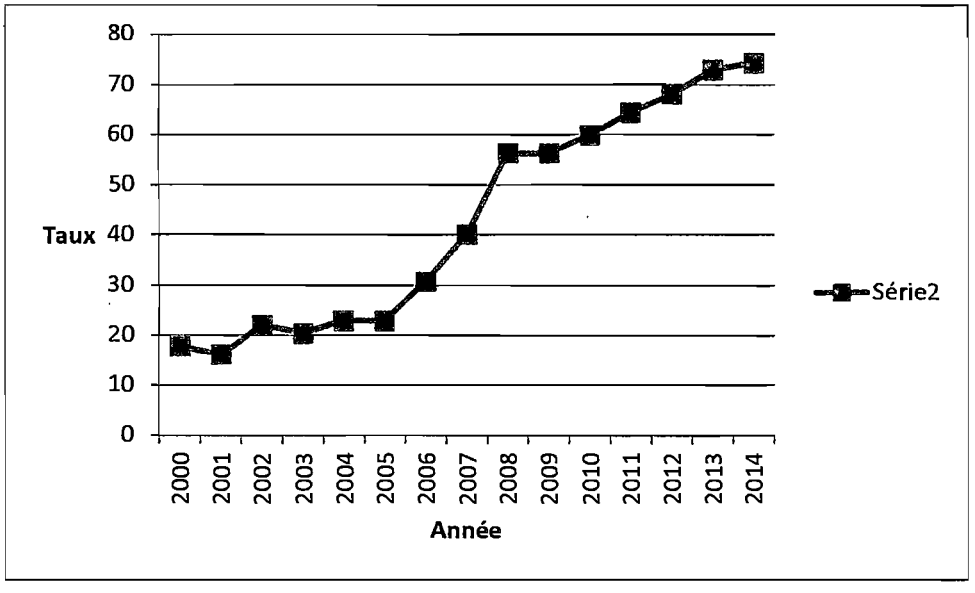
Graphique 1: Evolution du taux de prévalence contraceptive (TPC) (% de femmes de 15 à 49 ans)



Source : MSPLS: Rapport annuel du PNSR, 2014

Même si il s'affiche des évolutions, les objectifs de l'Etat ne sont pas encore atteints.

Graphique 2: Evolution du taux d'accouchement dans les structures de soins (2000-2014)



Source : *MSPLS: Rapport annuel du PNSR dans les structures de soins, 2014*

II.3. Avantages de la planification familiale et de la contraception

- Prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes, elles limitent les grossesses non désirées chez les femmes en générale et les risques de décès chez les femmes âgées.
- En réduisant les taux de grossesses non désirées, ces éléments ci-haut écris permettent de limiter le besoin de faire recours aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- La réduction de la mortalité infantile ;

Ici la planification familiale peut prévenir les grossesses et les naissances trop rapprochées qui affaiblissent la santé de la mère et survenant à un moment inopportun qui contribuent à l'élévation des taux de mortalité les plus élevés au monde.

Les nourrissons dont les mères décèdent lors de l'accouchement, courent également aux risques plus élevés de décès et de santé médiocre.

- Contribuer à prévenir le VIH/SIDA ;

La planification familiale réduit le risque de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, ce qui permet de diminuer le nombre de bébés infectés et d'orphelins.

Les préservatifs féminins et masculins assurent une protection double à savoir, contre les grossesses non désirées et les MST y compris le VIH.

- Donner aux populations les capacités d'agir et renforcer l'éducation ;

Ici la planification familiale permet aux populations de faire des choix en toute connaissance de cause en matière de santé sexuelle. Elle représente pour les femmes une chance d'améliorer leur niveau d'études, étant donné que beaucoup

de filles abandonnent leurs études suite aux grossesses non désirées, elle leur permet aussi de participer à la vie publique.

De plus, le fait d'avoir moins d'enfants permet aux parents d'investir davantage dans chaque enfant. Les enfants qui ont moins de frères ou de sœurs sont généralement scolarisés plus longtemps que les autres ;

- Réduire les grossesses chez les adolescentes, les adolescentes qui sont enceintes sont davantage susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou d'un faible poids à la naissance.

Les taux de la mortalité néonatale sont plus élevés chez les bébés dont les mères sont des adolescentes. La grande part de ces adolescentes sont obligées d'abandonner leur scolarité ou de faire de mariage précoce lorsqu'elles tombent enceintes. Cela a des conséquences sur la vie en tant qu'individu mais aussi sur leurs familles et leur communauté.

- Ralentir la croissance démographique ;

La planification familiale est essentielle pour le ralentissement de la croissance démographique qui n'est pas négligeable dans les pays en voie de développement en général et au Burundi en particulier.

Elle est aussi essentielle pour ralentir les conséquences négatives pour l'économie, l'environnement et les efforts de développement au niveau national qui résultent de la croissance démographique. Les barrières qui freinent l'accroissement rapide de planification familiale sont d'après le MSPLS, par son Programme National de santé de la reproduction :

- ❖ Le niveau bas d'éducation de la population burundaise ;
- ❖ L'acceptation non rapide des services de santé de manière générale et de planification familiale en particulier ;

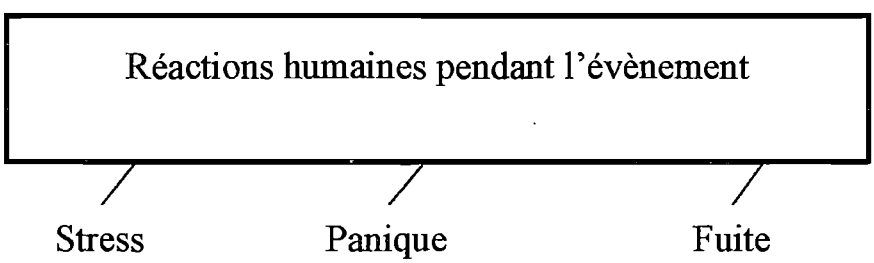
- ❖ Les contraintes liées aux domaines socio-religieux et culturel.

Les connaissances sur la santé reproductive de la population burundaise s'explique par :

- ❖ Le taux de prévalence contraceptive par province ;
- ❖ La répartition des grossesses chez les jeunes par année scolaire et par cycle d'études ;
- ❖ L'évolution du taux de prévalence contraceptive pour les femmes de 15 à 25 ans.
- ❖ L'évolution du taux d'accouchement dans les structures de soins ;
- ❖ L'évolution du nombre d'avortements ;
- ❖ L'accouchement suivi dans les centres de santé ;
- ❖ L'évolution de la surveillance prénatale et même post natale ;
- ❖ Le taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 qui était de 11% en 2010 et 77,8% en 2015.

Représentation des risques et actions

Représentation et action



Dans la représentation des conséquences de l'évènement qu'a l'individu et la confiance qu'il a dans les prévisions de celle-ci, quatre comportements se distinguent[20] :

- La négation du risque ;

[20] Antoine S. BAILLY et al., *Les concepts de la Géographie Humaine*, 2 éd., Masson, 1991, Paris Milan Barcelone Bonn, p.181

- L'acceptation facile de l'évènement éventuel ;
- La volonté de prendre des mesures de contrôle ;
- La fuite.

Tableau 5 : Taux de prévalence contraceptive par province

Province	**T.P.C**
Ngozi	62,3
Ruyigi	53
Bujumbura-Mairie	42,7
Muyinga	41,4
Kirundo	34,8
Makamba	34,7
Bubanza	33,9
Cankuzo	33,1
Karusi	32,5
Kayanza	31,1
Cibitoke	30,8
Bururi	27,4
Rutana	27,2
Muramvya	21,4
Gitega	19,9
Bujumbura	18,5
Mwaro	16,1

Source : *MSPLS, Rapport Annuel du PNSR, 2014*

II.4. Modalités de mise en œuvre

Le Burundi est plus que jamais, conscient de la gravité des défis démographiques et de la nécessité d'en tenir compte dans les politiques de développement car la situation démographique d'aujourd'hui est une contrainte forte sur les plans de développement ainsi que sur l'environnement. « L'industrialisation est une nécessité pour un pays dont l'essor démographique est si impressionnant et dont les terres arables sont si petites. »[21]

C'est ainsi que le gouvernement du Burundi a entrepris un plan de développement se centra sur 8 piliers appelés « vision Burundi 2025 ».

Sur ce plan, le Burundi s'intéresse d'avantage sur le cinquième pilier portant sur la démographie.

Ce plan stipule qu'en 2025 le Burundi sera une nation unie, solidaire et en paix ; un pays battu sur une société de droit avec un patrimoine culturel riche, une économie prospère au service du bien-être.

Le Burundi s'intéresse beaucoup de la maîtrise de la croissance démographique car elle constitue un défi majeur pour le Burundi du fait qu'elle exerce une pression sur les meugles ressources naturelles et financières mais aussi au niveau des infrastructures socio-économiques.

La fécondité élevée aux pays en développement et surtout au Burundi est à l'origine d'un poids démographique élevé avec 45% de jeunes de moins de 15 ans au Burundi et 56% de la population du Burundi ont moins de 20 ans. Cette situation explique la multiplication des besoins dans les secteurs de la scolarisation, de la santé des enfants et des adolescents, de l'emploi et de la protection sociale etc.

---

[21] V. Prévot. Op. Cit., p.55

Pour ce faire, le gouvernement du Burundi en collaboration avec le FNUAP sensibilise les jeunes en général par l'intermédiaire des paires éducateurs formés pour bien sensibiliser cette jeunesse l'avenir du pays. Mais aussi l'Etat essaie de renforcer les connaissances en santé reproductive chez les enseignants en général et ceux de l'école fondamentale en particulier pour bien faire l'encadrement des jeunes en vue de pallier aux défis de la démographie.

II.5. Conditions de réussite et perspectives

D'après le Directeur du PNSR, les problèmes liés la santé reproductive peuvent être à l'origine de nombreux défis au Burundi, si rien n'est fait, le Burundi court à la catastrophe.

II.5.1. Conditions de réussite

D'après le MSPLS à travers son Programme National de la Santé Reproductive, en regardant de près les indicateurs dans le cadre de la santé reproductive en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant, le ratio de mortalité maternel au Burundi est parmi les plus élevés au monde.

Comme l'indique le Directeur du PNSR, 500 décès pour 100.000 naissances vivantes sont enregistrés au Burundi. Par comparaison, ce ratio est de 3 décès pour 100.000 naissances vivantes dans les pays européens comme la Suède alors que certains pays africains comme la Tunisie enregistrent 45 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Mais aussi, en regardant d'autres indicateurs comme ceux en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant, le Burundi enregistre un taux de mortalité infantile très élevé.

En référence à la malnutrition chronique, le Burundi a un taux de retard très élevé car, selon le MSPLS, 58% des enfants burundais âgés de moins de 5 ans développent une malnutrition chronique pouvant compromettre le

développement de leurs cerveaux et par conséquent leurs performances intellectuelles à l'avenir.

En ce qui est de la santé reproductive, le Burundi dispose des atouts sous forme d'intervention pouvant aider à accroître l'état de la santé de la mère et de l'enfant.

Le Burundi pourrait éviter l'échec de la politique de santé reproductive en s'appuyant sur une bonne conduite du programme national de planification familiale, car il s'est avéré que la PF est capable de réduire la mortalité à 30% pour signifier qu'une femme sur trois qui décèdent peut être sauvée si le pays met en œuvre un programme cohérent.

Tableau 6 : Evolution de la surveillance prénatale

Spécification	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grossesses attendues	367956	347329	385852	397087	409318	432373	442750	453376
1ère consultation prénatale	365662	402671	345029	333838	453239	476798	467798	511661
Grossesses à risque	115058	111031	-	-	-	162104	135654	145405
2ème consultation prénatale	236822	262163	317084	312632	323500	384944	377832	392299
3ème consultation prénatale	167127	199529	258251	242539	270369	359618	269762	274160
4ème consultation prénatale	-	-	-	-	270369	359618	183254	114344
Femmes à problèmes	54935	51010	10215	-	29267	20064	10322	80397
Femmes référées ailleurs	-	25066	-	-	-	11539	22074	10694

Source : *MSPLS*

Ce tableau montre une bonne évolution de l'attachement à la surveillance prénatale, ce qui témoigne un bon pas en avant en matière des connaissances sur la santé en général et la santé reproductive en particulier. Considérant l'année 2006 sur 367956 grossesses attendues, 365662 se sont dirigées vers les structures de soins pour la première consultation prénatale soit 99,3% des grossesses attendues.

Pour les autres années dont 2007 et 2010 par exemple, le pourcentage de femmes attendues venir faire la première consultation prénatale a été dépassé, sur 347329 grossesses attendues, sont présentées 402671 femmes, soit un surplus de 15,9%.

Tout ceci montre des avancés dans le domaine des connaissances sur la santé et surtout la santé reproductive.

En dépit de la bonne compréhension du PF par la population Burundaise, certaines barrières socio-culturelles restent encore une entrave, pour effacer ce défi en matière de santé reproductive, dans la mesure où beaucoup parmi la population Burundaise n'ont pas le courage de transgresser les interdits, entraînant aussi l'aggravation de la mortalité maternelle.

L'investissement dans la vaccination des enfants en bas âge les protège contre les maladies très meurtrières au cours de la tendre enfance.

Certes, les mères réagissent au phénomène de décès de beaucoup d'enfants en bas âge en concevant de nouvelles grossesses jugées en risque. Mais, un tel comportement ne résout malheureusement ni la problématique de santé reproductive, ni la question de planification.

En conclusion, les énormes défis en santé reproductive en général et en matière de planification familiale en particulier au Burundi ne seront levés qu'au prix d'un fort engagement politique des hautes autorités de ce pays appuyées par un partenariat public-privé fort, soutenu par une prise de conscience des

bénéficiaires, des communautés et des prestataires engagés pour la bonne santé des citoyens et pour le développement durable.

En quelques mots, pour bien atteindre aux objectifs en ce domaine, il faut :

1. La volonté des décideurs politiques : Pour atténuer les impacts d'un fort accroissement démographique en termes d'effets sur l'ensemble des secteurs de la vie du pays, il faut la volonté de tout décideur politique. L'engagement politique est un facteur clé dans la mobilisation des ressources tant nationales que d'origine extérieur pour la sensibilisation au changement de mentalités en matière de la santé reproductive. Cet engagement doit être total et présent à tous les niveaux.
2. La participation des populations : l'engagement des communautés en tant qu'acteurs est une des conditions premières d'atteindre aux objectifs contre la forte croissance démographique.
3. L'analyse des facteurs exogènes : Des facteurs exogènes comme par exemple la guerre ou bien une crise politique peut constituer un facteur aggravant la situation de la croissance démographique des pays en développement de façon général et du Burundi en particulier. Au Burundi c'est le cas notamment des manifestations de 2015 qui a fait régresser le nombre des adhérents au planning familial comme le souligne la croix rouge en collaboration avec l'ABUBEF à Bujumbura.
4. Tenir compte de la part des comportements : Une prévention efficace contre la forte fécondité devrait notamment se traduire par un changement de comportement surtout dans le domaine de la sexualité. Or, au Burundi, l'évolution du comportement est très lente si bien que des comportements à risque pourraient continuer à être observés dans l'avenir.
5. Tenir compte des capacités d'absorption : le niveau du financement du PNSR, constituerait un atout. Mais dans ce type de programme, il y a lieu que les diverses activités atteignent des faibles niveaux de taux de réalisation. La

capacité d'absorption dépendra largement des efforts fournis du point de vue renforcement des ressources humaines, des capacités de la structure de coordination et des structures décentralisées de sensibilisation de la population burundaise en matière de santé de la reproduction.

II.5.2. Perspectives

Dans le but de diminuer, les taux de natalité, les taux d'abandon scolaire chez les jeunes filles mais aussi de lutter contre l'encombrement des tribunaux suite aux conflits fonciers, les activités d'information, l'éducation et communication arriveront à réduire les comportements à risque.

Ces activités concernent particulièrement les groupes tels que : les jeunes, les femmes en âge de procréer, les mères et pères des familles, etc.

Pour les personnes en situation de grossesse en générale et grossesse non désirée en particulier, il faudra renforcer les capacités de prise en charge psycho-sociale pour éviter des mortalités infantiles et maternelles ainsi que des mariages précoces.

Dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles, de gestion et de l'évaluation du PNSR, le système de collecte des données en matière de santé reproductive doit être opérationnel.

Cela dans l'objectif de mettre à la disposition de la direction du système national de d'information sanitaire (DSNIS) une banque de données sur l'état de la santé en général et surtout de la santé reproductive.

Enfin, la réussite de planning familial réduirait le poids du crédit budgétaire de l'Etat à l'intérêt de la santé publique, et partant le poids démographique et ses impacts sur les efforts du développement économique du pays.

CHAPITRE III : CROISSANCE DE LA POPULATON DE 1990-2016 ET SES IMPACTS

L'examen des problèmes de la population doit se baser sur le fait que l'homme est le facteur décisif du progrès social et économique et ce n'est que dans cette optique d'observation que l'on pourrait établir des conclusions réalistes en rapport avec les interventions, combien complexes, des facteurs positifs du développement.

La résolution des problèmes de population relève du développement continu des forces de production. Nourrir et soigner, éduquer et former, assurer l'emploi et le logement traduisent des besoins liés au bien-être social de tout citoyen.

Selon le recensement de 1990, la population du Burundi s'évaluait à 5.356.267 habitants, la population aurait enregistrée un accroissement moyen global de 2,28% par an entre 1990 et 2008, avec des variations plus ou moins marquées par province.

A titre illustratif, la Mairie de Bujumbura enregistrait un taux d'accroissement de 4,2% et la province de Makamba avec 3,6% par an. Ces disparités peuvent être expliquées par certains phénomènes dont la migration par exemple ou le rapatriement en province Makamba.

Cinq provinces présentent l'accroissement démographique le plus important supérieur à 10.000 personnes en moyenne par an. Il s'agit des provinces suivantes :

Avec une population qui s'évaluait à 8.038.618 personnes d'après le recensement de 2008 et une population de 11.009.298 personnes selon l'estimation de 2016, la population burundaise enregistre un accroissement de 2.970.680 personnes, soit 371.335 personnes par an donc un taux d'accroissement de 0,125 par an.

III.1. Natalité au Burundi

Le taux de natalité est plus élevé dans les pays en voie de développement en général et au Burundi en particulier ; ce qui influence l'accroissement naturel. Au niveau planétaire, on estime à une dizaine de millions le nombre des hommes qui vivent l'âge de la pierre taillée, c'est-à-dire des hommes avec une mentalité que l'enfant est une richesse pour la famille.

La forte natalité au Burundi est à l'origine de la croissance démographique. La révolution démographique résultant de la réduction de la mortalité grâce à la révolution sanitaire a commencé en Europe au XX^{ème} siècle et elle s'est répandue à toute la planète.

Pour cette raison, pour diminuer les conséquences qui peuvent être causées par cette natalité élevée sur notre planète en général et au Burundi en particulier qui, d'après l'enquête de l'ISTEEBU de 2014, le Burundi enregistre un taux de natalité de 43,87 pour mille naissances, certaines politique antinatalistes sont envisagées.

Ici on cite par exemple, la sensibilisation de la population à l'utilisation des méthodes pouvant diminuer les chances de fécondité chez les gens en âge de procréer, pour éviter que cette humanité soit condamnée à la misère comme l'affirme, Malthus : « une humanité trop nombreuse serait condamnée à la misère et à la faim ».

Pour ce fait, il faut planifier les naissances en général et au Burundi en particulier pour les maintenir au niveau des substances.

III.2. Grossesses nombreuses et leurs impacts

Au cours des deux dernières années scolaires, « 268 jeunes filles du primaire et secondaire ont abandonné leurs études suite aux grossesses non désirées. Le DPE Ruyigi affirme que durant l'année scolaire 2012-2013, 117 élèves du

secondaire ont arrêté les études à Ruyigi. La cause étant les grossesses non désirées.

Au cours de l'année scolaire 2011-2012, les effectifs s'élevaient à 109 élèves du secondaire et 42 élèves du primaire. Ça devient un problème sérieux : souligne le DPE Ruyigi en 2013 ».

D'après le même DPE, le taux de réussite continue de baisser tandis que celui d'abandon lui augmente.

Selon les statistiques sanitaires mondiales de 2014, « le taux de natalité moyen chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est de 49/1000. Les taux par pays vont de 1 à 299 naissances pour 1000 jeunes filles, les taux les plus élevés étant enregistrés en Afrique subsaharienne où se situe le Burundi.

A cause de ces grossesses, les jeunes filles subissent parfois des pressions sociales pour se marier, et une fois mariées, pour avoir des enfants tôt, ce qui ne manque pas de conséquences sur le poids démographique en général et le développement des PVD en particulier. Dans ces derniers, plus de 30% des jeunes filles se marient avant l'âge de 18 ans et près de 14% avant l'âge de 15 ans »[22].

Au Burundi, cette situation a été vérifiée par le professeur Joseph NDAYISABA en 2011 dans, «les comportements négatifs et les antivaleurs en milieu scolaire : cas du Burundi », à travers différents tableaux dont celui des mineurs mariés en 2008 par exemple.
Selon les données de l'ISTEEBU, il s'observe d'année en année, des répartitions des naissances vivantes par tranche d'âge.

[22] OMS, op. cit.

Tableau 7: Mineurs mariés en 2008

Age	Garçons mariés	Filles mariées
10 ans	3,3	5,7
11 ans	3,2	5,2
12 ans	3,2	5,3
13 ans	3,3	5,1
14 ans	3,4	5,2
15 ans	5,9	6,2
16 ans	4,3	7,2
17 ans	5,1	11,1
18 ans	7,2	23,6

Source : *« Les comportements négatifs et les antivaleurs en milieu scolaire : cas du Burundi » ; par Prof. Joseph NDAYISABA, Août 2011.*

Ce tableau montre que 6% des jeunes filles de 10 à 16 ans étaient mariées en 2008.

III.2.1. Impacts démographiques

Plusieurs études menées sur différents continents ont montré que, retarder les naissances chez les adolescentes permettrait de réduire sensiblement le taux de croissance démographique et de générer ainsi de grands avantages économiques et sociaux sans ignorer l'amélioration de la santé des adolescentes.

Partant de la répartition des grossesses en milieu scolaire, des multiples conséquences peuvent être observées chez les adolescentes à cause de ces grossesses, comme par exemple un taux d'abandon scolaire élevé chez les jeunes filles.

De façon générale, un taux élevé de grossesses chez les jeunes filles contribuent à la croissance démographique, à la dégradation du climat social mais aussi à la diminution du taux de scolarité chez les jeunes filles.

Tableau 8: Répartition des femmes de 12-49 ans et des naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge de la femme et selon le sexe de l'enfant

Groupe d'âge de la femme	Naissances vivantes masculines	Naissances vivantes féminines	Naissances vivantes totales	Effectif des femmes
12-14	981	1110	2091	232603
15-19	7855	8416	16271	504648
20-24	37699	40674	18373	405830
25-29	38579	40289	78868	301310
30-34	26051	27598	53649	203614
35-39	20570	21554	42124	185379
40-44	10427	10937	21364	149678
45-49	4656	4742	9398	133780
Total	146818	155320	302138	2 207 482

Source : *ISTEEBU, TABLEAU DES STATISTIQUES, 2011*

Ce tableau affirme le constat de l'OMS qui, selon cette organisation, la plupart des grossesses de bas âge c'est-à-dire une fécondité élevée chez les jeunes filles adolescentes s'observe dans les PVD dont le Burundi fait partie.

Comme le montre ce tableau, les tranches d'âges (12-14 et 15-19) mettent au monde un nombre non négligeable d'enfants alors que ces tranches d'âge devraient être sans doute sur le banc de l'école, ce qui ne manque pas de conséquence sur leur avenir, l'économie du pays et surtout sur la croissance démographique.

Ici, on note des naissances vivantes sans oublier qu'il y en a beaucoup qui meurent pendant l'accouchement, avant ou après ou les jeunes filles qui meurent

pendant l'accouchement en général suite à ces grossesses en bas âge jugées à risque.

A titre illustratif, avec un total des naissances vivantes de 18362, sur les 283776 naissances vivantes qu'on peut qualifier de naissances voulues, il s'ajoute 18362 naissances qualifiées de non désirées, soit une contribution à la croissance démographique de 6% par an.

Toutefois, les grossesses à ces tranches d'âge, contribuent aussi à l'aggravation du taux de mortalité infantile et maternel dans les pays à faible revenu qui regroupent le Burundi.

Tableau 9: Répartition des décès féminins de 12-49 ans survenus dans les ménages au cours des douze derniers mois par groupe d'âge au décès et selon la cause (grossesse, accouchement, avortement)

Groupe d'âge de la femme	Pendant la grossesse	Pendant l'accouchement	Suite à l'avortement/fausse couche	Dans 6 semaines suivant l'accouchement
12-14	6	5	-	1
15-19	8	16	4	9
20-24	9	30	12	15
25-29	9	18	7	11
30-34	6	19	7	16
35-39	7	15	5	8
40-44	1	12	2	4
45-49	3	4	2	1
Total	49	119	39	61

***Source** : ISTEEBU : Tableau des statistiques, 2011*

En analysant ce tableau, les groupes de bas âge et ceux de l'âge avancé sont des groupes dont les grossesses sont à risque.

De plus, près d'un million de jeunes filles deviennent des femmes qu'on peut dire immatures, ce qui cause de grand problème sur leur vie et surtout leur vie sociale du fait que ces jeunes filles sont stigmatisées et qu'elles sont considérées comme des femmes sans tenir compte de leurs âges.

III.2.2. Impact environnemental

D'après le FINUAP, l'avenir de la population est intimement lié à celui de la terre. Dans les pays en voie de développement dont le Burundi, beaucoup de gens quittent les zones rurales pour s'installer en ville.

Au Burundi, selon la VOA en collaboration avec les démographes, il s'ajoute tous les deux ans 4000 hommes sur les populations des collines environnantes de la ville de Bujumbura.

Ici, on donne comme exemple la colline SORONEZO qui accueille un nombre élevé d'immigrant suite au prix du loyer des maisons d'habitation qui est faible par rapport aux autres quartiers.

De ce fait, l'urbanisation croissante devient un véritable problème des villes. Dans les PVD comme au Burundi, les villes connaissent de graves problèmes qui menacent la santé du fait de manque d'infrastructure pour couvrir les besoins croissants. Ici les conséquences sont :

- Contamination de l'air et de l'eau ;
- Volume des déchets qui dépasse les capacités d'évacuation des villes.

Au nombre des déplacés pour des besoins vitaux, il faut ajouter ceux que le FINUAP appelle des refugiés écologiques.

Les facteurs qui sont à l'origine des vastes mouvements des populations sont :

- L'épuisement des ressources ;
- Destruction irréversible de l'environnement ;
- Les catastrophes naturelles.

Au Burundi, comme ailleurs dans les PVD, les politiques agricoles sont tournées vers les produits d'exportation, source de revenu, certes, pour les pays mais qui privent la population des sols à cultiver pour l'agriculture de subsistance.

Selon la FAO, l'Afrique connaît dans cette catégorie la situation très dramatique, ces pays sont incapables de produire pour nourrir les populations et incapables d'importer pour combler le déficit alimentaire, ce qui fait que les

pauvres seront contraints d'intensifier leur pression sur les ressources naturelles pour survivre.

Quand ils ne prélèvent pas sur les forêts, ils se déplacent vers d'autres milieux fragiles comme la périphérie de villes.

Dans les pays agricoles, l'appauvrissement entraîne l'émigration d'une population rurale abondante. Mais, il faut noter que l'accroissement démographique est fortement lié à la forte natalité qu'à l'immigration.

III.2.3. Impact sur le logement

Les villes en général et celles du Burundi en particulier sont considérées comme des zones attractives. Les jeunes, et surtout ceux du Burundi qui constituent la grande partie de la population abandonnent leurs parents à la campagne et vont en villes à la recherche de l'emploi dans ces dernières qui leur sont proches.

Arrivés en villes, tous ces jeunes ne trouvent pas de l'emploi, ces derniers dépourvus de moyens les permettant de retourner à la campagne, ils campent dans les rues et se livrent à la mendicité, au vol, à la prostitution, etc. Cette dernière qui ne manque d'impact sur la démographie.

Personne ne peut ignorer que le logement constitue, après l'alimentation et au même titre que l'habillement, l'un des besoins fondamentaux à la dignité morale et physique de l'être humain.

Le problème de logement qui est à l'heure actuelle posé comme une véritable crise est davantage plus prononcé particulièrement en milieu urbain au Burundi. La question du logement n'a jamais été, aujourd'hui comme hier, d'un seul continent ou encore moins d'un seul pays.

Ceci se manifeste dans différentes déclarations internationales et les diverses politiques nationales en matière de l'habitat où la volonté est manifeste pour promouvoir le logement.

A titre d'exemple, le droit à un logement a été reconnu comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant dans la Déclaration Universelle des Droit de l'Homme de 1948 et dans le Pacte International.

III.2.4. Impact sur le foncier

La problématique foncière constitue un véritable défi des communautés en général et des pays en particulier et pourrait dégénérer si des solutions ne sont pas adoptées plus prochainement possible.

D'après certains rapports en la matière, la prochaine guerre au Burundi aura pour cause les conflits sur les ressources, essentiellement la terre. On ne peut pas passer sans rappeler qu'on entende souvent parler aux médias des morts suite aux conflits fonciers. C'est pour cette raison que le gouvernement burundais a établi à travers un communiqué de presse d'ici février 2008, une relation entre les conflits fonciers et l'insécurité physique des citoyens.

Une prolifération des conflits fonciers en latence ou éclatés, la question des personnes sans terre, l'exiguïté des terres et les déplacements des populations, la très faible productivité des sols conduisent à l'insécurité alimentaire. Comme l'a dit MANTON (P.), « en milieu rural, un ménage composé de 4,5 personnes disposent d'une superficie d'exploitation de 88 ares. On estime que dans les régions à forte densité, la taille des exploitations est généralement inférieure à un ½ ha. »[23]

Tous ceux-ci sont pour autant de défis pour la gestion de la question foncière au Burundi. Les conséquences de cet état des lieux sont entre autre la dégradation du climat social, le blocage du développement local, la violation des droits des personnes et particulièrement des catégories vulnérables etc.

---

[23] MENTON (P.), *contribution à la connaissance des régions naturelles du Burundi*, ISABU, 1993, p.8

A titre d'exemples illustratifs des impacts de grossesses nombreuses sur la démographie, selon les enquêtes faites dans toutes les provinces du Burundi, sauf en Mairie de Bujumbura, les grossesses non désirées sont une des causes d'abandons scolaires, 2356 filles ont abandonnées l'école durant l'année scolaire 2012-2013 et 2351 filles au cours de l'année scolaire 2013-2014.

Ensuite, d'après le ministère de l'enseignement de base et secondaire, de l'enseignement des métiers, de la formation professionnelle et de l'alphabétisation (MEBSEMFPA), 4760 cas de grossesse ont été recensés au cours des trois dernières années (2009-2012).

Cette source souligne également qu'au Burundi, la fécondité est précoce, avec 11% des adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà des enfants. Le chiffre de 4760 cas de grossesse rapporté par les DPE, connaît une croissance d'environ 50% de plus chaque année au niveau des cycles primaire et secondaire, affirme le MEBSEMFPA.

Les provinces qui viennent en têtes sont Bururi avec 306, Ngozi avec 208, Muyinga avec 193, Kayanza avec 184, Ruyigi avec 155 et Gitega avec 146 cas de grossesses au cours de l'année scolaire 2012-2013. Viennent en tête aussi les provinces suivantes au cours de l'année scolaire 2013-2014 : Bururi avec 332, Gitega avec 262, Muyinga avec 189, Kirundo avec 171, Bujumbura avec 167, Makamba ave 166.

Au niveau communal viennent en tête Rumonge avec 233 dont 125 pour l'année scolaire 2012-2013 et 98 cas pour l'année scolaire 2013-2014, Muyinga avec 126 dont 66 en 2012-2013 et 60 en 2013-2014, Buyengero avec 116 dont 13 en 2012-2013 et 103 en 2013-2014, Mutimbuzi avec 88 dont 51 en 2012-2013 et 37 en 2013-2014, Bururi avec 82 dont 55 en 2012-2013 et 27 en 2013-2014 et enfin Giheta avec 77 dont 27 en 2012-2013 et 50 en 2013-2014.

Selon les données du recensement général de la population du Burundi de 2008, les 7 provinces dont Gitega, Ngozi, Kirundo ; Muyinag, Kayanza, Bururi et Bujumbura sont les provinces les plus peuplées qui abritent plus de la moitié de la population, soit 54,3% et la population de chacune dépasse 500.000 personnes. Bref, les provinces qui viennent en tête pour le pourcentage des grossesses chez les adolescentes sont en grande partie les mêmes provinces dont le recensement de 2008 affirme les plus peuplées du pays.

Tableau 10 : Répartition des grossesses non désirées en milieu scolaire selon le nombre de cas par province et par année scolaire

Province	**Nombre de cas**		**Total**
	2012-2013	**2013-2014**	
Bururi	306	332	638
Gitega	146	262	408
Muyinga	193	189	382
Ngozi	208	PTT	208
Kayanza	184	PTT	184
Kirundo	PTT	171	171
Bujumbura	PTT	167	167
Makamba	PTT	166	166

PTT : Pas Très Touché

***Source** : réalisé par l'auteur sur base des données publiées par le MEBSEMFPA en 2014*

Certaines provinces ont été touchées à haut niveau par ce fléau alors que d'autres se montrent en évolution à l'exemple de Ngozi ; cette amélioration est liée à la sensibilisation en référence du principe « zéro grossesse en milieu scolaire » inauguré par le Ministère de l'éducation avec l'appui du FNUAP.

Ce qu'il faut noter pour la province Bururi en cette période, un grand nombre de cas s'observe en commune Rumonge qui, actuellement est l'une des provinces du Burundi.

Tableau 11: Répartition des grossesses non désirées en milieu scolaire selon le nombre de cas par commune et par année scolaire

Commune	Nombre de cas		Total
	2012-2013	2013-2014	
Rumonge	125	98	233
Muyinga	66	60	126
Buyengero	13	103	116
Mutimbuzi	51	37	88
Bururi	55	27	82
Giheta	27	50	77

Source : réalisé par l'auteur sur base des données publiées par le MEBSEMFPA en 2014

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cet étude consacrée à la géographie de la santé au Burundi, il s'est remarquée que la sous-information en matière de la santé de la reproduction constitue un frein pour l'avancée économique du Burundi.

Malgré les efforts du gouvernement pour le développement durable, et surtout pour le changement de mentalité, le Burundi se classe dans les pays avec un taux d'accroissement naturel élevé et un taux de croissance économique faible.

Comme l'affirme Pr. Joseph NDAYISABA, « on ne transformera pas le Burundi Si on ne transforme pas les hommes. »[24]

Pour cet effet, la mise en place de centres de sensibilisation de la population surtout les jeunes « centres de santé amis des jeunes » on permet d'augmenter le taux de prévalence contraceptive et lutter contre l'augmentation du nombre de grossesses non désirées.

Malheureusement, à un bilan qui semble être positif s'ajoute tout un ensemble d'éléments qui handicapent la sensibilisation de l'ensemble de la population burundaise sur la santé reproductive. Ces éléments sont d'ordre culturel, mais aussi religieux.

Il s'agit notamment de l'absence d'échanges entre parents et enfants en ce domaine au sein de la famille, d'un non-encouragement des populations à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à leur disposition. Ces éléments sont les principales causes de la sous information des populations et des pays en développement et du Burundi en particulier en matière de santé de la reproduction.

---

[24] Pr. Joseph NDAYISABA, *Les comportements négatifs et les anti valeurs en milieu scolaire : cas du Burundi,* Bujumbura, 2011, p.1

Selon les données de 2016, 11% des adolescentes (15 à 19 ans) du Burundi ont déjà commencé leur vie procréative. 7% ont déjà eu au moins un enfant, et 3% enceintes d'un premier enfant. Malheureusement, la majorité est toujours sur le banc de l'école. Une étude menée en 2015 montre que les proportions d'adolescentes qui ont une vie sexuellement active et de plus en plus précoce passent de 1% à 16 ans et 31% à 19 ans.

Une mère de la province Rumonge l'affirme, « sur trois ménages, au moins 2 à Rumonge ont des adolescentes qui ont mis au monde. »

Au Burundi, la prise des consciences des phases de fécondité ou non du cycle menstruel et la pratique contraceptive restent faible malgré la nécessité de leur accessibilité pour le grand public.

Ceux-ci ont pour conséquence de l'augmentation des abandons scolaires surtout chez les jeunes filles à cause des grossesses non désirées.

A titre illustratif, « 5,2% des jeunes filles de 12 à 18 ans ont au moins un enfant, dont 10,9% de mineurs de 12 ans. 28% de mineurs avec enfants ont entre 12 et 14 ans. »[25] Ce ci aura un impact socio-économique sur le Burundi et surtout sur les communautés burundaises.

Des mesures prises dans le cadre de lutter contre la forte natalité en général et les grossesses non désirées de l'autre part surtout en milieu scolaire doivent être suivies, et encouragées pour atténuer les conséquences socio-économiques, et environnementales qui découlent de la croissance démographique.

Une coalition de tous les secteurs est indispensable, car la forte fécondité ne fait pas problème seulement pour la santé. Elle touche aussi sur les sociétés, les individus, les familles, les villages, les villes, la croissance économique et le développement social.

[25] Pr. Joseph NDAYISABA, op. cit.

La mise en place d'une structure solide et décentralisée est de grande importance, afin de bien coordonner efficacement la coalition des différents secteurs pour la sensibilisation en santé de la reproduction, ainsi qu'au changement de mentalité en ce même domaine.

La réussite de la planification familiale ou la maitrise de la natalité fait intervenir l'engagement total des décideurs politiques, des leaders communautaires, des autorités sanitaires et religieuses ainsi que la volonté de tout individu qui, joue un grand rôle en matière de la reproduction.

En définitive, ces actions plus qu'urgentes s'imposent au pouvoir public, aux confessions religieuses, aux associations et aux citoyens.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

1. Antoine BAILLY S. et al., *Les concepts de Géographie Humaine,* 2 éd., Masson, 1991, Paris Milan Bonn, 247p.
2. Clément, M., *La consommation médicale des français,* Note et étude documentaire n°4555-4556, *La documentation française*, Paris, 1980
3. DE WILDE, J.C., *Expérience de développement agricol en Afrique tropical,* Tomèl, Maisonneuve et Larose, Paris, 1967, 340p.
4. Juri S., *Les biens de la terre,* VUEF, Librairie Arthème, 1957, 424p.
5. Paul, C., *Géographie culturelle,* Harman Colin, Paris, 2009, 287p.
6. Prévot, V., *Géographie du Monde d'aujourd'hui,* Librairie Classique Eugène Belin, 1969, 223p.

II. Mémoires

1. BAKAREKE, S., *Le capital santé et son impact dans le développement socio-économique d'un Pays : Cas du Burundi,* Mémoire, U.B, FSEA, Bujumbura, 2001, 95p.
2. BURENGENGWA, C., *Etude de l'éducation de la femme et de l'emploi de la femme comme facteurs régulateurs de la croissance démographique,* Mémoire, U.B, FSEA, Bujumbura, 1986, 89p.
3. KABANDIRWA MOLENDA, V., *Opinion des élèves du secondaire de Bujumbura sur le préservatif et son utilisation dans le cadre de la prévention du SIDA et des MST,* Mémoire, U.B, FPSE, Bujumbura, 1993, 100p.
4. KANANI, G., *Contribution à la connaissance de la géographie de la santé : Etat des connaissances sur le VIH/SIDA au Burundi,* Mémoire, U.B, FLSH, Bujumbura, 2003, 84p.

5. MUJAWAYEZU, A., *Représentation et attitudes paysans burundais face aux mères célibataires. Etude menée en Zone Mugera (Cankuzo),* Mémoire, U.B, FPSE, 1983, 125p.
6. NDAYIZEYE E., *Pression démographique et mobilité spatiale de la population : Cas des Communes Giheta et Gitega,* Mémoire, U.B, FLSF, Bujumbura, 2003, 96p.
7. NDEREYIMANA, A., *Possibilités et opportunités de promotion artisanale dans un pays à pression démographique : Le cas du Burundi,* Mémoire, U.B, FSEA, Bujumbura, 1987, 119p.
8. NDIKUMANA, L., *Croissance démographique et équilibre alimentaire au Burundi,* Mémoire, U.B, FSEA, Bujumbura, 1986, 186p.
9. NIJIMBERE, G., *Croissance démographique et mise en valeur des terres en Commune Kanyosha,* Mémoire, U.B, FLSH, Bujumbura, 1988, 88p.

III. Revues, Rapports et Publications

1. ABUBEF, Croix Rouge, *Rapport sur la planification familial,* 2015
2. CIPD, *Rapport pour la population,* 1999
3. CRIDIS, *Etudes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes adolescents sur la santé reproductive et sexualité,* Bujumbura, 1998, Ministère de la Santé Publique, 1998, 123p.
4. FNUAP, *Rapport sur la population Burundaise,* 2014
5. NDAYISABA, J., *Les comportements négatifs et les antivaleurs en milieu scolaire : Cas du Burundi,* Bujumbura, 2011
6. MANTON, P., *Contribution à la connaissance des régions naturelles du Burundi : Inventaire de l'occupation du sol : Bututsi,* Bujumbura, ISABU, 1993, 19p.
7. MEBFPEM, *Etude sur les grossesses chez les jeunes filles,* 2013
8. MSPLS, Rapport annuel de santé, ISTEEBU, annuaire 2014
9. OMS, *Constitution de l'OMS,* 1948.