

2022-10

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Niyitunga, Emery

UB, FLSH

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/442>

Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi

UNIVERSITE DU BURUNDI

**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
MASTER EN SOCIETES, POUVOIRS, TERRITOIRES ET
DEVELOPPEMENT DURABLE**



**LES POLITIQUES DE POPULATION ET LEURS IMPACTS SUR
LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE AU BURUNDI :
CAS DE LA COMMUNE GIHETA**

Par :

Emery NIYITUNGA

Sous la direction de :

Dr. Emile EMERUSENGE (Directeur)

Dr. Athanase NKUNZIMANA (Co-Directeur)

**Mémoire présenté et défendu publiquement en
vue d'obtenir un diplôme de Master en Sociétés,
Pouvoirs, Territoires et Développement durable**

Filière : Population et Développement

Bujumbura, Octobre 2022

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

MEMBRES DU JURY

Président du jury : Pr. René MANIRAKIZA

Directeur de mémoire : Dr. Emile EMERUSENGE

Co-directeur de mémoire : Dr. Athanase NKUNZIMANA

Secrétaire du jury : M.A. Bosco NDAYISHIMIYE

*Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas
de la commune Giheta*

DEDICACE

A Dieu Tout Puissant ;

A nos chers parents NGENDAHORURI Come et NZIKOBANYANKA Isidonie;

A notre chère tante maternelle **NSHIMIRIMANA Jacqueline** ;

A nos chers demi-frères NTAKARUTIMANA Liévin Jorel Crillin et NTAKARUTIMANA Jean
Claude;

A nos frères, sœurs, amis et connaissances;

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous remercions l'Éternel Dieu Tout Puissant pour tant de grâces et d'amours qu'il ne cesse de nous combler.

Nous remercions notre directeur de mémoire, le Dr Emile EMERUSENGE et notre codirecteur Dr Athanase NKUNZIMANA pour la main secourable qu'ils nous ont portée. Leur patience, leur disponibilité et surtout leurs judicieux conseils, ont beaucoup contribué à alimenter notre réflexion.

Nous exprimons également notre gratitude à tous les professeurs du Master en Sociétés, Pouvoirs, Territoires et Développement durable en général, et ceux de la filière Population et Développement en particulier. La formation que nous avons bénéficiée auprès d'eux a contribué à la réalisation de ce travail.

Nos sincères remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes qui ont accepté de s'entretenir avec nous au cours de cette recherche et ceux qui nous ont servi de sources d'informations utiles à la réalisation de ce travail.

Nous tenons vivement à remercier nos chers parents NGENDAHORURI Come et NZIKOBANYANKA Isidonie pour leur attachement à nous et leur appui tant moral que matériel qu'ils n'ont pas cessé de nous témoigner depuis notre naissance.

Un grand merci à la famille NIZIGIYIMANA Jacques en général et à tantine NSHIMIRIMANA Jacqueline en particulier pour leurs conseils et soutien socio-moral tout au long de notre démarche.

Enfin, nous ne saurions oublier de témoigner notre gratitude à NTAKARUTIMANA Lievin Jorel Crillin et NTAKARUTIMANA Jean Claude pour leur confiance et leur soutien inestimables.

A tous ceux qui nous ont prêté main forte d'une manière ou d'une autre, nous disons merci.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

RESUME

Ce travail de recherche porte sur les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi, cas de la commune Giheta. Globalement, cette étude vise à vérifier si la forte croissance de la population qui s'observe dans la commune Giheta serait liée à l'ignorance des politiques démographiques initiées par le Gouvernement burundais depuis plusieurs décennies. Spécifiquement, dans un contexte d'une explosion démographique qui s'observe dans la commune Giheta, nous avons mené cette étude pour susciter la prise de conscience des autorités administratives afin qu'ils prennent des mesures adéquates sur les problèmes liés à la surpopulation non seulement à Giheta, mais aussi dans les autres zones du pays présentant les mêmes caractéristiques de surpopulation.

Dans la réalisation de cette étude, nous avons poursuivi l'approche qualitative. L'observation directe portée sur les faits constatés durant la période de l'enquête, surtout dans les principaux lieux rassemblant de grandes masses de populations d'intervalle d'âges différents, l'enquête sur terrain par un guide d'entretien semi-directif rédigé en français et traduit en Kirundi nous ont été aussi importants dans la réalisation de cette étude.

Les analyses portent sur un échantillon de 116 personnes dont la plupart sont des femmes, étant donné qu'elles sont les plus concernées par la question de fécondité par rapport aux hommes. Une grande partie des enquêtés, soit 82.6% utilisent les méthodes contraceptives pour espacer les naissances ; et le reste, soit (17.4%) pour arrêter les naissances, étant donné que le désir de ne plus procréer est lié au nombre d'enfants vivants. Si 64 pourcent des femmes qui ont 5 enfants ne veulent pas d'autres, la proportion passe à 93 pourcent parmi celles ayant 7 enfants ou plus. L'arrêt volontaire de la fécondité se traduit par le recours aux méthodes de contraception modernes dont la fréquence d'utilisation diffère selon les difficultés et conséquences que posent chacune d'elles (*voir tableau 5.2.*). Il convient de noter que la fécondité plus élevée s'observe chez les femmes analphabètes par rapport aux alphabétisées.

Mots clés : Politiques de population, fécondité, explosion démographique, planification familiale

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

ABSTRACT

This research focuses on population policies and their impacts on population growth in Burundi, case of Giheta commune. Overall, this study aims to verify whether the strong population growth observed in the commune of Giheta is linked to the ignorance of demographic policies initiated by the Government of Burundi for several decades. Specifically, in the context of a demographic explosion in the commune of Giheta, we conducted this study to raise the awareness of the administrative authorities so that they take adequate measures on the problems related to overcrowding not only in Giheta, but also in other areas of the country with the same characteristics of overpopulation.

In carrying out this study, we continued the qualitative approach. The direct observation focused on the facts found during the survey period, especially in the main places gathering large masses of populations of different age ranges, the field survey by a semi-maintenance guide directive written in French and translated into Kirundi were also important in the realization of this study.

The analyses cover a sample of 116 people, most of whom are women, since they are the most concerned with fertility compared to men. A large part of the respondents, 82.6% use contraceptive methods to space births; and the rest, or (17.4%) to stop births, since the desire to no longer procreate is related to the number of living children. If 64 percent of women with 5 children do not want others, the proportion rises to 93 percent among those with 7 or more children. Voluntary cessation of fertility results in the use of modern contraceptive methods, the frequency of which differs according to the difficulties and consequences posed by each of them (see Table 5.2.). It should be noted that higher fertility rates are observed among illiterate women compared to literate women.

Keywords: population policies, fertility, population explosion, family planning

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME	iv
ABSTRACT	v
TABLE DES MATIERES	vi
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES TABLEAUX	xi
SIGLES ET ABREVIATIONS	xii
AVANT PROPOS	xv
0. INTRODUCTION GENERALE	1
0.1. Problématique.....	2
0.2. Objectifs de recherche	3
0.3. Hypothèse.....	3
0.4. Intérêt du sujet	3
0.5. Délimitation temporelle.....	4
0.6. Grandes articulations du travail.....	4
CHAPITRE 1: CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	5
1.1. Présentation de la zone d'étude	5
1.1.1. Contexte géographique.....	5
1.1.2. Contexte démographique.....	6
1.1.3. Volume et densité.....	8
1.1.4. Structure de la population par tranche d'âge et sexe.....	10
1.1.5. Habitat	11
1.2. Etat des lieux dans les secteurs sociaux	11
1.2.1. Secteur éducatif	11
1.2.2. Enseignement maternel	11
1.2.3. Enseignement fondamental	12
1.2.4. Taux d'abandon au fondamental	12

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

1.3. Enseignement post-fondamental	12
1.3.1. Taux d'abandon au post-fondamental	13
1.3.2. Contraintes du secteur de l'éducation dans la commune de Giheta	13
1.4. Contexte sanitaire	13
1.4.1. Etat des lieux	13
1.4.2. Contraintes du secteur de la santé	15
1.4.3. Potentialités du domaine de la santé.....	15
1.4.4. Amélioration de l'accessibilité à l'éducation et à la formation de qualité	15
CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE SUR LA ROISSANCE DEMOGRAPHIQUE.....	17
2.1. Cadre théorique	17
2.1.1. Premières grandes théories de la population	17
2.1.1.1. Théorie dynamique de l'équilibre entre population et ressources	17
2.1.1.2. Populationnisme	18
2.1.1.3. Transition démographique.....	18
2.1.1.4. Théories micro-économiques de la fécondité.....	18
2.1.2. Grands courants de pensée démographique	19
2.1.2.1. Malthus.....	19
2.1.3. Néo-malthusiens.....	19
2.1.4. Théorie de Boserup	20
2.1.5. Liens entre la fécondité et l'économie	20
2.1.5.1. Historique des politiques de population	21
2.1.5.2. Précurseurs de la mise en œuvre des politiques de population	22
2.1.5.3. Principales interventions en matière de politique de population.....	23
2.1.5.4. Problèmes à l'adoption des politiques de population.....	24
2.1.5.5. Importance des données démographiques.....	25
2.1.5.6. Croissance démographique et ses impacts sur le développement	25
2.1.5.7. Dynamique des populations	26
2.1.5.8. Bref aperçu sur les contraceptifs	27
2.2. Cadre conceptuel	29

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

2.2.1. Fécondité	29
2.2.2. Population.....	29
2.2.3. Transition de la fécondité.....	30
2.2.4. Fécondité naturelle	30
2.2.5. Développement.....	30
2.2.6. Démographie	30
2.2.7. Politiques de population	30
2.2.7.1. Sens restrictif des politiques de population.....	32
2.2.7.2. Sens extensif des politiques de population.....	32
CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX DES POLITIQUES DEMOGRAPHIQUES AU BURUNDI	34
3.1. Historique de politique de population au Burundi	34
3.2. Déclarations de Politique Démographique Nationale au Burundi	36
3.3. Programme et projet d’Information, Education et Communication en matière de planification familiale.....	39
3.4. Mise en place de structures de coordination	42
3.5. Autres actions en matière de la politique de la population au Burundi.....	43
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	48
4.1. Population cible et la taille de l’échantillon	48
4.2. Techniques de collecte de données	48
4.2.1. Recherche documentaire	49
4.2.2. Observation	49
4.2.3. Démarche de collecte des données sur terrain	49
4.3. Méthode d’analyse de données	50
4.4. Problèmes rencontrés	51
CHAPITRE 5 : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS	52
5.1. Connaissance des méthodes de planification familiale	52
5.2. Choix des méthodes contraceptives	53
5.3. Relation entre l’utilisation des méthodes contraceptive et l’âge.....	54
5.4. Relation entre l’utilisation des méthodes contraceptive et le nombre d'enfants vivants	56
5.5. Lien entre le niveau d'étude et l'utilisation des méthodes contraceptives.....	56

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

5.6. Grossesses non désirées et non planifiées	57
5.7. Volonté de limiter les futures naissances	58
5.8. Obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives	58
5.9. Planification familiale et utilisation de la contraception	60
5.9.1. Opposition à l'utilisation.....	60
5.9.2. Normes socio-culturelles dans la constitution de famille et la maternité.....	61
5.9.3. Désir de famille nombreuse.....	61
5.9.4. Désinformation et les idées fausses.....	62
5.9.5. Mariages précoces	62
5.9.6. Religion, un grand obstacle à la planification familiale.....	63
5.9.7. Enseignements religieux	64
5.9.8. Causes d'abandon selon certains informateurs.	65
5.9.9. Discussion des résultats.....	67
CONCLUSION GENERALE	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
ANNEXES.....	80

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1: Carte administrative de la Commune Giheta5

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1: Evolution de la population de la commune Giheta depuis 2008 – 2020 (par tranche d'age).....	6
Tableau 1.2: Evolution du nombre de ménages par colline de recensement.	9
Tableau 1.3 : Situation des centres de santé de Giheta	14
Tableau 5.1. : Méthodes contraceptives déjà entendues par les enquêtés	52
Tableau 5.2. : Types de méthode contraceptive utilisée par chacun des enquêtés au moment de l'enquête	54
Tableau 5.3.: Nombre d'accouchement selon l'âge des enquêtées	55
Tableau 5.4. : Nombre d'enfants vivants des femmes enquêtées selon leur niveau d'instruction lors de l'enquête	56
Tableau 5.5. : Causes de l'arrêt d'utilisation des contraceptives chez les enquêtés des trois zones en commune Giheta :.....	59

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien- Etre Familiale
An.	: Années
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BPS	: Bureau Provincial de la Santé
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CAO	: Cadre d'Accélération des Objectifs du millénaire pour le développement
CDS	: Centre de Santé
Coll.	: Colline
COCO	: Collège Communal
CPPF	: Coordination des Programmes de Planification Familiale
CSLP	: Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte Contre la Pauvreté
DCE	: Direction Communale de l'Enseignement
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
DS	: District Sanitaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé du Burundi
EMP/EVP	: Education en Matière de Planification et Education à la Vie Familiale
EP	: Ecole Primaire
ETM	: Ecole Technique Moyenne
FAP	: Femme en Age de Procréer
FNUAP	: Fond des Nation Unies pour la population

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

FOSA	: Formation Sanitaire
Hab. /km²	: Habitant par Kilomètre Carré
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Education Communication
IRD	: Institut de Recherche en Démographie
ISF	: Indice synthétique de fécondité
Mén.	: Ménage
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA
MPDC	: Ministère de Plan et du Développement Communal
N°	: Numéro
PNSR	: Programme National de la Santé de la Reproduction
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONP	: Office Nationale pour la Population
PCASJ	: Programme Conjoint d’Action sur la Santé Sexuelle des Jeunes
PF	: Planning Familial
PIB	: Produit intérieur brut

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

- PND** : Plan National de Développement
- PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire
- PNILMCNT** : Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles
- PNISR** : Programme National Intégré de Santé de la Reproduction
- PNP** : Politique Nationale de la Population
- PNS** : Politique Nationale de santé
- PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement
- SARA** : Service Availability and Readiness Assessment/Indice de disponibilité et de capacités
- SF** : Sage-femme
- SIDA** : syndrome d'immunodéficience humaine acquise
- SMI** : Santé Maternelle et Infantile
- SR** : Santé de la reproduction
- SRMNIA** : Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
- SSR** : Santé Sexuelle et Reproductive
- UNICEF** : United Nation of International Children's emergency Fund
- UPP** : Unité de Planification de la Population
- UPRONA** : Union pour le Progrès National
- USAID** : United States Agency for International Development
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT PROPOS

Quelques faits sociaux nous ont poussés à faire une étude sur les impacts des politiques de population dans la commune Giheta. En effet, la population de la commune Giheta semble augmenter à une allure qui suscite une certaine curiosité. D'une part, les morcèlements très remarquables dans les terres cultivables est l'un des preuves saillantes relatives à la surpopulation de cette commune. D'une autre part, les jeunes garçons de la commune Giheta migrent vers les autres localités du pays, voire à l'étranger pour s'y installer. Ceux qui sont restés chez eux se marient très tôt. En plus, il s'observe beaucoup d'enfants naturels dans les familles. Tout cela accentue la précarité de la survie de ces familles qui, le plus souvent, vivent dans des ménages de taille moyenne supérieure à cinq personnes ; la taille moyenne des ménages au Burundi étant de cinq individus, ISTEERU (2017).

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris et réalisé cette étude portant sur les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique de la commune Giheta. Nous souhaitons plein succès à tous nos lecteurs !

0. INTRODUCTION GENERALE

Selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1979, la population burundaise était estimée à 4.028.420 habitants avec une densité de 154 hab. /km². Comparés à ceux de 2008 avec une population de 8.053.574 habitants, et une densité de 310 hab. /km² avec 54,3% des moins de 19 ans, on constate que la densité de la population a doublé pendant une période de 29ans. La densité de la population a aussi doublé passant de 154 habitants/km² en 1979 à 310 habitants/ km² en 2008. La population burundaise s'accroît très rapidement, avec un indice synthétique de fécondité qui est passé de 6,4 enfants par femme en 2010 à 5,5 enfants par femme en 2016 et un taux de croissance annuelle de la population de 2,4% en 2008 (ISTEEBU, 1979, 1990, 2008).

Cela conduit à une pression démographique sur les ressources disponibles : elle suscite des inquiétudes et provoquent des réactions émotionnelles parce que dans une période de 29ans, la population burundaise a doublé, conséquence de la fécondité élevée. Cela cause des problèmes entre autre l'émiettement des exploitations agricoles, la raréfaction des pâturages et des terrains à bâtir qui multiplient les conflits fonciers, la pression sur les infrastructures privées et communautaires. Pour essayer de faire face à ces problèmes, le Gouvernement du Burundi met un accent particulier sur l'amélioration globale de la santé des adolescents et des jeunes à travers différents documents de politique et de stratégie sanitaires. Cette prise de conscience et d'engagement gouvernemental se remarquent à travers la Déclaration du Gouvernement en matière de Politique Démographique nationale avec l'objectif de contribuer à la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la qualité de la vie grâce à la maîtrise de la croissance démographique au Burundi où on attend :

- la baisse de la fécondité de 6 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025
- Accélérer la baisse de la mortalité en faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025
- Faire passer le taux d'accroissement de la population de 2.4% à 2% en 2025. (MPDC, 2011)

En guise de résultat, le taux de fécondité des adolescents (15-19 ans) est passé de 11 à 8% entre 2010 et 2016. (ISTEEBU, 2019). Les statistiques ont montré que 34% des FOSA offrent des services de santé aux adolescents et jeunes mais seulement 7% disposent d'un plateau technique

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

complet pour l'offre de ces services. (EDSB III, 2016/2017). Selon la même source, les services SR adaptés aux adolescents et jeunes sont fournis aujourd'hui à travers 189 CDS amis de jeunes sur 1080 CDS que compte le pays.

Pour relever les défis démographiques du Burundi, le gouvernement a fait de la démographie l'un des huit piliers de la vision Burundi 2025 et a entrepris d'intégrer les variables démographiques dans le CSLP II. La politique de limitation des naissances adoptée en 1983, une fois associée avec d'autres politiques dans le but de faire face aux problèmes sociodémographiques de la population peut conduire à des résultats satisfaisants.

C'est dans cette optique que nous avons mené une étude sur *"Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi, cas de la commune Giheta"* précisément dans les 3 zones de cette commune qui sont : Kabanga, Kiriba et Giheta. Les résultats attendus résulteront d'une analyse approfondie de la pratique de ces politiques, l'ampleur d'abandon et les causes sous-jacentes ainsi que les facteurs pouvant influencer la continuité ou la reprise de la pratique des dites politiques.

0.1. Problématique

La commune de Giheta est l'une des plus peuplées de la province Gitega avec une population de plus de 101.111 habitants jusqu'à la fin du mois de Mai en 2020¹. A base des résultats du dernier recensement de 2008, on constate que la population de Giheta est jeune puisque parmi les 73.017 habitants recensés, 37556 avaient l'âge situé entre 0 et 19 ans, soit 51.5% de la population totale. Avec le taux de 2,4% par an (ISTEEBU, 2017), la pression démographique sur le capital foncier et les infrastructures de base sera difficile à gérer dans les années à venir si des mesures de stabilisation ne seraient pas tenues en considération.

Dans cette perspective, le rapport entre les politiques de population et la réalisation du dividende démographique va nous préoccuper au cours de ce travail.

¹D'après les données collectées dans les services du bureau communal.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Afin de bien guider notre recherche, nous nous sommes posé cette question suivante :

- Les mesures prises depuis les années 1980 pour faire face à la surpopulation au Burundi ont-elles abouti à la réalisation du dividende démographique ?

Telle est la question que nous allons traiter au long de ce travail.

0.2. Objectifs de recherche

Objectifs global : L'objectif global de notre étude est d'évaluer les impacts des politiques de population sur la variation de la population de la commune Giheta.

Objectifs spécifiques : Il s'agit d'identifier les pratiques de la population de la zone d'étude vis-à-vis des politiques de population ainsi que déterminer l'apport des caractéristiques socio démographiques sur la croissance de la population.

0.3. Hypothèse

Etant donné que les hypothèses de recherche sont des réponses provisoires qu'on se donne devant les questions de recherche ; notre hypothèse générale a été formulée comme suit : les politiques de population mises en place au Burundi depuis 1983, n'ont pas abouti à la réalisation du dividende démographique dans la commune Giheta.

0.4. Intérêt du sujet

Notre étude présente un triple intérêt :

-Intérêt personnel : Vu que nous avons suivi les cours organisés dans l'option de Population et Développement, il nous est très important de traiter un sujet qui se rapporte à la démographie car, à travers les recherches, nous allons acquérir d'autres connaissances qui vont compléter celles acquises en classe tout au long du cycle de master.

-Intérêt scientifique : Nous avons mené cette étude suite aux inquiétudes que nous sentons face à l'explosion démographique qui s'observe dans la commune Giheta. D'une part, cette étude inspirera sans doute les chercheurs qui auront besoin d'approfondir les recherches en matière de population dans la commune Giheta.

-Intérêt politique et programmatique : Notre étude va servir à la prise de conscience des responsables dans le domaine de la population afin de prendre des mesures préventives vis-à-vis

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

de l'explosion démographique, non seulement dans la commune Giheta, mais aussi dans les autres zones du pays présentant les mêmes caractéristiques de surpopulation.

0.5. Délimitation temporelle

Notre étude va porter sur une période allant de 1979 à 2020. La borne inférieure de 1979 a été choisie parce que, c'est une année du premier recensement sur la population au Burundi. En ce qui concerne la borne supérieure, nous avons choisi l'an 2020 pour bien faire une analyse longitudinale de l'évolution de la population depuis le premier recensement afin d'en tirer une conclusion en affirmant ou en infirmant l'efficacité des efforts de l'Etat à promouvoir les politiques de population depuis 1980.

0.6. Grandes articulations du travail

Notre travail s'articule sur quatre chapitres. Le premier chapitre est axé sur le contexte général de l'étude, le second chapitre présente le cadre conceptuel et théorique sur la croissance démographique. Le troisième chapitre parle d'état des lieux des politiques démographiques au Burundi et le dernier chapitre est axé sur la méthodologie, analyse et discussion des résultats de l'enquête faite dans notre zone d'étude qui est la commune Giheta.

CHAPITRE 1: CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

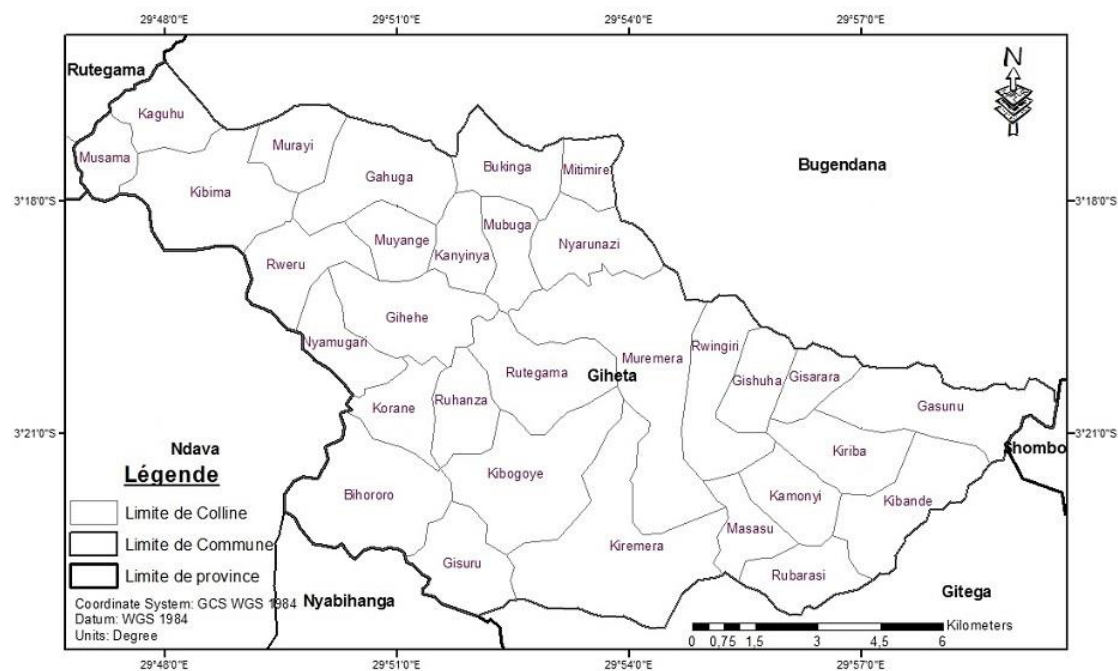
Ce chapitre contient la description de notre zone d'étude. En effet, il présente le contexte général de l'étude sur les plans géographiques, démographiques, éducatifs et sanitaires.

1.1. Présentation de la zone d'étude

1.1.1. Contexte géographique

Notre zone d'étude est l'une des onze communes de la province Gitega. Elle est constituée de trois entités administratives (ou zones administratives) Giheta, Kabanga et Kiriba constituées respectivement de 8, 14 et 9 collines de recensement. Notre zone d'étude est donc constituée de 31 collines de recensement. La commune Giheta est limitée au Nord par la commune de Bugendana, au sud par celle de Gitega et Nyabihanga de la province MWARO, à l'Est par la commune Shombo de la province KARUZI et à l'Ouest, par les communes de Rutegama et Ndava des provinces MURAMVYA et MWARO.

Figure 1.1: Carte administrative de la Commune Giheta



Source : réalisée par l'Auteur, sur base de données interactives du Ministère de l'agriculture et de l'élevage, CTB et PAIOSA, 2017

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

1.1.2. Contexte démographique

Avec les résultats du premier recensement de la population qui a eu lieu en Août 1979, nous constatons que la commune Giheta enregistrait une population de 50.537 habitants sur une superficie de 156,7 km²; ce qui correspond à une densité moyenne de 322.5 hab. /Km² (UPP, 1993).

Les autres données les plus fiables sont celles du deuxième et troisième Recensements Général de la Population et de l'Habitat d'Août 1990 et de 2008. Celles de 1990 nous montrent que la population totale de la commune était de 66.231 habitants et que la densité moyenne était égale à 422.7 hab. /km². Enfin, celles de 2008 ont révélé que la population de la commune Giheta s'estimait à 73.017 habitants, avec une densité moyenne de 466 hab. /km² (ADLP, 2013).

A partir des effectifs fournis par les services communaux, et avec un taux de croissance annuel estimé à 2.4%, la population de la commune Giheta est estimée à 87359 en 2014. En se basant sur les résultats du dernier recensement de 2008 et à un taux d'accroissement naturel de 2.4%, le tableau suivant montre l'évolution de la population de la commune Giheta jusqu' en 2020.

Tableau 1.1: Evolution de la population de la commune Giheta depuis 2008 – 2020 (par tranche d'âge)

Ages	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0-4	110347	11619	11898	12184	12476	12776	13082	13396	13718	14047	14384	14729	15082
5-9	7917	8107	8302	8501	8705	8914	9128	9347	9671	9801	10036	10277	10524
10-14	8853	9065	9283	9506	9734	9968	10207	10452	10703	10595	10836	11096	11362
15-19	9439	9666	9898	10135	10378	10627	10882	11144	11411	11685	11965	12252	12546
20-24	7338	7514	7694	7879	8068	8262	8460	8663	8871	9084	9302	9525	9753
25-29	5451	5582	5716	5853	5993	6137	6285	6435	6590	6748	6910	7076	7246
30-34	3594	3680	3769	3859	3952	4046	4144	4243	4345	4449	4556	4665	4777
35-39	2959	3030	3103	3177	3253	3332	3411	3493	3577	3663	3751	3841	3933

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

40-44	3000	3072	3146	3221	3299	3378	3459	3542	3627	3714	3803	3894	3987
45-59	3106	3181	3257	3335	3415	3497	3581	3667	3755	3845	3937	4031	4128
50-54	2625	2688	2753	2819	2886	2955	3026	3099	3173	3250	3331	3411	3493
55-59	1822	1866	1911	1956	2003	2051	2101	2151	2203	2256	2310	2365	2422
60-64	977	1021	1045	1071	1096	1123	1149	1177	1205	1234	1264	1294	1325
65-69	715	732	750	768	786	805	824	844	864	885	906	928	950
70-74	624	639	654	670	686	703	719	737	754	772	791	810	829
75-79	333	341	349	358	366	375	384	393	403	412	422	432	442
80-84	178	182	187	191	196	200	205	210	215	220	225	230	235
85-89	103	105	108	111	113	116	119	122	125	128	131	134	137
90-94	61	62	64	65	67	69	70	72	74	76	78	80	82
95 et+	123	126	129	132	135	138	142	145	149	152	156	160	164
NSP	58	59	61	62	64	65	67	68	70	72	74	76	78
ND	2374	2431	2489	2549	2610	2673	2737	2803	2870	2939	3009	3081	3155
Total	73017	74769	76564	78401	80283	82210	84183	86203	88272	90918	93100	94387	96650

Source : Auteur, à partir des données de l'ISTEEBU, 2008.

Il ressort de ce tableau que la majorité de la population de la commune Giheta est jeune, soit 53.4% de la population totale en 2020 ont l'âge compris entre 0-20 ans. Avec un taux de croissance estimé à 2,4%, si des mesures de stabilisation ne sont tenues en considération, la pression de la population sur les terres cultivables et les infrastructures de base sera difficile à gérer.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

1.1.3. Volume et densité

La population de la commune Giheta est relativement jeune. Une forte proportion de sa population appartient aux jeunes tranches d'âges. Le recensement général de la population de 2008 nous montre que plus de la moitié de la population a moins de 20 ans (53.4 pour cent de la population totale, soit 38556 sur 73017). La population non active c'est-à-dire celle âgée de 65 ans et plus représente 3.4 pour cent de la population totale. La population active quant à elle équivaut à 43.2 pour cent de la population totale (ISTEEBU, 2018).

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Tableau 1.2: Evolution du nombre de ménages par colline de recensement.

Nom de collines	Superficie En km ²	2014			2021		
		Ménages	Pop.	Myn.pers/ménages	Ménages	Pop.	Myn.pers/ménages
Bukinga	4.039	332	1451	4.37	384	1679	4.37
Nyarunazi	4.487	407	1853	4.55	471	2145	4.55
Mitimire	2.011	324	1426	4.41	375	1650	4.4
Mubuga	2.757	398	1869	4.69	461	2163	4.69
Kanyinya	2.591	305	1326	4.35	353	1435	4.06
Rweru	4.386	543	2470	4.54	628	2859	4.56
Gihehe	5.956	885	3953	4.46	1024	4575	4.47
Nyamugari	3.269	500	2326	4.65	579	2692	4.65
Muyange	2.737	455	2135	4.69	527	2471	4.68
Gasunu	7.212	734	3463	4.71	850	4008	4.72
Kibande	5.869	698	3301	4.72	808	3821	4.73
Gisuru	4.282	753	3624	4.8	872	4194	5.0
Bihororo	8.257	1163	5776	4.96	1346	6685	5.0
Kibogoye	8.667	846	4158	4.9	979	4813	4.92
Kibimba	7.892	705	3527	5	816	4082	5.01
Kaguhu	3.363	512	2496	4.8	593	2889	4.9
Musama	2.151	390	1942	4.97	451	2248	5
Muremera	12.830	1055	4977	4.71	1337	5760	4.30
Gishuha	2.918	230	1193	5.18	266	1381	5.19
Masasu	2.584	395	1913	4.84	457	2214	4.85
Rwingiri	5.362	450	2123	4.71	521	2457	4.72
Rubarasi	3.351	761	3366	4.6	881	3896	4.42
Kamonyi	3.399	321	1537	4.7	372	1779	4.8
Ruhanza	3.200	923	4333	4.6	1068	5015	4.7

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Korane	3.257	471	2191	4.6	545	2536	4.65
Rutegama	5.951	807	3695	4.5	934	4277	4.6
Murayi	3.203	406	2011	4.9	470	2328	5.0
Gihuga	6.510	514	2349	4.5	595	2719	4.6
Kiremera	11.921	1643	7872	4.79	1902	9111	4.78
Kiriba	4.145	416	1908	4.58	481	2208	4.59
Gisarara	2.201	176	795	4.51	204	920	4.5
TOTAL		18518	87359		21549	101111	

Source : Auteur, à partir des données collectées dans les bureaux des services communaux².

Le tableau 1.2 nous montre que le nombre de ménages diffère d'une colline à une autre, mais nous remarquons que, pendant la période de 7 ans (2014 - 2021) seulement, on a enregistré une augmentation de plus de 50 ménages pour chacune des collines et la population a augmenté de plus de 120 personnes pour chacune des collines de recensement. La croissance démographique des collines Kiremera et Muremera est rapide par rapport à celle d'autres collines de recensement. En effet, elles ont enregistré une croissance de 1239 et 783 depuis le mois de Mai 2014 jusqu'en Février 2021, les deux périodes respectives qui correspondent aux deux recensements des effectifs de ménages dans le but de distribution des moustiquaires (MIILDA).

1.1.4. Structure de la population par tranche d'âge et sexe

L'âge et le sexe sont des variables les plus fondamentaux d'une population. Chaque population a une composition différente par âge et par sexe et forme une structure qui peut exercer des répercussions considérable sur le comportement démographique et économique de cette population.

² Nous avons pu comparer le nombre de ménages des années 2014 et 2021 parce que c'est de ces deux années qu'on trouve le nombre de ménages exact pour chaque colline. Ceci a été dénombré lors de la campagne de distribution des MIILDA.

1.1.5. Habitat

L'habitat de la commune Giheta est globalement dispersé comme cela se retrouve dans toute la province de Gitega. Cependant, sur la colline de Rweru, le long de la route asphaltée et en prolongement de l'ancien site des déplacés, un village a été créé depuis 2013. Plus de 200 maisons en matériaux durables y sont déjà érigées. En général, l'habitat est amélioré puisque la plupart des maisons sont couvertes de tuiles ou de tôles, tandis que très peu de maisons sont encore couvertes de paille ou de feuilles de bananiers. Cela est dû essentiellement à l'évolution du secteur artisanal, car on y trouve des fours tunnels modernes et artisanaux éparpillés sur certaines collines et les tuiles reviennent de ce fait à moindre coût.

1.2. Etat des lieux dans les secteurs sociaux

1.2.1. Secteur éducatif

Les 3 zones de la commune Giheta comptent 31 collines et dont 42 écoles sont placées sur 23 collines. Nous constatons que 8 collines parmi les 31 n'ont pas d'école. Le secteur de l'éducation à Giheta est organisé en enseignement formel et informel. Le premier comprend l'école fondamentale et post fondamentale, le second comprend un centre d'enseignement des métiers, des écoles Yaga Mukama et des centres d'alphabétisation des adultes.

1.2.2. Enseignement maternel

L'enseignement maternel est assuré dans les classes préscolaires généralement affectées à des écoles fondamentales. On compte 16 écoles fondamentales qui ont une classe maternelle chacune, sauf l'ECOFO Rweru 1 qui en a deux écoles maternelles. La zone de Giheta en compte 6, la zone de Kabanga 7 et la zone de Kiriba 3. Parmi les 16 classes maternelles, deux sont gérées par des privées en zone Kabanga, tandis que les quatorze autres sont logées dans les locaux des écoles fondamentales publiques qui les gèrent et les contrôlent. A ce niveau les enfants qui fréquentent ces classes se préparent aux programmes de l'école fondamentale.

Le constat est qu'il y a une forte disparité au niveau de la répartition spatiale des écoles. Dans ces classes, le système d'enseignement est presque similaire à celui des écoles fondamentales à part que les leçons commencent à 8h00 pour prendre fin à 11h30 minutes. Les enseignants des classes maternelles ne sont pas recrutés par le Ministère ayant l'enseignement de base et secondaire dans

ses attributions ; leurs équipements sont fournis par les collectivités locales avec l'appui de l'UNICEF.

1.2.3. Enseignement fondamental

Au niveau de l'Enseignement fondamental, la commune compte 210 salles de classe à la rentrée de l'année scolaire 2019-2020, avec une moyenne de 90 élèves par classe. Dans de telles conditions, les élèves sont obligés de s'asseoir à 3 ou 4 sur un même pupitre et l'encadrement devient difficile voire impossible. Au niveau primaire, la commune de Giheta dispose de 26 écoles fondamentales réparties en 21 directions scolaires. A ce palier de l'enseignement, les effectifs des écoliers sont très élevés. Le nombre des filles est en général plus élevé que celui des garçons avec respectivement 53,60% et 46,40% des effectifs au niveau communal.³

1.2.4. Taux d'abandon au fondamental

Malgré les efforts fournis par les autorités scolaires, les parents et l'administration communale, on note un taux d'abandon de (3,9%). Les raisons qui expliquent ces abandons sont entre autres la pauvreté dans les familles, les grossesses non désirées et les mariages précoces pour les filles, les conditions matérielles et pédagogiques souvent difficiles pour les plus petits et l'indiscipline (pour les renvois définitifs).⁴

1.3. Enseignement post-fondamental

Comme partout ailleurs dans la province de Gitega et dans le pays, l'enseignement post-fondamental couvre deux volets : l'enseignement post-fondamental général et l'enseignement post-fondamental technique. La commune Giheta compte huit écoles post-fondamentales à savoir : Lycée Saint Joseph de Giheta, le Lycée communal de Murayi, le Lycée communal de Giheta, les collèges communaux dont celui de Kiriba, Mutobo et Bukinga, Arthur Chilson de Kibimba, Reine de la Paix de Murayi.

La commune compte aussi deux lycées avec deux cycles (fondamental et post-fondamental) pour chaque établissement, une école technique et d'autres écoles avec le cycle fondamentale seulement⁵. Le nombre total des salles de classe est de soixante-huit (68) dont dix-huit (18) du

³Archives de la direction Communale de l'Enseignement

⁴Op. cit.

⁵Le Lycée Saint Joseph est l'ex- ETM. Il est repris dans les deux volets car elle comporte un cycle inférieur et trois sections techniques (Electricité Industriel, Conducteur des Travaux et Informatique de Gestion)

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

cycle supérieur et cinquante (50) du cycle inférieur. L'enseignement post-fondamental en commune de Giheta compte 4718 élèves dont 2369 garçons et 2349 filles.

Ces ratios sont meilleurs par rapport à ceux de l'école fondamentale même s'il y a des améliorations à faire notamment en ce qui concerne l'augmentation des bancs-pupitres et des salles de classes pour les collèges et les lycées.

1.3.1. Taux d'abandon au post-fondamental

Le phénomène des abandons observés au niveau de l'école fondamentale s'observe aussi au niveau de la post-fondamentale. Pour la même année scolaire 2019-2020, les abandons se sont élevés à 121 cas (59 garçons et 62 filles), ce qui représente un taux de 3,6%. Les raisons de ces abandons sont notamment les maladies, la pauvreté, les grossesses non désirées, les mariages précoces et l'indiscipline pour les renvois définitifs.

1.3.2. Contraintes du secteur de l'éducation dans la commune de Giheta

Elles sont de plusieurs ordres, mais nous nous sommes focalisés sur les contraintes dues à la pression démographique. On note donc celles liées aux effectifs pléthoriques dans les salles de classe. Cela est dû à la faible couverture en infrastructures scolaires et la mauvaise répartition spatiale des infrastructures scolaires. Certaines collines comme Musama, Muyange, Gihehe, pour ne citer que celles-là n'ont pas d'école au moment où d'autres collines comme Bihororo et Kibimba en comptent deux et plus. Cette répartition inégale des écoles fondamentales crée un déséquilibre numérique au niveau des effectifs d'élèves entre les écoles. Toutefois, l'école qui sert deux collines connaît un surpeuplement excessif alors que celles qui partagent les enfants d'une seule colline sont aérées.

1.4. Contexte sanitaire

1.4.1. Etat des lieux

La commune de Giheta dispose de 5 centres de santé qui sont Giheta, Gasunu, Bukinga, Murayi et Kibimba. Elle dispose également d'un Hôpital de district qui est à Kibimba. Cet hôpital de district dessert les centres de santé de Gitega et ceux de Giheta. La population de l'aire de responsabilité, le personnel de santé et leur niveau de formation de chaque centre de santé ainsi que les collines desservies sont repris dans le tableau 1.3 :

Tableau 1.3 : Situation des centres de santé de Giheta

Centre de santé	Nombre de collines desservies	Population de l'aire de responsabilité	Personnel	Indicateur infirmier/population avec comme ormes 1000 habitants par infirmier
Giheta	9	12576	1: A1, 3: A2, :A3 et 7 travailleurs	1143
Gasunu	9	15587	8: (dont 3: A2 et 5: A3), 4 travailleurs	1948
Bukinga	7	11709	5: A3, 1: A4 et 5 travailleurs	1951
Murayi	5	19249	2: A2, 6: ASA3 et 12 travailleurs	2406
Kibimba	7	20666	1 Médecin spécialiste, 1 médecin généraliste, 1: A1, 5: A2, 6: ASA3, 10 aides-soignants et 8 travailleurs, 4 veilleurs et 1 chauffeur.	1291

Source : Bureau du district sanitaire de Gitega 2020

Il est à signaler que le centre de santé de Kibimba a beaucoup de personnes dans son aire de responsabilité, ce qui fait qu'il travaille avec l'hôpital portant le même nom pour essayer de servir le maximum de population. Pourtant, la population par centre de santé reste nombreuse comme en témoigne les fréquences moyennes des consultations.

Le centre de santé de Giheta dispose de 13 infirmiers pour 12576 personnes tandis que le centre de santé de Gasunu n'en dispose que 8 pour 15587. L'exemple le plus parlant en ce qui concerne la répartition inéquitable du personnel soignant est celui de Bukinga avec 4 infirmiers de niveau

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

A3 avec une population à son aire de 11709 personnes. Il ressort de ce qui précède que le personnel soignant par rapport à l'aire de responsabilité reste insuffisant. Suite à l'immensité de la population que ces CDS doivent rendre service, il s'observe de fréquentes ruptures de stock de médicaments sur ces centres de santé. Ce qui fait que la population s'adonne à une automédication.

1.4.2. Contraintes du secteur de la santé

Les causes qui handicapent les services de santé sont entre autres l'inégale répartition du personnel soignant sur les différents centres de santé ainsi que des pénuries répétitives des médicaments. Les 6 centres de santé et l'hôpital de Kibimba que compte la commune de Giheta disposent d'un personnel soignant insuffisant en termes d'effectifs. Cela se remarque par les effectifs très élevés des consultations mensuelles et la moyenne de la population par infirmier.

En plus, la population de l'aire de responsabilité par centre de santé dépasse les normes nationales. Ce qui prouve l'insuffisance du nombre de centres de santé. Il y a également un développement d'un circuit parallèle d'approvisionnement et de vente illicite de médicaments qui sont parmi les problèmes majeurs à résoudre au niveau des structures sanitaires. Signalons aussi que les services d'accueil sont défectueux sur certains centres de santé de la commune Giheta.

1.4.3. Potentialités du domaine de la santé

En matière de la santé, la commune connaît quelques potentialités sur lesquelles on peut s'appuyer pour développer le secteur. Parmi ces potentialités, on peut citer par exemple l'accès aux voies de communication par le fait que la commune est traversée par 3 routes nationales d'où l'approvisionnement en médicaments et autres matériels serait facile. Nous pensons également à l'existence du système de Carte d'Assistance Médicale (CAM) ainsi que la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes qui accouchent.

1.4.4. Amélioration de l'accessibilité à l'éducation et à la formation de qualité

L'éducation est la base du développement, et on ne peut pas parler de développement sans prendre en compte la question démographique. A côté de son état de forte densité⁶, la commune Giheta reste parmi les communes du Burundi ayant un faible taux de réussite. Plusieurs facteurs

⁶La commune Giheta prend la 2^{ème} place parmi les communes les plus densément peuplées de la province Gitega, après la commune Gitega (ISTEEBU, 2018).

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

se posent à ce problème, surtout, le surpeuplement dans les classes et la mauvaise répartition des infrastructures scolaires. Ainsi pour fixer les objectifs de la commune en matière d'éducation, on peut prendre un certain nombre d'indicateurs principaux et les faire évoluer à long ou à court terme.

En tout état de cause, vu que là plus part des habitants de la commune Giheta vivent de l'agriculture comme dans tout le pays, une croissance rapide de la population peut causer un assaut sur le capital foncier et les infrastructures sociaux. Pourtant, cette croissance de la population pourrait contribuer à alléger la pauvreté rurale à court terme pourvu qu'il y ait une bonne politique d'exploitation des terres cultivables. Toutefois, la forte dépendance à l'agriculture peut aussi intensifier la vulnérabilité de la population et ainsi contribuerait à aggraver la pauvreté.

CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE SUR LA ROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

Les doctrines les plus anciennes connues présentaient la croissance de la population, soit comme un avantage social ou économique, soit comme un inconvénient. Par exemple, le confucianisme chinois affirme qu'une population nombreuse assurait le bien-être pour tous, la richesse du pays et la puissance de l'empereur moyennant une équitable répartition des terres et des ressources (Attané, 2000). Pourtant, Platon quant à lui affirme qu'un nombre croissant d'individus provoque l'appauvrissement d'une partie du peuple et que, de là ne résulter que des troubles sociaux (Adolph, 1945).

Malgré ces différentes doctrines, ce n'est qu'avec Malthus (1798) que le sens de relation entre la population, l'agriculture et l'économie a commencé à être étudié. Aujourd'hui, les recherches sur les relations entre la croissance démographique et économique font écho à la progression sans précédent de la population des pays sous-développés. Pour pouvoir analyser cette relation, nous allons passer en revue certains courants de pensée en rapport avec la démographie et le développement comme par exemple le courant malthusien, néomalthusien et d'Ester Bosérup avant de définir certaines notions qui font objet de notre thème.

2.1. Cadre théorique

2.1.1. Premières grandes théories de la population

2.1.1.1. Théorie dynamique de l'équilibre entre population et ressources

Ces théories se sont constituées historiquement en réaction au courant populationniste au XVIII^e siècle. Elles se différencient entre elles par les modalités selon lesquelles le démographique s'adapte à l'économique.

En effet, l'effectif de la population dépend de la quantité de biens de subsistances disponibles. Le déséquilibre entre la population et la production se résout par le biais de la mortalité afin d'éviter une augmentation illimitée de la population (Townsend, 1787). Quant à Cantillon, l'effectif de la population dépend de la production des subsistances. L'objectif des populations est de prendre un langage actuel de conserver un certain niveau de vie. La régulation s'effectue alors par le biais de la nuptialité (Cantillon, 1755).

2.1.1.2. Populationnisme

Le Moyen-Age (Ve-XVIIe siècles) est marqué par les guerres, les famines et les épidémies qui ont produit des variations considérables des effectifs sur la population européenne en occurrence la Peste Noire de 1347 qui emporta, en quelques années, probablement plus du tiers des habitants du continent. Les doctrines populationnistes inondent alors le monde entier et celles-ci se basent sur la conception que la population est la source de toute richesse. Par richesse, il faut entendre le plus souvent puissance militaire ou ressource fiscale mais aussi parfois essor économique (Tucker, 1751). Les avis du populationnisme furent partagés par l'action favorisant l'accroissement de la population : encouragement au mariage, aide aux familles nombreuses (Melon, 1734).

2.1.1.3. Transition démographique

Avec la théorie de la transition démographique, les liens sont de nouveau noués entre l'économie et la population. Énoncée en 1945 par Notestein, cette théorie propose une explication des mouvements démographiques des pays européens au XIXe et au XXe siècle en relation à la révolution industrielle. La thèse se situe au plan macro : la modernisation qui recouvre la diffusion de l'industrialisation, de l'urbanisation, de la monétarisation, de l'éducation, du salariat féminin, provoque dans un premier temps une baisse de la mortalité par le biais des progrès de l'hygiène et de la médecine (Notestein, 1945).

2.1.1.4. Théories micro-économiques de la fécondité

A partir des années 1960 se développent des modèles micro-économiques d'analyse de la fécondité via le comportement économique familial. Ces modèles intègrent la demande d'enfant, en tant que demande d'un bien durable, à la théorie des utilités et des choix.

Par exemple, selon le modèle classique de Becker développé dans les années soixante, il s'agit d'appliquer les modèles de l'économie marginaliste (néoclassique) à la démographie familiale et notamment de rendre compte de la baisse de la fécondité dans les pays riches. Le principe de base des analyses micro-économiques sera de considérer le ménage comme une unité économique relativement autonome, dotée d'objectifs, de contraintes et de stratégies (Guilmoto, 1996).

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

La demande d'enfant dépend alors du choix des parents, du revenu du couple et de la mise en comparaison par rapport à ce cadre des utilités proches ou lointaines attendues avec les coûts d'acquisition et d'entretien de l'enfant (Temple, 1872).

2.1.2. Grands courants de pensée démographique

Ici, le principe de population de Malthus sera présenté avant de cerner le néo-malthusianisme. Le paradigme « concurrent », anti malthusien ou boserupien, fera l'objet de quelques développements puis nous verrons comment un grand débat d'idées qui a eu lieu dans les années 1960-1970 sur les interactions entre les ressources naturelles et la démographie peut retomber en désuétude.

2.1.2.1. Malthus

Thomas Robert Malthus fut un pasteur anglican. Il écrit en 1798 alors qu'il a 32 ans, la première édition de son essai sur le principe de population. L'argument de base de Malthus est que « le pouvoir multiplicateur de la population est infiniment plus grand que le pouvoir qu'a la terre de produire la subsistance de l'homme ». L'exemple donné par Malthus d'une progression arithmétique (1, 2, 3, 4, 5,) des ressources alimentaires et d'une progression géométrique (1, 2, 4, 8, 16,) de l'espèce humaine indique qu'en longue période, la population ne peut pas croître selon ce rythme biologique (Malthus, 1798).

Mais Malthus mentionne les freins préventifs, évidemment préférables aux premiers, qui consistent pour les hommes à ne fonder une famille que lorsqu'ils sont en mesure de l'entretenir dignement. De nombreux écrits ont tenté de résoudre cette contradiction entre l'aspect inéluctable et pessimiste du principe de population de Malthus et certaines solutions pragmatiques et plus optimistes qu'il préconisait (Fauve-Chamoux, 1984). Soulignons que, pour le pasteur Malthus, ces fameux freins préventifs désignent explicitement le célibat accompagné de la chasteté et non pas les pratiques anticonceptionnelles interdites par l'Église telles que le coït interrompu, l'avortement, et bien entendu toute forme de contraception.

2.1.3. Néo-malthusiens

Avec la croissance démographique sans précédent des pays en développement à partir des années 1960, le spectre de Malthus a resurgi et avec lui les analyses d'obédience néo-malthusienne ont tenu seules le devant de la scène internationale durant la décennie 1960 et 1970. Le néo-

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

malthusianisme présente deux acceptions majeures: il regroupe, d'une part, les doctrines qui considèrent comme préjudiciable à la croissance économique la croissance de la population et il qualifie, d'autre part, les politiques ou les pratiques ayant comme but la limitation des naissances (Charbit, 1998).

Les grands modèles démo-économiques ont mis en avant les impacts négatifs d'une croissance rapide de la population mondiale sur l'économie et les ressources naturelles. Selon ces modèles, la trappe malthusienne maintiendrait la population au niveau du minimum de subsistance, tout surplus économique étant absorbé par la croissance de la population (De Santis, 2006). Ce type de littérature a fourni les bases d'un vaste ensemble de politiques nationales de planification familiale dans les pays en développement.

2.1.4. Théorie de Boserup

Si les dénis des théories néo-malthusiennes viennent d'horizons divers, la construction intellectuelle la plus complète est sans doute l'œuvre de l'économiste danoise Ester Boserup qui, dans plusieurs ouvrages et articles, inverse le paradigme malthusien pour faire de la population une condition nécessaire à la croissance économique dans le secteur agricole. Elle montre comment une population en nombre croissant exerce une pression sociale qui se traduit par l'adoption de nouvelles techniques agricoles.

Pour Ester Boserup, la juxtaposition des croissances arithmétique des ressources et géométrique de la population n'a pas de raison d'être puisque la première est déterminée par la seconde. L'innovation, et donc la propension à produire davantage, est une fonction directe de l'effectif de la population (Boserup, 1965).

2.1.5. Liens entre la fécondité et l'économie

Les théories démo-économiques sont loin d'être unanimes sur le sens des relations entre croissances économique et démographique. Ici, nous trouvons des arguments positifs que négatifs vis-à-vis de la population nombreuse.

Parmi les arguments visant à mettre en avant les aspects positifs d'une population nombreuse et en forte croissance, citons une division plus efficiente du travail, la réalisation d'investissements productifs et la création de débouchés pour la production, la création d'infrastructures de grande envergure, la pression exercée sur le processus d'innovation (Vilquin, 2006). Parmi les arguments

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

négatifs, on trouve l'augmentation du ratio de dépendance (inactifs/actifs), la baisse de la propension à l'épargne, la hausse du chômage dans un marché du travail saturé, la nécessité d'effectuer des investissements non productifs (Sauvy, 1963).

L'argument même de la pression créatrice n'est pas univoque. Si certains économistes la jugent nécessaire comme Esther Boserup par exemple, pour d'autres l'augmentation de la population a pour effet de faire diminuer le coût du travail, donc de substituer au capital du travail et de rejeter l'innovation technique (Martin, 2006). L'examen de l'ensemble de ces arguments montre qu'il faut prendre en compte leur contingence historique, géographique, économique et sociale, et analyser les situations au cas par cas. C'est pourquoi, à partir des années 1960, des analyses statistiques de grande ampleur ont été menées pour savoir de la croissance économique ou de la croissance démographique laquelle entraînait l'autre et de quelle manière.

Au regard des préoccupations des années 1960 à 1990, les résultats sont surprenants : Alors que règne un pessimisme ambiant quant aux impacts négatifs de la population sur le développement dans les décennies 1960 et 1970, l'immense majorité des études menées sur cette période dans les pays en développement montrent une absence de corrélation entre croissance économique et croissance démographique (De Santis, 2006).

Inversement au cours de la décennie 1980, dans un contexte de remise en cause des approches néo-malthusiennes, on a pu montrer l'existence d'un impact négatif de la croissance démographique sur la croissance économique. Par exemple, Il semble qu'une croissance démographique soutenue puisse empêcher le décollage économique des pays les plus pauvres. En revanche, l'influence de la croissance démographique semble moins importante pour des pays de niveau économique intermédiaire (Vallin, 2015).

2.1.5.1. Historique des politiques de population

Après la Seconde Guerre mondiale, les interventions des pouvoirs coloniaux dans les pays en développement ont visé à faire baisser les niveaux élevés de mortalité, surtout infantile et juvénile. Outre les campagnes de vaccination et la lutte contre les endémies majeures (par exemple, la malaria), les pouvoirs publics ont procédé à des travaux d'adduction d'eau potable et d'assainissement sans oublier d'améliorer les niveaux de nutrition (Taylor, 1983).

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

En effet, les progrès en santé publique et l'amélioration des conditions de vie ont contribué à faire rapidement baisser la mortalité. Cette baisse a entraîné à son tour une accélération de la croissance de la population, laquelle se fit sentir particulièrement en Asie, qui était déjà dans les années 1960 la région la plus peuplée du monde (Paulet, 1994). Cette situation sans précédent dans l'histoire de l'humanité a amené les gouvernements et les organismes internationaux à se tourner vers le problème de la forte croissance démographique et à envisager la mise en œuvre de programmes spécifiquement destinés à faire fléchir la forte fécondité.

2.1.5.2. Précurseurs de la mise en œuvre des politiques de population

Les pays précurseurs furent le Japon, l'Inde pour le continent asiatique et l'Égypte pour le cas de l'Afrique. Au Japon, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les dirigeants adoptèrent en 1948 une loi dite de protection eugénique, laquelle contribua à accélérer la transition de fécondité (Attane, 2000).

L'Inde fut le premier grand pays à adopter officiellement une politique nationale de population, promulguée en 1952, et dont le but affiché était de faire baisser la fécondité en facilitant l'accès aux services de planification familiale. L'Égypte aussi s'était intéressée à son défi démographique dès les années 1950, mais n'a mis en place que 25 ou 30 ans plus tard un programme organisé de réduction de la fécondité (Locoh, 2006).

Quant à la Chine, entre les années 1950 et 1970, l'indice synthétique de fécondité fluctue autour de 6 enfants par femme, exception faite des années de famine. La mise en place d'une politique de grande envergure de limitation des naissances en 1971 a été suivie d'une réelle baisse de la fécondité puisque l'indice synthétique de fécondité passe de 5,4 enfants par femme en 1971 à 2,8 en 1979 (Attane, 2000).

La « politique de l'enfant unique » instaurée en 1980 a pour but avoué de ne pas entraver la voie des « Quatre Modernisations », vaste plan destiné à rendre plus performantes l'agriculture, l'industrie, la défense ainsi que les sciences et techniques. Cette politique démographique, assouplie en 1984, aboutira à classer la Chine dans les pays à faible fécondité puisqu'à l'aube de l'an 2000, l'indice synthétique de fécondité y est égal à 1,8 enfant par femme (Berg, 1980).

Puisque le vieillissement d'une population est d'autant plus rapide que celui de la baisse de la fécondité l'a été, la Chine sera l'un des premiers pays en développement à connaître une

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

proportion de personnes âgées proche de celle des pays développés. Des projections, effectuées selon un scénario où l'indice synthétique de fécondité reste stable à 1,8 enfant par femme à partir de 2010, indiquent que la part des individus âgés de 65 ans et plus atteindra 14,6 % de la population en 2030 et 20,4 % en 2050. (Blanchet, 1996).

2.1.5.3. Principales interventions en matière de politique de population

Selon Gendreau, les interventions en matière de politique de population se regroupent en sept catégories :

- Les mesures légales : elles peuvent avoir un but restrictif ou libérateur des comportements ;
- Les programmes fondés sur le volontariat dans des domaines sensibles comme la procréation et la santé ;
- L'utilisation des moyens modernes d'information pour informer et éduquer la population dans le but de persuader les individus à adopter les comportements démographiques souhaités par le gouvernement ;
- Les mesures socio-économiques d'incitation ou de dissuasion destinées à influencer sur les variables dans le sens souhaité ;
- Les arrangements institutionnels pour la formulation et la mise en œuvre des politiques de population ;
- La prise en compte des variables démographiques dans les stratégies de développement ;
- L'utilisation des moyens de pression psychologiques ou sociaux pour pousser les individus, les familles ou les communautés de base à adopter des comportements démographiques souhaités (Gendreau, 1993).

Selon Ngatchou, les vraies politiques de population se caractérisent par :

1. Des objectifs démographiques quantifiables liés aux effets directs : réduction du niveau élevé de la mortalité et de la morbidité ; réduction du niveau de fécondité ou de l'infécondité ; orientation des flux migratoires pour une meilleure répartition spatiale de la population.

2. Des objectifs liés aux effets démographiques indirects : amélioration des conditions de vies des populations les plus défavorisées (promotion de l'emploi, recherche de l'équité ou de l'égalité, promotion de l'accessibilité aux services sociaux de base, etc.) ; amélioration de la qualité de la population (promotion de l'éducation, de la bonne santé de la population (Ngatchou, 2020).

Néanmoins, l'appellation peut différer d'un pays à l'autre. Dans certains pays comme par exemple au Togo, au Burkina, en Gambie, en Afrique du Sud, etc., les documents de politique de population sont intitulés « Politique Nationale de Population ». Dans d'autres pays, ils sont appelés « Déclaration de politique nationale de population ». C'est le cas du Cameroun, Cap vert, Mauritanie, Sénégal, Côte d'Ivoire, Bénin, etc.

Mais en réalité, il n'existe pas de différence fondamentale dans leur contenu. A l'intérieur de certains documents (Mali, Mauritanie par exemple), on utilise indifféremment les deux expressions. Dans le contenu du présent travail, l'expression « Politique nationale de population » a été utilisée dans le sens d'un document renfermant les objectifs et stratégies explicitement exprimés dans le sens d'influer sur la démographie. L'expression « déclaration » a été utilisée pour désigner l'expression de la volonté gouvernementale comme s'est fait au Burundi en 2011. En plus, suite à l'absence d'un document de politique explicite de population, le Burundi n'a pas suivi le regroupement proposé par Francis Gendreau.

2.1.5.4. Problèmes à l'adoption des politiques de population

Avant de parler de ces problèmes, il est important de souligner que les politiques de population axées sur la fécondité n'ont pas réussi partout. La comparaison du Pakistan et du Bangladesh est éclairante. Un programme de planification familiale médicalisé a échoué au Pakistan, alors que la population y était relativement plus instruite. Au Bangladesh (qui faisait partie du Pakistan jusqu'en 1971), un programme plus novateur, avec une stratégie de visites de porte-à-porte, a donné de bons résultats alors que le contexte socio-économique y était a priori plus défavorable (François, 2006).

L'accent mis initialement sur la seule planification familiale a laissé place à une approche beaucoup plus large du développement humain, privilégiant les avancées socio-économiques et la primauté de l'éducation des femmes (Thomas, 1798).

Si dans l'ensemble, les politiques natalistes ont réussi à augmenter la fécondité, au Bangladesh par exemple, elles n'ont pas amené une hausse spectaculaire du nombre de naissances. La France fait peut-être exception : ce pays qui fait du natalisme de manière assez constante depuis près d'un siècle dispose actuellement d'un taux de fécondité faible (2 enfants par femme) (Martin, 2006).

2.1.5.5. Importance des données démographiques.

Les données démographiques portent sur l'ensemble de la population groupée suivant les déterminants sociodémographiques, sociaux et économiques. A base de données, les politiques démographiques cherchent à mettre en œuvre des mesures qui influencent le cours des événements démographiques. Par exemple, le taux de natalité peut être sensible à la fourniture de moyens contraceptifs ou à l'octroi d'avantages aux familles avec enfants (Ministère Des Finances, 2012). En effet, les démographes, les planificateurs et les statisticiens doivent coopérer afin de trouver ensemble des stratégies susceptibles à la satisfaction des besoins de la population. Par exemple, en ce qui est de la planification de l'éducation, le planificateur doit disposer des données démographiques classées par années d'âge pour le groupe d'âge qui constitue la population d'âge scolaire.

Pour bon nombre d'activités concrètes, il suffirait de disposer d'un classement par groupe d'âge afin de voir la population appartenant aux tranches économiquement actives. Il faut également disposer des effectifs de la population par découpage administratif, peuplement et migration intermédiaire en vue de planifier et élaborer des politiques et d'exécuter les programmes au niveau de chaque entité administrative⁷.

2.1.5.6. Croissance démographique et ses impacts sur le développement

La croissance démographique rapide est provoquée par un taux de fécondité élevé. Elle est associée à des taux de pauvreté plus élevés, et des taux de mortalité infantile et maternelle qui restent aussi élevés. Dans les pays les moins avancés, les forts taux de croissance démographique constituent un obstacle pour la réalisation des OMD. Les pays les moins avancés, dont la plupart

⁷https://www.memoireonline.com/05/10/3479/m_Population-facteur-de-developpement-en-Afrique0.html
(consulte le 08 février 2022)

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

sont situés en Afrique subsaharienne, sont en retard dans la réalisation de l'objectif de réduction de la fécondité. Ils connaissent de ce fait une forte croissance démographique depuis les années 1960 (Bagayogo, 2004). Malgré leur fort taux de fécondité, ces pays ont une ambition du bien-être de leur population.

Pour atteindre leur vision, tous les pays membre de l'Organisation des Nations Unies lors de la 55ème session de son Assemblée générale tenue le 8 décembre 2000 ont ciblé huit (8) secteurs dénommés les Objectifs du millénaire ; pour la mise en œuvre concernant le développement durable. Les pays membres ont fixé un intervalle de 15 ans en vue de pouvoir concrétiser cet objectif (MSPLS, 20019).

Cependant, l'effet de la croissance démographique rapide semble compliquer la situation. Car les naissances nombreuses aujourd'hui rendent plus difficile les efforts pour freiner la croissance démographique dans le futur. Pour éviter un déséquilibre entre la population, il faudrait que les réserves de produits vivriers et les domaines de production agricoles soient conséquemment augmentés pour couvrir les besoins d'une population qui ne cesse de s'accroître (Research Gate, 2020).

2.1.5.7. Dynamique des populations

Toute population comprend ceux qui y sont entrés et ceux qui n'en sont pas encore sortis. Quand on considère la population entière d'une zone géographique déterminée, les seules entrées sont les naissances et les immigrants et les seules sorties les décès et les émigrants (Campenhoudt, 2011).

La fécondité a, dans le passé, joué un rôle beaucoup plus important que la mortalité ou la migration. Chaque naissance n'ajoute pas seulement une unité à la cohorte actuelle d'enfants mais contribue potentiellement à la croissance exponentielle de la taille des futures générations. Un décès n'est pas porteur du même potentiel pour l'avenir mais dans les populations à faible mortalité avec des structures âgées la baisse de la mortalité est désormais le principal moteur du vieillissement de la population (Charbit, 1992).

La migration n'est généralement pas d'une ampleur suffisante pour peser significativement sur la plupart des dynamiques nationales de population, sauf exceptions, en particulier quand le mouvement naturel est proche de zéro ou lors de grandes vagues migratoires vers des régions peu

peuplées. La migration joue sur d'autres paramètres démographiques car les migrants diffèrent de la population générale. Les migrants internationaux volontaires sont généralement jeunes et en bonne santé et se déplacent souvent de régions à forte fécondité vers des régions à faible fécondité (Casseli, 2006). Les immigrants contribuent ainsi à un rajeunissement temporaire de la population d'accueil et ont, au moins à leur arrivée une fécondité plus élevée et une mortalité plus basse.

2.1.5.8. Bref aperçu sur les contraceptifs

L'étude de la reproduction chez l'homme a permis de connaître le fonctionnement des appareils reproducteurs et de l'influencer en faveur de la planification familiale en général et l'espacement des naissances en particulier. C'est ainsi que plusieurs méthodes de contraception (y compris les méthodes Naturelles) ont pu être identifiées avec chacune ses caractéristiques. Ces applications sont donc nombreuses et peuvent être mécaniques, hormonales, chirurgicales ou d'auto-observation. L'utilisation de la contraception protège les femmes, en particulier les adolescentes, des risques que peuvent représenter les grossesses pour leur santé. Lorsque les naissances sont espacées de moins de deux ans, le taux de mortalité chez le nourrisson est supérieur de 45 % au taux de mortalité lorsque les naissances sont espacées de 2 à 3 ans, et supérieur de 60% au taux de mortalité lorsqu'elles le sont de quatre ans ou plus⁸.

Parmi les méthodes contraceptives, une seule, les préservatifs, permet à la fois d'éviter une grossesse et la transmission des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. La contraception renforce les droits des populations à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à déterminer l'espacement des naissances. La contraception offre des avantages potentiels dans d'autres domaines que la santé, l'autonomisation des femmes, la croissance modelée de la population et le développement économique des pays.

La lenteur vis-à-vis de l'utilisation des contraceptives s'explique entre autres par : le choix limité des méthodes ; l'accès limité aux services, en particulier pour les jeunes, les populations les plus pauvres et les personnes non mariées ; la crainte ou l'expérience d'effets secondaires ; les barrières culturelles ou religieuses ; la médiocre qualité des services disponibles ; les opinions

⁸https://www.gutmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_2-02.pdf., Visité le 13 novembre 2021

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

biaisées des utilisateurs et des prestataires contre certaines méthodes ; et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services (FNUAP,2013).

2.2. Cadre conceptuel

2.2.1. Fécondité

La fécondité désigne la capacité de reproduction d'un individu, d'un couple, d'un groupe ou d'une population. Ce terme s'applique aux humains, aux animaux mais aussi par extension à l'agriculture. La fécondité ne doit pas être confondue avec la fertilité qui, elle, mesure la possibilité d'avoir des enfants et non la descendance effective. Une femme peut ainsi être fertile mais non féconde (tant qu'elle n'a pas eu d'enfants), de même elle peut être féconde sans être fertile si elle a eu des enfants par le passé⁹.

2.2.2. Population

La notion de population est parfois confondue avec des notions de nation et de peuple. Tout d'abord, une nation est une communauté humaine formée de citoyens et qui manifestent la volonté de vivre ensemble et ayant un but commun : réaliser un projet politique commun. La notion de peuple et de population peut de cette façon être assimilée de la même manière, mais sont pourtant différentes (Adolphe, 1945).

En effet, le peuple est le résultat naturel de l'union sociale, une association mutuelle d'hommes poussée par une similitude de conditions extérieurs de vie. Une population se définit comme un ensemble d'individus ou d'éléments partageants une ou plusieurs caractéristiques qui sert à les regrouper (Willems, 1970). On peut alors parler de population humaine, population statistique, de la population biologique, population civile, etc. De ce fait, la population évolue dans le temps, et cette évolution est relationnelle avec la fécondité, l'âge et le sexe des individus qui composent cette population (Danvers, 1992).

⁹https://www.erudit.org/fr/revues/cqd/1977_v6_n3.../600757ar.pdf: La démographie et la politique démographique : Visité le 22 octobre 2021

2.2.3. Transition de la fécondité

Au sens large, la transition de la fécondité caractérise le passage d'un régime de forte fécondité à un régime de faible fécondité. Au sens restreint, elle repose sur le passage d'une fécondité dite « naturelle » à une fécondité dirigée, à savoir d'un « *recours à la prévention des naissances* » (Pressat, 1979).

2.2.4. Fécondité naturelle

La fécondité naturelle est un concept diffusé par Louis Henry, qu'il définit comme « l'inexistence, dans une population donnée d'une limitation volontaire des naissances chez les couples individuels » (Henry, 1953).

2.2.5. Développement

Le Dictionnaire actuel de l'éducation le définit comme « *un changement graduel et continu d'un fond ou de ses parties vers un stade supérieur de progrès, de croissance ou d'évolution* » (Legendre, 2005). Le concept de développement désigne également l'amélioration qualitative et durable d'une économie et de son fonctionnement (Baoutou, 2009).

2.2.6. Démographie

Étymologiquement, la démographie vient du grec : démo qui veut dire "peuple" et graphie qui veut dire "forme". Elle se définit comme « *l'étude quantitative des populations humaines basées sur les données formées par les autres : de l'Etat-Civil et les recensements* ». (Willems, 1970).

2.2.7. Politiques de population

Des auteurs ont donné plusieurs définitions de politique de population. Certaines de ces définitions restent extensives alors que d'autres sont restrictives. En parlant de politique de population, nous faisons allusion à la gestion de la société à l'égard des problèmes démographiques. En d'autres termes, il s'agit d'analyser la ligne d'action des autorités publiques et de leurs partenaires en matière de population. (NDORICIMPA, 1994).

Une synthèse de recherches des cinquante dernières années traitant des politiques de population se heurte d'emblée au problème de la délimitation du champ. D'une part, les définitions d'une « politique de population » proposées par les démographes se révèlent plutôt restreintes. Il faut entendre sous ce terme des politiques délibérées, des arrangements institutionnels ou des

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

programmes spécifiques visant à modifier la quantité et la composition de la population (Vallin, 2011).

La politique démographique, ou politique de population, est l'ensemble des mesures qui, à partir du pouvoir politique, sont menées pour modifier ou reconfigurer la structure démographique d'un territoire donné dans le but d'améliorer leur situation économique et sociale. La politique démographique est donc constituée de l'ensemble des mesures qui, du pouvoir politique, sont utilisées pour modifier la situation démographique d'un territoire. Ainsi, toutes ces mesures qui tentent d'influencer et de modifier la structure démographique d'un territoire sont appelées politiques démographiques¹⁰

Les politiques de population peuvent être définies comme les actions prises explicitement ou implicitement par les pouvoirs publics pour prévenir, retarder, ou gérer les déséquilibres entre les changements démographiques, d'une part, et les objectifs sociaux, économiques, environnementaux et politiques d'autre part. (Legendre, 2005).

Quant à Pierre G. Martin, « les politiques de population est un ensemble de mesures politiques visant à influencer de manière concertée la taille (politique démographique quantitative) ou la composition (politique démographique qualitative) de la population. » (Martin, 2006)

Les politiques de population doivent atteindre plusieurs objectifs comme par exemple ajuster à terme le volume, la structure et la répartition de la population visant le développement socio-économique, élaborer les programmes de planification familiale et d'en surveiller l'application dans le respect des droits de l'homme et de faire baisser la mortalité.

¹⁰<https://economy-pedia.com/11036052-demographic-policy>; consulté le 02 juin 2022

2.2.7.1. Sens restrictif des politiques de population

La définition restrictive consiste à agir sur l'évolution démographique dans les délais les plus courts à travers des mesures immédiates prises par le gouvernement contre ou pour la croissance démographique (Pressat, 1979).

Il se peut que la situation démographique soit caractérisée par un taux d'accroissement très élevé, l'Etat adopte des politiques de limitation des naissances en faisant recours aux pratiques antinatalistes en l'occurrence l'avortement et la contraception. Pourtant, si l'Etat veut accroître sa population, il favorise les politiques natalistes via la répression sur l'avortement et la diffusion des méthodes contraceptives, les indemnités aux familles ayant plus d'enfants, etc. (Vallin, 2015).

2.2.7.2. Sens extensif des politiques de population

Quant au sens extensif, les politiques de populations agissent sur les manifestations des phénomènes démographiques en s'intéressant sur les causes de la mortalité, sur l'hygiène, sur l'amélioration des conditions de vie et sur l'éducation de la population¹¹. Ici, les politiques de population interviennent pour faire face aux inégalités socio-économiques au sein de la population et facilite ainsi l'accès aux méthodes contraceptives. Pour avoir un impact significatif, les politiques de population doivent tenir compte des problèmes de population notamment les problèmes relatifs à la santé, à l'éducation, au logement, à la nutrition, etc. (IGIRANEZA, 2017).

En guise de conclusion, disons que depuis l'Antiquité, la question démographique a toujours été l'une parmi les préoccupations de l'humanité. Aujourd'hui, les pro-natalistes voient la population nombreuse comme un atout au développement économique tandis que d'autres les opposent en disant que la croissance démographique rapide est un défi à la croissance économique et au développement, réduisant ainsi le taux de croissance économique en augmentant la pression sur les ressources naturelles limitées.

¹¹ Pressat, Op.cit, 297p.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Jean Claude CHESNAIS, s'exprime à propos en disant que : « le jeu de la croissance démographique est, par essence, contradictoire. Il est à la fois positif et négatif, mais la force des facteurs agissant dans un sens ou dans un autre est plus ou moins grande selon les circonstances et surtout selon la qualité des politiques de développement mises en œuvre par le gouvernement » (CHESNAIS, 1987).

Le problème reste de ce fait avoir un courant de pensée qui serait universel et applicable dans tous les pays et en tout temps. Mais, chaque courant de pensée est pourtant valable selon la situation sociale et démo-économique de chaque pays et pendant un temps bien déterminé.

CHAPITRE 3 : ETAT DES LIEUX DES POLITIQUES DEMOGRAPHIQUES AU BURUNDI

Les résultats du recensement de 1979 ont mis en évidence l'importance de la variable population dans les programmes de développement national. C'est pourquoi depuis 1983, le Gouvernement du Burundi a officiellement adopté la politique de la planification familiale. Le choix de cette politique était motivé par le souci de rétablir l'équilibre entre la croissance rapide de la population et la diminution progressive des moyens de subsistance, en essayant de limiter le nombre d'enfants par famille dont la moyenne était estimée à 7. Depuis lors, une série de mesures ont été prises et adoptées dans le temps pour atteindre cet objectif.

3.1. Historique de politique de population au Burundi

Après que le gouvernement du Burundi eut été convaincu du bien-fondé d'une politique de planification familiale, cette dernière fut officiellement adoptée en 1983. Les autorités de l'époque présupposaient qu'une fois devenue officielle et expliquée à la population sans formation intellectuelle, la politique de limitation des naissances serait suivie à la lettre en utilisant automatiquement les méthodes contraceptives modernes. Dès lors, les activités de planification familiale ont commencé à Muramvya en 1983 pour ensuite se répandre dans d'autres provinces en 1987. De 1983 à 1987, c'était une période d'extension du projet et plus tard, le projet Santé et Population a pris la relève en construisant des centres de santé modèles où les méthodes contraceptives étaient désormais disponibles. Signalons que pendant cette période, la couverture contraceptive est restée faible (1,5% selon d'EDS 1987). La deuxième phase (de 1987 à 1993) a été marquée par des activités en rapport avec la planification familiale par d'autres acteurs multisectoriels. La troisième phase de cet historique qui va de 1993 à 1998, est celle d'adaptation.

Après la crise, le gouvernement du Burundi n'a pas cessé de faire face aux problèmes démographiques. Différents cadres stratégiques du Burundi comme le CSLP II et la vision du Burundi 2025 continuaient de révéler la démographie galopante comme une entrave au développement du pays. Ainsi, les décideurs politiques ont pris conscience de la situation démographique explosive et de ses impacts socio-économiques et environnementaux. C'est pour cela, qu'une Déclaration de Politique Démographique du Burundi a été adoptée en octobre 2011.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

3.2. Déclarations de Politique Démographique Nationale au Burundi

La déclaration de politique nationale de population est la manifestation officielle, voire une expression explicite de l'engagement formel d'un gouvernement à prendre en compte les questions de population et développement dans son processus de planification de développement. Ce processus passe par l'instauration de politiques à base d'analyse des problèmes de population pour enfin formuler les objectifs et définir les stratégies appropriées.

Au Burundi, une première déclaration en matière de politique de population émane de la XIV^{ème} session du parti UPRONA en 1983. Lors de la session de juillet 1983, le comité central du parti UPRONA, organe suprême du pays, après analyse des données du recensement de 1979, formule la recommandation de créer une structure chargée de contribuer à la limitation du galop démographique et à la baisse du taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. En 1992, un projet de mise en place de la Politique Nationale de Population a été initié. Des objectifs spécifiques et des actions à mener en matière de la population ont été fixés à cette époque :

- ✓ Dans le domaine de la fécondité, on voulait faire passer l'ISF d'environ 7 enfants par femme en 1992 à 4 enfants à l'horizon 2010 ;
- ✓ Faire passer la proportion des personnes âgées de moins de 15 ans de 47% à 36 % à l'horizon 2010 ; | Faire passer l'espérance de vie à la naissance de 50 ans en 1992 à 60 ans en 2010 ;
- ✓ Faire passer le taux d'accroissement naturel de la population de 2,8% à 2% à l'horizon 2010 ;
- ✓ Faire passer le TBM de 16 ‰ à 10 ‰ en 2010 ;
- ✓ Faire passer le TPC de 3% à 25% en 2010 ;
- ✓ Réduire à l'horizon 2000, la proportion de 30% des femmes qui avaient à cette époque plus de 4 enfants à 15%.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Les actions à mener étaient par exemple :

1. Développer le planning familial ;
2. Pour tous les jeunes de moins de 20 ans :
 - Intensifier la scolarisation ;
 - Insérer le volet PF dans les programmes de formation ;
 - Disponibilisation des méthodes en matière de contraception et de PF dans l'éducation formelle et informelle.
3. Pour les jeunes déscolarisées :
 - Créer des groupes de formation et d'encadrement en planification familiale

En plus il fallait :

- Informer et disponibiliser les services contraceptifs à longue efficacité ;
- Favoriser l'accès des femmes aux activités génératrices de revenus ;
- Insister sur la communication interpersonnelle ;
- Développer des stratégies de sensibilisation des femmes ;
- Disponibiliser en dehors des services de santé les méthodes de contraception ;
- Développer des actions en direction des couples surtout en milieu rural ;
- Sensibiliser et disponibiliser les services de contraception irréversible tout en mettant un accent particulier sur la survie des enfants ;
- Axer cette sensibilisation sur les couples ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation de l'entourage du couple.

Plusieurs actions avaient été prévues en vue de réduire la fécondité, mais rappelons-le, qu'elles n'ont pas été appliquées à cause de la crise socio-politico-ethnique qui a éclaté en 1993 (Ministère du Plan, 1992).

Il a fallu attendre la fin de la crise pour que le gouvernement repense encore la politique de la population en 2011. En 2011, une déclaration gouvernementale en matière de politique de population a été mise en place. L'objectif global de cette déclaration de politique démographique nationale est de contribuer à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie de tous les burundais.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Pour atteindre cet objectif, le gouvernement du Burundi entend :

- Faire baisser la fécondité de 6 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025 ;
- Accélérer la baisse de la mortalité en faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025 ;
- Faire passer le taux d'accroissement de la population de 2,4% à 2% en 2025.

Ces objectifs seront atteints à travers le renforcement de la planification familiale. Celle-ci sera centrée sur les principales actions suivantes :

- L'information et l'éducation sur le planning familial et la santé de la reproduction ; l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de planification familiale ;
- Le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du système de santé dans l'offre des services PF ;
- L'accroissement de la demande des services PF mettant l'accent sur la participation communautaire et de l'homme ;
- Le renforcement du plaidoyer en faveur de la maîtrise de la croissance démographique.

Les résultats attendus et indicateurs pour cette politique étaient :

- Espérance de vie à la naissance élevée de 49 ans en 2008 à 60 ans en 2025 ;
- Ratio de mortalité maternelle réduit de 866 pour 100000 naissances vivantes en 2010 à 300 en 2025 ;
- Quotient de mortalité des enfants âgés de moins de 5ans réduit de 152‰ en 2008 à 102‰ en 2025 ;
- Taux de prévalence contraceptive moderne accru de 18% en 2010 à au moins 50% en 2025 ;
- Indice synthétique de fécondité réduit de 6,0 enfants en 2008 à 3 enfants en 2025,
- L'âge au premier mariage augmenté de 18 ans à 21 ans chez les filles.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Comme nous l'avons déjà signalé ci-haut, une déclaration doit être complétée par un autre document contenant les programmes et les stratégies. Mais pour le cas du Burundi, ce document n'a pas encore été mis en place.

3.3. Programme et projet d'Information, Education et Communication en matière de planification familiale

En 1983, un programme de planification familiale a été mis en place avec un projet d'exécution, le projet SMI/PF au sein du Ministère de la Santé Publique. Ce projet a reçu dès lors un appui financier du FNUAP, mais sera limité à ses débuts à quelques centres pilotes. En 1987, le programme sera généralisé à l'ensemble du pays. Les objectifs fixés au programme étaient :

- A long terme, le changement des comportements en matière de procréation, le renforcement de la demande de service de planification familiale, la maîtrise de la croissance démographique, la promotion des familles de petite taille ;
- A court terme, la réduction du niveau de fécondité par l'augmentation de la prévalence contraceptive ;
- Ce programme devait aussi contribuer à l'amélioration du bien-être familial pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle.

Débutant en 1983, ce programme de planification familiale a été interrompu par la guerre civile qui a provoqué beaucoup de décès entre 1993 et 2000. Il doit subir un virage important pour intégrer la santé reproductive dans la santé primaire. Malgré cet effort, l'utilisation de la contraception moderne après 14 ans d'investissement, selon le rapport du Bureau de coordination du programme national de planification familiale de 1998, a atteint seulement 3,3 % de la population.

En 1987, un projet IEC fut mis en place avec un apport financier du FNUAP en vue de sensibiliser les populations qui n'étaient pas dans les structures formelles d'éducation, aux effets néfastes de la forte croissance démographique et de la nécessité de recourir à la planification familiale comme solution. En 1988, le Projet Population a été mis en place par l'USAID au sein du Ministère ayant en charge la Santé Publique en vue de promouvoir la planification familiale. Toujours en 1988, a été mis en place au sein du Ministère de l'Enseignement fondamental et post-fondamental, un projet IEC en matière de population et à la vie familiale (EMP/EVF)

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

destiné à la formation en amont des élèves en vue d'en faire des citoyens très tôt socialisés aux problèmes de population.

En 2019, le projet « Petite enfance et maîtrise démographique » dénommé Nkuriza a vu le jour sous l'appui de la Banque Mondiale. Sur son volet Santé de la Reproduction, le Projet Nkuriza aura ainsi à appuyer les efforts pour la maîtrise de la croissance démographique grâce à des interventions au niveau de l'offre et de la demande de services de planification familiale et d'accroître aussi la couverture des interventions de nutrition chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de deux ans ainsi que l'accès aux services de planification familiale.

Le Projet « Twiteho amagara » permettra le renforcement du système de santé au niveau des districts, la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des violences basées sur le genre, ainsi que la préparation et la réponse aux urgences. En 2019, il y a eu le lancement du PCASJ, projet « Programme conjoint, *Menyumenyeshe* » vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes au Burundi.

Ce projet concerne toutes les provinces du pays et il est exécuté par les organisations comme l'UNFPA et Care Burundi, avec leurs partenaires, entre autres la FVS /Amade Burundi. Ce programme conjoint vise des objectifs à atteindre pour que les jeunes et les adolescents scolarisés et non scolarisés soient autonomes et jouissent d'une bonne santé sexuelle et reproductive. Ainsi, ces jeunes doivent avoir accès à une information correcte et complète sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que des capacités de faire leurs propres choix afin d'adopter des attitudes favorables et des pratiques responsables en rapport avec leur santé sexuelle reproductive. Ce projet cible les jeunes non-scolarisés de 10 à 24 ans de la communauté à travers les associations, les centres jeunes, etc. Pour les jeunes scolarisés, le projet cible ceux de l'Ecole fondamentale et post- fondamentale.

Le projet Family Planning 2020, aborde la planification familiale sous un angle global, intégré et multisectoriel, à travers le plan stratégique intégré pour la population, la santé et l'environnement. Pour appuyer ce plan et soutenir des progrès durables, le pays va créer l'Office National de la Population afin d'appuyer cette action multisectorielle et de promouvoir la coordination au sein des différents secteurs, soulignant ainsi sa conviction que les individus, leur santé et leur environnement sont des questions liées les unes aux autres et interdépendantes.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

3.4. Mise en place de structures de coordination

En 1990, on a démarré les activités de l'Unité de Planification de la Population (UPP) au sein du Ministère du Plan avec une assistance financière du FNUAP. Elle est chargée d'aider le gouvernement à intégrer la population dans les plans de développement et la formulation de la politique nationale de la population et à coordonner les activités en matière de population au Burundi.

En 1991, il y a eu la mise en place au sein du Ministère de la Santé Publique du Bureau de la Coordination du Programme National de la Planification Familiale (CPPF). Il était chargé d'organiser et de superviser toutes les activités en matière de planification familiale dans le pays. L'article N°3 du décret N° 100/010 du 17/01/91 portant sa création stipule que le bureau est la référence nationale de toutes les activités en rapport avec le contrôle démographique. Il avait pour mission de coordonner, orienter, guider toutes les activités en rapport avec la planification familiale en vue de maintenir la croissance de la population dans les limites compatibles avec la croissance économique.

Dans l'article 4 dudit décret, le CPPF était chargée de :

- Décider les méthodes de planning familial à introduire et à diffuser sur le territoire national ;
- Coordonner toutes les activités d'information, d'éducation, de sensibilisation de la population pour qu'elle utilise les services de planning familial ;
- Assurer le contrôle de la qualité des services de planification familiale.

Toujours en 1991, il y a eu la naissance de la première structure nationale privée chargée des questions de la population ; l'Association Burundaise pour le Bien-être Familial (ABUBEF) qui s'est donnée pour mission de contribuer à la promotion de la planification familiale dans le pays.

En 1999, le Bureau de la CPPF créé en 1991 a été muté en Bureau de coordination du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) par le décret N°100/033 du 30 mars 1999. La vision du PNSR est : *une population burundaise qui jouit d'une bonne santé en général et d'une bonne santé sexuelle et reproductive en particulier*. Les missions confiées au PNSR sont restées les mêmes que celles du CPPF et sont les suivantes :

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

- Elaborer et proposer au Ministre de la Santé Publique une Politique Nationale de Santé de la Reproduction ;
- Coordonner toutes les activités d'information, d'éducation et de sensibilisation de la population pour qu'elle utilise les services de consultations prénatales, d'accouchements assistés par un personnel qualifié, et de planification familiale ;
- Equiper les structures de soins en matériel gynéco-obstétrical et assurer la disponibilité des produits contraceptifs ;
- Assurer le contrôle et la qualité des services de santé de la reproduction.

Nous observons l'existence d'une forte volonté politique vis-à-vis du problème de population par les autorités gouvernementales et politiques depuis le début des années 1980. Cela est concrétisé par :

- la réglementation de l'âge au premier mariage contenu dans le code de la famille et des personnes qui est de 18 ans pour les jeunes filles et de 21 ans pour les jeunes garçons ;
- Création du Ministère de la Promotion Féminine et de la Protection sociale pour la promotion du statut de la femme ;
- Création de l'office National de la population.

3.5. Autres actions en matière de la politique de la population au Burundi

A côté du premier recensement qui a été organisé en 1979 par le Ministère de l'intérieur, le département de la population au Ministère de l'Intérieur a réalisé l'Enquête Démographique de Santé (EDS) en 1987 avec la collaboration de l'IRD. Les résultats ont révélé notamment une faible ampleur de la planification familiale par un taux de prévalence contraceptive de moins de 2% et en corollaire, une stabilité du niveau de fécondité évalué à 7 enfants par femme.

En 1990, le Département de population du Ministère de l'Intérieur et du Développement des Collectivités Locales a réalisé le deuxième recensement du pays. En 1991, signature du décret N° 17/01/1991 portant création, organisation et fonctionnement du Bureau de Coordination du Programme National de la Planification Familiale. En 1993, le Décret- loi n° 1/024 du 28 avril 1993 portant réforme du code des personnes et de la famille. L'article 88 stipule que l'homme, avant vingt-et-un ans révolus et la femme avant dix-huit ans révolus ne peuvent contracter mariage.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Néanmoins, le gouverneur de province peut accorder dispense d'âge pour motifs graves. En 2005, le gouvernement du Burundi a mis en place les mesures de gratuité de l'enseignement fondamental et la gratuité des soins de santé des mères enceintes et des enfants de moins de 5ans. En 2008, un troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat a été effectué par le Ministère de l'Intérieur. En 2010, un deuxième Enquête Démographique de Santé a été effectuée. En 2016-2017, une troisième Enquête Démographique et de Santé a été effectuée.

Cadres stratégiques intégrant la variable population

Une bonne planification prend en compte les variables démographiques. Une série de plans stratégiques intégrant la population ont été initiés depuis 1983.

Nous pouvons citer entre autres :

En 1983, il y a eu l'élaboration du 4^{ème} Plan Quinquennal de Développement Economique et Social, pour la période 1983-1987. Parmi les contraintes révélées par ce plan quinquennal, le taux de croissance démographique élevé (2,7% par an) et la forte densité de la population réduisent la disponibilité des terres cultivables par habitant (République du Burundi, 1987).

Notifions que ce plan ne s'est pas fixé un objectif chiffré en matière de la réduction de la fécondité même si la croissance démographique élevée était perçue comme l'une des contraintes du développement. Mais, au cours de l'exécution de ce plan, deux projets importants ont été mis en place. Il s'agit du projet « Développement intégré de Santé Maternelle et Infantile » et le projet « Planification Familiale et Education pour la Santé ».

En 1988, un 5^{ème} Plan Quinquennal de Développement Economique et Social 1988-1992 a été mis en place. La question de population a été soulevée comme une entrave au développement du Burundi et qui a été à la base de la non-réalisation des objectifs du 4^{ème} Plan Quinquennal.

Mais, comme le cas du 4^{ème} Plan, ce plan ne s'est pas fixé un objectif chiffré en matière de réduction de la fécondité, même si la croissance démographique élevée était perçue comme l'une des contraintes du développement. Il n'y avait pas d'objectifs spécifiques en matière de population et la question en rapport avec la population aux actions de sensibilisations de la population en vue de planifier leurs naissances. L'un des objectifs du ministère de la santé au

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

cours de la réalisation du 5^{ème} Plan était d'intensifier la campagne de sensibilisation au programme de planification familiale.

La vision du Burundi 2025 intègre le volet démographie. Son 5ème pilier stipule une mise en place d'une politique démographique agressive afin de limiter le taux de croissance démographique à 2% à l'horizon 2025 (Ministère du Plan, 2011). En vue d'atteindre les objectifs de la Vision « Burundi 2025 », le Burundi prévoyait de mettre en place une politique volontariste de maîtrise de la démographie par l'élaboration d'une stratégie agressive en partenariat avec les acteurs du développement socio-économique en particulier avec le support des confessions religieuses, de la société civile et des ONG. Le but ultime était d'imprimer une courbe descendante durable au taux de croissance démographique. Un accent particulier est mis sur l'information et l'éducation sur le planning familial et la santé de la reproduction. Il s'agissait également de lever les obstacles sur les croyances et les tabous. Le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte Contre la Pauvreté CSLP II 2012-2017 pour son axe 4 intitulé Amélioration des Taux d'Accès et de la Qualité des Services de Base et Renforcement du Socle de la Protection Sociale n'a pas oublié la population. Le point 3 du présent axe a comme préoccupation la maîtrise de la question démographique et réduction de la fécondité :

- **Maîtrise de la démographie** : L'objectif général de ce cadre était de maîtriser la croissance démographique pour qu'elle diminue de 2,4% (en 2008) jusqu'à 2% en 2025. La réalisation de cet objectif allait dépendre de la mise en œuvre « d'une politique volontariste de maîtrise de la démographie par l'élaboration d'une stratégie mobilisatrice, en partenariat avec les acteurs du développement ». Il fallait pour cela mettre en place une structure de coordination qui est chargée du suivi et de la coordination de toutes les actions visant à maîtriser la croissance démographique par la réduction de la fécondité.

- **Réduction de la fécondité** : Dans cette optique, les actions suivantes étaient prévues :

1. L'augmentation de l'âge moyen de la mère à la naissance du premier enfant de 23,5 en 2011 à 25 en 2015 ;
2. L'augmentation du taux de prévalence de la contraception de 19% en 2011 à 28% en 2015 ;
3. La réduction du taux de mortalité infanto-juvénile de 152‰ en 2008 à 125‰ en 2015 ;

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

4. La réduction du ratio de mortalité maternelle de 499/100 000 naissances vivantes en 2010 à 390/100 000 naissances vivantes en 2015 ;
5. La mise en place des mesures incitatives indirectes encourageant les couples à réduire la taille de leur famille et intensifier la sensibilisation de la population, des leaders d'opinion et des leaders religieux sur la planification familiale (République du Burundi, 2010).

En somme, nous constatons que presque toutes les actions préconisées pour faire face aux problèmes démographiques n'ont pas abouti à la réalisation du dividende démographique. Les clauses en rapport avec la population de la vision du Burundi 2025, du CSLP II, de la Déclaration Gouvernementale en matière de Politique de population et du PND 2018-2027 n'ont pas été réalisées. La création, la mise en place et l'opérationnalisation de l'Office National de Population (ONP) et l'appui à la mise en place d'une Politique Nationale de Population (PNP) restent toujours théoriques et sans effets notables. On remarque toujours que les actions respectives souffrent d'une absence chronique de coordination, de supervision et de concertation sur ce sujet. Le chapitre suivant est le résultat d'une enquête réalisée pour évaluer les impacts des mesures de PF dans la réalisation du dividende démographique dans la commune Giheta.

*Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas
de la commune Giheta*

CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre relate la méthodologie et les techniques utilisées pour mener cette recherche. Dans cette section, la perspective méthodologique proprement dite y est présentée. Il s'agit notamment de la recherche bibliographique, l'observation directe, ainsi que des entretiens suivis de l'interprétation qualitative des résultats.

4.1. Population cible et la taille de l'échantillon

Une étude sociologique et sociodémographique implique toujours une population cible, soit-elle une collectivité d'humains dont on cherche à connaître leurs opinions, perceptions et réactions face à un fait social. Notre étude était localisée dans la zone géographique de la commune Giheta. La population cible, c'est-à-dire concernée par l'enquête était constituée par des hommes et femmes âgés de 15 ans et plus résidants dans ladite commune. Bref, cette population d'enquête était ciblée pour rendre possible l'opérationnalisation de notre étude qui porte sur les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique de la commune Giheta.

Vu que nous avons utilisé la méthode qualitative, le nombre des personnes à interviewer n'était pas limité. Nous avons poursuivi notre entretien jusqu'à la saturation de l'information ; c'est-à-dire le moment lors duquel nous avons réalisé que les réponses nouvellement données dans notre recherche n'occasionnait pas une nouvelle information sur le thème étudié. Par conséquent, nous nous sommes arrêté à 116 interviews parmi lesquels 93 étaient des femmes, soit 4/5 de l'échantillon.

4.2. Techniques de collecte de données

Il s'agit de l'ensemble des méthodes et stratégies que nous avons utilisées pour aboutir aux résultats que l'on s'était fixé. Ainsi pour cette étude, nous avons utilisé quelques techniques comme la recherche documentaire, l'observation directe et l'enquête de terrain par un guide d'entretien.

4.2.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire nous a permis de recueillir les éléments d'informations nécessaires avant de nous rendre sur le terrain pour poursuivre les travaux d'enquête. Il s'agit des théories provenant des documents consultés notamment les revues, les annuaires statistiques ainsi que les archives.

Pour mieux appréhender la question des politiques de population, nous avons recouru à la documentation écrite existante sur le sujet. Nous avons aussi complété notre recherche par des informations recueillies auprès des ministères et institutions ayant l'affaire de population, développement et éducation dans leurs attributions.

4.2.2. Observation

A travers cette démarche, nous avons pu recueillir une partie des données primaires de notre étude. L'observation était portée sur les faits constatés durant la période de l'enquête. En effet, nous avons fait une observation directe sur l'état et la structure de la population de la zone cible. Cela s'est fait surtout dans les principaux lieux qui rassemblent de grandes masses de populations d'intervalle d'âges différents comme les places de marché et les églises, surtout les moments de fin des cultes religieux. Cette phase nous a permis de prendre une part active à la vie de la communauté de la commune Giheta.

4.2.3. Démarche de collecte des données sur terrain

Pour bien saisir les impacts des politiques démographiques instaurées au Burundi depuis plusieurs décennies et particulièrement dans la zone d'étude nous avons fait recours aux entretiens semi-directifs. Nous avons interrogé à la fois les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus.

Il est également à noter que pour avoir l'idée claire sur l'impact des mesures adéquates pour faire face à la surpopulation, nous avons élaboré un guide d'entretien qui nous a aidé à recueillir les différentes informations de la part de la population adulte de la commune Giheta vis-à-vis des politiques instaurées pour faire face à l'explosion démographique. Le guide d'entretien a également facilité l'entretien avec différentes personnes œuvrant dans le domaine des politiques

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

de population et du développement, c'est-à-dire les prestataires des services de PF, les femmes et les hommes mariés, les responsables sanitaires ainsi que les leaders religieux.

Le guide d'entretien que nous avons utilisé était rédigé en français et traduit en Kirundi pour faciliter l'entretien avec les enquêtés qui comprennent mal la langue française. Le guide d'entretien semi-directif était constitué de 4 séries de questions sillonnant autour de notre hypothèse de départ. Nous avons choisi d'interviewer toute personne retrouvée à son domicile ou à son lieu de travail. Toutefois, le nombre de personnes à interviewer par jour n'était limité qu'à 10 interviews par jour. Pour le cas des places publiques, nous ne sommes pas données le nombre limite de personnes à enquêter. Les entretiens se faisaient selon la volonté et la disponibilité de chacun. A partir des entretiens approfondis, nous avons rencontré une saturation au niveau des réponses ; raison pour laquelle nous nous sommes arrêtés à 116 interviews pour tous les trois zones de la commune Giheta. Le plus souvent, un entretien avec les femmes était plus sûr et rapide avec les informations claires et fiables par rapport aux hommes. Cela serait dû à ce que la notion de reproduction concerne beaucoup plus les femmes qu'aux hommes.

4.3. Méthode d'analyse de données

Les données collectées ont d'abord été rassemblées sous forme de tableaux pour faciliter l'analyse et fructifier les commentaires. Par la suite, nous avons passé à la transcription des réponses, puis à l'analyse et l'interprétation des résultats.

La méthode d'analyse qualitative nous a permis d'appréhender le rôle des politiques de population dans le cadre du développement durable. Cela s'est fait à travers l'analyse de l'évolution de la population de la commune Giheta pendant la période considérée (1983-2020). Cette approche a permis à chacune des catégories ciblées de donner son point de vue sur notre thématique de recherche. Cela nous a permis de comparer leurs versions afin de connaître ce que pensent les uns et les autres sur l'incidence des mesures déjà prises Cette méthode nous a conduit à mieux comprendre le milieu socioculturel et à dégager les attitudes, perceptions et explications des conclusions observées au niveau des données quantitatives relatives aux différentes thématiques, en vue de comprendre d'une manière profonde, les facteurs qui ont pu freiner l'atteinte des objectifs fixés dans les politiques de population.

4.4. Problèmes rencontrés

Aucun travail scientifique ne s'accomplisse sans connaître divers obstacles. Au cours de notre travail, plusieurs facteurs se sont opposés à sa réalisation. Vu que nous étions obligés d'atteindre les places publiques telles que les marchés, les lieux de cultes religieux et les chefs-lieux des zones pour recueillir les informations nécessaires dans les délais plus ou moins courts, le principal problème rencontré était l'éloignement des zones à parcourir. Une autre difficulté est liée au refus de certaines personnes, notamment les hommes, qui nous obligeaient de leur donner au moins une bouteille de bière de banane avant de répondre à nos questions. C'est aussi le même cas pour certaines femmes qui nous répondaient très difficilement car la question d'ordre sexuel semble être tabou dans la culture des burundaises.

Enfin, un autre obstacle majeur que nous avons rencontré était la non-disponibilité des personnes de référence dans les différentes institutions que nous avons fréquentées pour la recherche des informations dans le cadre de cette étude. Ceci s'ajoute au mal classement des documents dans certaines institutions des ministères, ce qui a empêché la facilité d'accéder facilement aux ouvrages sollicités.

En définitive, malgré toutes ces difficultés rencontrées, la démarche utilisée nous a facilité à affronter notre population cible, de bien communiquer en pleine compréhension et de produire des données nécessaires pour la vérification de notre hypothèse. L'efficacité et la fiabilité des informations obtenues grâce à la démarche qualitative, nous ont permis de faire une analyse et une interprétation sans inquiétude.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Ce chapitre est axé sur la présentation, analyse et discussion des résultats d'enquête effectuée sur terrain dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses. Le niveau de prévalence contraceptive que va apporter les résultats de notre entretien nous informe sur le niveau des besoins non satisfaits en planification familiale dans la zone d'étude.

5.1. Connaissance des méthodes de planification familiale

En analysant les résultats de notre enquête, nous avons constaté qu'en fonction du niveau d'éducation, les femmes et tous les hommes qui avaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieure, connaissaient au moins une méthode moderne. Le niveau de connaissances en ces méthodes avait baissé chez les femmes et chez les hommes qui n'avaient aucune éducation formelle. Beaucoup de femmes ne considèrent pas leur comportement sexuel comme pouvant présenter un risque suffisamment important pour justifier l'utilisation d'une contraception.

Le tableau suivant montre le nombre de méthodes contraceptives déjà entendues par les enquêtés en fonction des zones :

Tableau 5.1. : Méthodes contraceptives déjà entendues par les enquêtés

Zones	Nombre de méthodes déjà entendu					
	Moins de 3 méthodes			Au moins 3 méthodes		
	Effectif	Total	Taux	Effectif	Total	Taux
Giheta	0	49	0.00	49	49	100
Kabanga	6	41	14.6	35	41	85.4
Kiriba	3	26	11.5	23	26	88.5
Ensemble	9	116	7.76	107	116	92.24

Source : Réalisé par l'auteur à partir des résultats de l'enquête.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

L'analyse de ce tableau montre que 92.24% des répondants ont entendues parler des méthodes contraceptives et en citent au moins trois. Les plus citées en sont les contraceptifs injectables, l'implant et le DIU qui constituent les méthodes préférées par les répondantes. La pilule, le condom féminin et la ligature des trompes ont été aussi citées mais pas à la même fréquence que les trois premières. Nous constatons que les répondants de la zone Giheta (100%), Kiriba (88%) et Kabanga (85.4%) sont tous au courant de ces méthodes.

De façon générale, les hommes et les femmes des zones ayant fait l'objet dans l'enquête semblent avoir de l'information au sujet de beaucoup de méthodes de PF. Ceci prouve que la plupart de messages diffusés au sujet de la planification familiale parvient à la population.

La méthode naturelle la plus évoquée était notamment l'abstinence. Deux méthodes paraissent les moins connues par rapport aux autres, étant donné que beaucoup des enquêtés n'en ont pas fait mention. Il s'agit de la vasectomie et le préservatif féminin.

5.2. Choix des méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode contraceptive diffère entre les femmes enquêtées de catégories démographiques différentes. Les femmes mariées utilisent le plus souvent les injectables, les implants hormonaux et la pilule. L'utilisation des préservatifs masculins, des dispositifs intra-utérins (DIU), et de la stérilisation féminine sont aussi utilisées, mais pas à la même fréquence que ces trois autres méthodes (les injectables, les implants hormonaux et la pilule : voir *tableau 5.2.*).

La vasectomie est celle qui est la moins ou mal connue parce qu'elle n'est pas pratiquée dans les CDS. Par conséquent, les prestataires des services de PF ne se donnent pas la peine d'en fournir une information claire et complète à la population. Ceci s'accompagne de conséquences dans le sens où certaines rumeurs sont véhiculées autour de cette méthode, la plus répandue étant celle qui dit qu'elle entraîne une impuissance chez l'homme comme le dit cet homme trouvé sur la colline Kiremera : « ...*ariko gushika ubu ntituzi ko umugabo bamufunze burundu yobandanya gushaka umugore.* » Ce qui se traduit : « ...*mais nous ne savons pas, jusqu'aujourd'hui, que quelqu'un qui a subi une vasectomie ne devient pas impuissant*». Il est important que l'utilisateur ou l'utilisatrice connaisse plusieurs méthodes contraceptives afin d'en faire une comparaison et opérer un choix éclairé.

Tableau 5.2. : Types de méthode contraceptive utilisée par chacun des enquêtés au moment de l'enquête

Types de méthode de contraception utilisée pour le moment		
Méthodes	Effectifs	Taux
Injection	59	50.8
Implant	33	28.4
Dispositifs intra-utérin	10	8.7
Pilules	7	6.03
Condom masculin	3	2.6
Méthodes naturelles	2	1.8
Ligature des trompes de Fallope	1	0.87
Condom féminin	1	0.87
Total	116	100

Source : Auteur à partir des données recueillies sur terrain

Les contraceptifs injectables (50.8%), l'implant (28,4%) et le DIU (8.7%) constituent les méthodes préférées par les répondantes. La pilule est également citée par 6.03% des répondantes alors que le condom féminin et la ligature des trompes (0.87%) sont rarement retrouvés dans la pratique contraceptive de la population enquêtée. Les causes fréquemment citées étaient la difficulté que pose l'usage du condom féminin, «...*ahandi naho nibaza ko koshobora kuguheramwo bigatera izindi ngorane* » ce qui se traduit : « ...*d'autre part je pense que ça (le condom féminin) pourrait être impossible à l'enlever et ça engendrait d'autres complications* ». L'exigence de l'opération chirurgicale pour la ligature des trompes fait que cette méthode ne soit pas sollicitée par la population. Très peu de femmes parmi les enquêtées recouraient à une méthode traditionnelle (1.8%). Cependant, parmi les femmes célibataires sexuellement actives, le préservatif masculin était la méthode la plus couramment utilisée.

5.3. Relation entre l'utilisation des méthodes contraceptive et l'âge

Les comportements des individus varient généralement d'une génération à une autre. Les résultats de notre enquête montrent qu'il y a une relation entre l'utilisation des méthodes contraceptives et les différentes tranches d'âge. Par rapport à l'âge, la majorité des enquêtées (83 enquêtés sur 116) ont un âge compris entre 21 et 35 ans, soit une proportion de 70,7%. Les

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

faibles proportions sont observées chez les plus jeunes (classe d'âge comprise entre 15 et 20 ans) avec respectivement 19,3% et les plus âgées (classe d'âge comprise entre 36 et 49 ans), avec 10%.

L'utilisation des contraceptives telles que la pilule, des injectables et des implants suit généralement la même tendance que l'utilisation des autres contraceptifs en général, avec un pic chez les femmes âgées de 30 à 39 ans. La stérilisation féminine, cependant, augmente avec l'âge, même si elle est encore utilisée par peu de femmes du groupe des plus âgées. Cela s'explique par le fait qu'à cet âge, le couple a déjà eu un nombre d'enfants voulus.

Tableau 5.3. : Nombre d'accouchement selon l'âge des enquêtées

Tranche d'âge	Nombre d'accouchements							
	0 accouchement		1-3 accouchements		4-6 accouchements		7 et plus	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
15-20	6	5.1	0	0.00	3	2.6	0	0.00
21-25	3	2.6	2	1.8	4	3.4	0	0.00
26-30	0	0.00	0	0.00	7	6	0	0.00
31-35	0	0.00	2	1.8	0	0.00	0	0.00
36-40	1	0.87	6	5.1	14	12	5	4.3
41-45	0	0.00	10	8.6	0	0.00	15	13
46-50	0	0.00	13	11.2	0	0.00	25	21.6
Total	10	8.6	33	28.5	28	24	45	38.9
N=116								

Source : Auteur, à partir des données de l'enquête

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Ce tableau montre que la majorité des femmes enquêtées soit 38.9% (tous âges confondus et dans les trois zones), a déjà eu sept accouchements et plus, 24% ont eu plus de trois et 8.6% n'en ont eu aucun. La lecture de ce tableau montre que, généralement le nombre d'accouchements augmente en fonction de l'âge.

5.4. Relation entre l'utilisation des méthodes contraceptive et le nombre d'enfants vivants

Le désir de ne plus procréer est encore lié au nombre d'enfants vivants. Si 64 pourcent des femmes qui ont 5 enfants ne veulent pas d'autres, la proportion passe à 93 pourcent parmi celles ayant 7 enfants ou plus. Les autres femmes, bien qu'elles ne soient pas en nombre bien remarquables veulent accoucher autant d'enfants qu'elles en sont capables de mettre au monde. Comme de la pilule et du préservatif masculin, l'utilisation de toutes les autres méthodes augmente parallèlement au nombre d'enfants vivants qui soit aussi en hausse. L'utilisation de la pilule est restée relativement stable avec le nombre d'enfants vivants tandis que l'utilisation du préservatif a augmenté lorsque le nombre d'enfants vivants a augmenté.

5.5. Lien entre le niveau d'étude et l'utilisation des méthodes contraceptives

L'utilisation de la pilule, des injectables, et du préservatif masculin en général, était en hausse quand le niveau d'instruction augmentait. La stérilisation féminine était la plus élevée parmi le groupe de femmes sans instruction et les femmes ayant une éducation secondaire ou plus. Quant à l'utilisation du DIU, des implants et des méthodes traditionnelles, la prévalence était plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire.

Tableau 5.4. : Nombre d'enfants vivants des femmes enquêtées selon leur niveau d'instruction lors de l'enquête

Niv. d'instruction	Nombre de femmes (15 – 49 ans)	Enfants vivants	Myn. Enfant/femme
Non scolarisées	58	510	9.8
Primaire	31	189	6
Secondaire	22	91	4.1
Universitaire	5	11	2.2

Source : Auteur, à partir des données d'enquête.

Il ressort du tableau 4.3. Qu'il y a des écarts plus remarquables entre la fécondité des femmes analphabètes et celles qui sont alphabétisées. Cela est due au fait que les jeunes filles qui abandonnent ou qui n'ont pas fréquenté l'école connaissent tôt la première grossesse, vue que la contraception chez beaucoup de femmes enquêtées consistait à espacer plutôt que limiter les naissances.

5.6. Grossesses non désirées et non planifiées

Compte tenu de l'utilisation relativement faible d'une contraception fiable, il n'est pas surprenant d'enregistrer des grossesses indésirables chez les femmes de Giheta. Alors qu'une proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées ont déclaré que leurs grossesses au cours des cinq dernières années avaient été désirées, d'autres d'entre elles aimeraient avoir la grossesse à une date ultérieure. Il y avait aussi d'autres femmes qui auraient préféré ne pas avoir de grossesses du tout ; ce qui nous fait constater l'existence des grossesses non désirées étonnamment chez les femmes mariées.

Ainsi, une des femmes enquêtées âgée de 35 ans de la colline Kibogoye nous a dit: « *...birashobora gushika ugasama utabishaka, kuko nk'akarorero nka jewe, narasamye kandi twari twumvikanye n'umugabo kutarenza abana batatu, ...biragoye, ni ivy'abubatse nyene, ntitwari guca tumwica, mbona n'ababavyarira iwabo badasiba kuvyara.* », c'est-à-dire : « *...ça peut arriver qu'on peut concevoir sans qu'on le veulente, car, moi-même, il m'est arrivé de tomber enceinte alors que moi et mon mari avons décidé de mettre au monde trois enfants seulement. Pourtant celui-ci est le cinquième, c'est difficile, c'est juste une affaire des couples mariés, nous n'aurions pas du tout avorté, alors que même les non conjoints ne s'arrêtent pas de mettre au monde.* »

Les cas de grossesses non désirées ont augmenté avec le nombre de naissances. Cependant, nous avons enquêté des naissances qui n'étaient pas désirées lorsqu'il s'était agi du premier enfant. De tels cas n'ont été constatés que chez les enquêtées qui ont eu leurs premiers enfants à l'âge de 14 à 18 ans. Les grossesses non désirées ont également augmenté avec l'âge de la mère. Surtout, chez les femmes âgées de 34 ans et plus, les naissances étaient prétendues être indésirables alors que des grossesses des femmes âgées de 40 à 44 ans semblaient ne pas être désirées.

5.7. Volonté de limiter les futures naissances

A l'exception de la pilule et du préservatif masculin, l'utilisation des autres méthodes avait augmenté parallèlement au nombre d'enfants vivants.

« ...Kubwanje ntavyo nokora nukuri. Erega ushobora kwifungisha burundu nk'akarorero ugeze ku bana bane, ugaca usanga bose bacye bapfa, none ntuca usigara uricuza icatumye wifungisha ? Uwuzi ubwenge arabavyara bakwiye kugira niyo hagize abapfa hagire n'abasigara »

Ce qui se traduit : *« ...En ce qui me concerne, je ne le ferais pas. Tu peux te faire stériliser définitivement, par exemple quand tu n'as que quatre enfants, et ils meurent tous par après, n'est-ce pas que tu resteras en train de regretter la cause de cette stérilisation volontaire ? Il est intelligent celui qui met au monde autant d'enfants pour que, même quand il arrive que les uns meurent, qu'il y ait aussi les autres qui resteraient. »*

Selon l'analyse de Madame Sylvie, une infirmière responsable du CDS Bukinga, la stérilisation féminine, est préférée suivant l'âge, même si elle n'était encore utilisée que par peu de femmes dans le groupe des plus âgés. L'utilisation du DIU est plus élevée chez les femmes âgées de 35 à 45 ans tandis que l'utilisation du préservatif masculin est plus élevée chez les groupes d'âge plus jeunes, ceci parce que le préservatif est le plus connu, surtout le préservatif Class. En plus il est le plus disponible dans les pharmacies ainsi que dans certains des boutiques sis aux petits centres de la commune.

5.8. Obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives

La raison la plus souvent citée pour ne pas utiliser la planification familiale est la faible fréquence de rapports sexuels. Cette raison a été avancée par la population dans chaque zone étudiée au cours de notre enquête. De même, d'autres femmes, ont évoqué l'absence de leur partenaire comme principale raison. Le tableau suivant synthétise les causes de l'arrêt d'utilisation des contraceptives selon l'enquête que nous avons réalisée.

Tableau 5.5. : Causes de l'arrêt d'utilisation des contraceptives chez les enquêtés des trois zones en commune Giheta :

Causes d'abandon des méthodes de PF	Fréquences	Taux
Raison d'avoir un enfant	43	37.1
Raison des effets secondaires	34	29.3
Raison d'inefficacité de la contraception	7	6
Suite aux enseignements religieux	13	11.2
Partenaire contre les méthodes contraceptives	4	3.4
Vouloir se reposer car les injections étaient nombreuses	3	2.6
Raison des médisances à propos des méthodes	5	4.3
Difficile à utiliser	2	1.8
Autres	5	4.3
Total	116	100

Source : Auteur, à partir des données de l'enquête

A partir du tableau 4.5., nous remarquons que parmi toutes les femmes qui ont arrêté d'utiliser une méthode contraceptive, la proportion de celles l'ayant fait pour un désir de grossesse s'élève seulement à 37.1%. Nous voyons que parmi les autres causes d'arrêt, les effets secondaires viennent en première position (29.3%). Nous remarquons, en outre, que les femmes ayant arrêté la méthode pour cause d'inefficacité représentent 6% tandis que les enseignements religieux occupent 11.2% des cas.

En effet, une des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus nous a dit qu'elle entend souvent des histoires des contraceptives chez les agents de santé communautaires via les sensibilisations de la population à pratiquer le planning familial. Selon elle, les contraceptives ne sont qu'une affaire de celles qui vivent avec leurs partenaires. Les femmes dont leurs maris sont allés loin d'elles pour gagner la survie de la famille, et qui reviennent une ou deux fois toute l'année ne peuvent jamais recourir à la planification familiale. Compte tenu de la faible fréquence de rapports sexuels ou de l'absence d'un partenaire, les femmes peuvent ne pas percevoir la nécessité de la contraception.

5.9. Planification familiale et utilisation de la contraception

La plupart de femmes enquêtées soit 82.6% utilisent les méthodes contraceptives¹² pour espacer les naissances alors que le reste des enquêtées ont utilisé les méthodes contraceptives pour limiter les naissances (17.4%). Etant donné l'âge assez jeune à la première grossesse (16ans), cette contraception ne permet pas d'atteindre l'objectif de diminuer le nombre d'enfants par femme durant toute la vie féconde. L'analyse réalisée à partir des données de notre enquête, bien que la prévalence contraceptive se soit beaucoup améliorée ces dernières années¹³, on constate que les femmes pratiquent la contraception moderne en vue d'espacer les naissances. L'enquête nous a fait comprendre que le comportement d'arrêt de fécondité intervient surtout après avoir donné naissance à plus de cinq enfants.

5.9.1. Opposition à l'utilisation

Une autre raison principale justifiant la non-utilisation de la planification familiale est l'opposition nette par rapport à son utilisation. Cette opposition a été la principale raison fournie par les personnes interrogées au cours de l'enquête. De même, des femmes dans chaque zone étudiée ont évoqué leur opposition personnelle comme raison principale pour ne pas recourir à des méthodes de planification familiale. L'opposition exprimée par les autres, notamment les maris, peut aussi être un obstacle à leur utilisation. Une femme mariée n'utilisant pas la planification familiale, avait évoqué le refus de son mari comme raison principale :

« Kubwanje narashaka kuja kuburyo..., umusi umwe nagize ndabikoza umugabo yarampakije ngo nzoce ntera menya iyo ntaha,... » Ce qui se traduit : *« Quant à moi, je voulais pratiquer ces méthodes..., le jour quand je l'ai dit à mon mari, il s'est tellement énervé et m'a dit de ne pas rentrer chez lui au cas où je pratiquerais ces méthodes... ».*

D'autres femmes ont évoqué des complications et échecs après usage. Ceux-ci diffèrent d'une méthode à une autre. Ainsi par exemple, pour le cas du stérilet ou dispositif intra-utérin, plusieurs femmes ont témoigné qu'elles ont été sujettes de diverses complications notamment des hémorragies, des douleurs, des maux de tête,...

¹² Nous avons cumulé l'effectif des utilisatrices de méthodes naturelles et modernes, vu que les méthodes de contraceptions naturelles sont rarement connues par nos enquêtées.

¹³ Nous n'avons pas pu trouver d'écrits officiels sur les contraceptives à Giheta, mais les prestataires affirment qu'il y a eu une amélioration du nombre d'utilisateurs des contraceptives qui, pourtant ne visant pas à limiter, plutôt espacer les naissances.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Signalons aussi que l'opposition à l'utilisation des contraceptives peut être aussi à l'origine des simples ouïes dire comme nous l'avons été raconté par cette femme : « *Igihe numva abaganga babivuga narabishimye. Ariko munyuma numvise abandi bagore bavuga ko bifise ingaruka mbi. Naciye numva ko ntofata ibintu binyononera ubuzima* » : Ce qui se traduit : « *Quand j'ai entendu les médecins en parler, ça m'a motivée. Mais après, j'ai entendu de mes paires que ça a des effets négatifs. Je me suis dit que je ne prendrais vraiment quelque chose qui perturberait mon organisme* »

5.9.2. Normes socio-culturelles dans la constitution de famille et la maternité

Les comportements, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction et sexuelle sont intimement liés aux croyances et aux représentations socioculturelles sur tout le territoire burundais. Les normes socioculturelles jouent un rôle important en influençant la constitution de la famille, la maternité et les autres décisions pertinentes en matière de santé de la reproduction. En général, il semble qu'à Giheta, la norme et la fondation rapide d'un foyer est d'avoir une descendance nombreuse.

5.9.3. Désir de famille nombreuse

A Giheta, les familles nombreuses résultent d'abord d'une forte valorisation de la fécondité observable dans toutes ses trois zones. Cette forte valorisation de la fécondité se manifeste par un désir chez les hommes et chez les femmes d'avoir de nombreux enfants. La grande majorité des femmes enquêtées ont tendance à souhaiter avoir en moyenne 5 enfants alors que les hommes mariés en désirent plus (8).

Notre étude a révélé que le désir d'avoir une descendance nombreuse est lié à plusieurs perceptions. Ainsi, selon certaines croyances que les enfants seraient indispensables pour insuffler la vie dans la maison et éviter l'isolement et la solitude et contribuent à la vitalité du ménage. Les enfants sont également souvent considérés comme un investissement rentable pour l'avenir. Par exemple, une femme rencontrée à l'hôpital de Kibimba a expliqué que la raison d'avoir beaucoup des enfants est « *pour qu'ils puissent aider leurs familles dans l'avenir* ». Dans tout le milieu rural, les enfants sont perçus plus comme un investissement financier futur qu'un fardeau pour la famille.

5.9.4. Désinformation et les idées fausses

La peur des effets négatifs sur la santé est aussi une perception commune qui est une cause importante de la non-utilisation de la contraception chez les femmes enquêtées. Elle ont déclaré qu'elles n'utilisaient pas de contraception, de crainte du danger que cela pourrait susciter pour leur santé. Dans notre enquête, nous avons eu des femmes qui ont cité la crainte d'effets secondaires comme raison principale d'arrêter ou ne pas utiliser la planification familiale (*Voir tableau précédent*).

Bien qu'il existe des effets secondaires réels pour les différentes formes de contraception, cette crainte est également liée aux mythes et idées fausses communément admis. Par exemple, parmi les femmes connaissant les méthodes de planification familiale interrogées, 24 pour cent croyaient que les injectables contraceptives pouvaient rendre les femmes à jamais stériles. De manière générale, les femmes croyaient que la contraception pouvait nuire à leur santé et ont soutenu que les utilisateurs de la contraception se retrouveraient avec des problèmes de santé.

5.9.5. Mariages précoces

D'une manière générale, un enfant ne peut pas mettre au monde. S'il lui a été possible de mettre au monde, elle serait comptée parmi les adultes même si elle accoucherait à douze ans.

Les renseignements tirés de l'état civil nous a montré que la commune Giheta est généralement marquée par le phénomène des mariages précoces. Cela est dû d'une part à des cas de grossesses précoces qui font que les parents choisissent renvoyer la fille, victime de la grossesse chez le garçon qui l'a engrossé. Si un tel cas se présente, le garçon est alors obligé de se marier à la hâte. D'une autre part, les mariages précoces dans la commune Giheta sont dus à ce que le mariage des burundais est souvent renforcé par la progéniture meulé à la culture burundaise qui promeut la procréation quantitative. Ce sont les femmes en particulier qui ont tendance à se marier précocement.

Alors que les femmes de Giheta continuent de se marier très tôt, l'âge moyen du mariage au niveau national a légèrement augmenté au cours des dernières années. Selon l'EDS de 2012, l'âge moyen pour les femmes âgées de 20 à 49 ans au moment de leur première union était de 18,5 ans. Les hommes se marient généralement plus tard que les femmes et plus de la moitié d'entre eux âgés de moins de 30 ans n'ont jamais été mariés. L'âge du mariage chez les hommes est

généralement fonction de la richesse ; l'âge moyen du mariage dans les ménages les plus pauvres est de 16,5 ans par rapport à 23,2 ans dans les ménages les plus riches (EDS, 2012).

5.9.6. Religion, un grand obstacle à la planification familiale

Notre enquête a révélé de nombreuses raisons d'ordre religieux pour la non-utilisation de la planification familiale.

En effet, la religion a servi de barrière à l'utilisation de la planification familiale. Comme nous l'avons constaté dans les interviews avec les personnes de catégories socioprofessionnelles différentes, certaines religions sont ouvertement opposées à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et favorisent plutôt les méthodes naturelles. C'est le cas des religions catholique, pentecôtiste et d'autres confessions protestantes. Ces églises vont jusqu'à accompagner cette interdiction de sanctions pour leurs fidèles et cela favorise la non adoption ou l'abandon chez les utilisatrices.

Par ailleurs, les raisons évoquées par les évêques catholiques ne sont pas les mêmes que celles qu'on retrouve chez les protestants. Les catholiques quant à eux parlent du respect que l'homme doit avoir vis-à-vis de son corps. L'homme devrait être capable de se maîtriser sans recourir aux procédés médicaux. Les pentecôtistes, de leur côté, enseignent leurs adeptes que l'homme ne devrait pas aller en contre du plan divin de la création. Chez les musulmans, les fidèles ont la liberté de choix mais les responsables leur conseillent l'utilisation des méthodes naturelles car, selon eux, les contraceptifs modernes ont des effets secondaires nuisibles pour leur santé. Néanmoins, il n'y a pas de sanctions liées à cette pratique chez les musulmans.

Pourtant, la religion ne constitue pas obligatoirement un obstacle à l'utilisation de la planification familiale, parce que, à l'église ce n'est pas surprenant qu'on peut trouver des fidèles aller recevoir de la hostie avec des implants, des trompes ligaturées,... Ainsi, une femme des femmes enquêtées nous a répondu : « *Yemwe, jewe nukuri Imana izombabarira kuko nubundi kuvyara benshi bakagupfirako nabi naco nyene coba ari igicumuro...* ». Ce qui se traduit littéralement : « *Dieu me pardonnera parce que mettre au monde autant d'enfants dont on est incapable de prendre en charge serait aussi un péché* »

5.9.7. Enseignements religieux

Certaines confessions religieuses critiquent les méthodes contraceptives offertes dans les services de santé à travers certains enseignements qui sont des contre-messages à l'adoption des méthodes contraceptives modernes. La plupart de ces messages disent que l'utilisation des méthodes contraceptives est un péché considéré comme un homicide volontaire.

Par exemple, les Pentecôtistes ne veulent pas entendre parler de ces méthodes; ils prêchent qu' « il faut faire le maximum d'enfants car, du temps de la création, Dieu a demandé aux hommes de se reproduire pour que leur descendance soit aussi nombreuse que le sable de la plage ou les étoiles des cieux », selon Alexis NIYUNGEKO, le père de 9 enfants rencontré au dispensaire de Gisuru; il continue en disant en fait que « se protéger d'une grossesse c'est tuer volontairement ».

Néanmoins, ce type d'enseignement religieux ne rencontre pas l'assentiment de tous les fidèles, car nous avons aussi trouvé des hommes et des femmes, surtout parmi les instruits qui nous ont affirmé qu'ils prenaient d'abord en compte la situation de leur ménage avant de s'accrocher à ces enseignements. Etant donné la conjoncture socioéconomique actuelle, de plus en plus de gens prennent conscience que la contraception a des avantages dont ils ne peuvent se passer et mettent en doute ces croyances comme le dit cette femme protestante rencontrée à la colline Muremera en zone Kiriba: « *None adashoboye kubarera Imana izoca iva hariya hejuru ngo ije kubarera? Naho nyene uvyaye benshi udashobora kurera nico ca caha nyene!* » C'est-à-dire « *Si on n'est pas capable d'élever ses enfants, est-ce Dieu qui, du haut du ciel, viendra le faire pour vous ? Donc, si on donne naissance à des enfants qu'on est incapable de prendre en charge, c'est aussi ce péché en question* ».

Même si cette cause n'a pas la même ampleur que les précédentes, certaines périodes d'enseignements intenses, surtout dans la religion catholique (visite de la vierge Marie aux ménages, accueil de la Croix sacrée dans les foyers, le pèlerinage du 15 août vers Mugeru, le carême) sont accompagnées de phénomènes de retrait de D.I.U et d'implants. Des témoignages éloquentes ont été obtenus à ce sujet dans les groupes de discussions, notamment dans les localités de la Paroisse Notre Dame de la Victoire de Giheta, la Paroisse de Murayi ainsi que ceux de la paroisse Mukobe. Plus d'un médecin ont également approuvé cette information. La religion

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

catholique ainsi que certaines confessions protestantes (pentecôte entre autres) enseignent que l'adoption des méthodes contraceptives modernes est contraire à la foi chrétienne, ce qui pousse certaines femmes à les abandonner au profit des méthodes naturelles.

Signalons que lors des interviews conduites auprès de quelques responsables des différentes paroisses de la commune Giheta, nous avons remarqué que les positions sont diversifiées entre responsables d'une même confession religieuse. Par exemple, les leaders catholiques de haut niveau et certains leaders des congrégations sont unanimement opposés à l'utilisation des contraceptifs modernes mais au niveau de la base, il ne nous est pas été rare de trouver des catéchistes qui disent à leurs fidèles d'avoir une procréation responsable en faisant recours aux méthodes contraceptives naturelles ou modernes en cas de nécessité. Ce qui est un message nuancé. Ici, on peut penser que les prêtres ou les adeptes des congrégations catholiques différentes nient catégoriquement les contraceptives modernes parce qu'ils ne sont pas beaucoup intéressés par la question de progéniture. Leur appel n'a rien à voir avec la descendance.

Parmi les femmes qui ont évoqué une opposition par rapport aux enseignements religieux, nous avons eu des interrogées qui avaient dit qu'elles n'utilisaient pas les contraceptives non pas parce qu'elles croient que la religion s'y oppose. Beaucoup d'eux ne croyaient pas nécessairement que la religion s'opposait de façon nette à la planification et ont évoqué d'autres croyances fatalistes sur la fécondité. Elles n'utilisaient pas de contraception parce que « *la procréation c'est de la volonté de Dieu* ».

5.9.8. Causes d'abandon selon certains informateurs.

Les informateurs répondant à la question de savoir les causes principales qui seraient à l'origine des cas d'abandon de la pratique contraceptive chez les utilisatrices ont évoqué les quatre principales causes suivantes :

- Les rumeurs sur les effets secondaires
- Les croyances religieuses
- La survenue d'effets secondaires
- La non adhésion du conjoint

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

Les informations obtenues lors d'interviews organisées auprès des médecins évoquent d'abord des enseignements religieux comme principale raison à l'origine de l'abandon de la pratique contraceptive puis les rumeurs sur les effets secondaires.

Les entretiens avec les prestataires nous ont fait constater que la majorité d'eux reconnaissent l'existence de rumeurs développées quant aux effets secondaires des méthodes contraceptives. Ils suggèrent la nécessité de renforcer les stratégies de communication au sujet d'effets secondaires liés à l'utilisation de chacune des méthodes contraceptives et sur la meilleure attitude à prendre en cas de survenue de ces effets. Ceci pourrait davantage rassurer les utilisatrices et contribuer à l'amélioration de l'utilisation continue des services de planification familiale.

Il a été également demandé aux prestataires de services de PF quelles sont les méthodes qui étaient le plus souvent accompagnées d'effets secondaires. Les méthodes les plus évoquées comme étant à l'origine d'effets secondaires sont: les injections, les implants, le dispositif intra-utérin, les pilules œstro-progestatives,...

Selon Mme Scholastique NTIRANYIBAGIRA la responsable du CDS Giheta, la plupart des méthodes contraceptives préférées sont les injections et les implants. Celles-ci entraînent des métrorragies ou des douleurs pelviennes, ce qui est à l'origine de la plupart des abandons. Elle continue en désignant d'autres effets des contraceptifs que subissent souvent les femmes. Ce sont en occurrence les douleurs abdominales et la sécheresse vaginale qui peut également perturber la vie conjugale. La plus redoutée est la stérilité secondaire.

En définitive, l'analyse de données issues de notre enquête montre que l'augmentation du nombre d'accouchements est en fonction de plusieurs modalités dont on peut citer par exemple : l'âge, les normes socio-culturelles dans la constitution familiale en ce qui est du désir de famille nombreuse ainsi que la religion et ses enseignements. Il fallait donc décourager, voire exclure certains comportements et mentalités en matière de fécondité, par exemple le fait de considérer l'enfant comme s'il est exclusivement un don de Dieu et qu'avoir beaucoup d'enfants est parmi les bénédictions de l'au-delà.

5.9.9. Discussion des résultats

L'objectif de notre étude était de vérifier si les mesures prises par le gouvernement du Burundi depuis les années 1980 pour faire face à la variation de la population auraient eu un impact positif en ce qui est de l'atténuation de la croissance démographique. Pour ce faire, nous avons identifié des thèmes de départ à travers une revue de littérature complétée par les discours des enquêtés.

En effet, en nous basant sur les réponses issues de nos enquêtés dans le but de vérifier nos hypothèses, nous avons remarqué que les politiques de population mis en place au Burundi depuis 1983, n'ont pas abouti à des résultats efficaces de réguler la croissance de la population dans la commune Giheta, pour des raisons diverses. Nous pouvons citer entre autres les normes socioculturelles qui jouent un rôle très important en influençant la constitution de la famille.

Pour les Burundais, avoir un grand nombre d'enfant est un signe d'honneur comme l'ont avoué les uns de nos enquêtés. Pourtant, nos enquêtes sont contre l'idée de Nzobonakura (1986). D'après lui, un grand nombre d'enfants est un problème à la famille et à l'Etat du fait que l'étendue des terres à cultiver reste la même alors que la croissance démographique garde un certain rythme croissant. Par contre, il semble qu'à Giheta, la norme et la fondation rapide d'un foyer est d'avoir une descendance nombreuse. Par exemple, pas moins d'une femme parmi lesquelles nous nous sommes entretenus ont expliqué que la raison d'avoir beaucoup des enfants est « *pour qu'ils puissent aider leurs familles dans l'avenir* ». Or, comme nous l'avons dit dans l'avant-propos de ce travail, les jeunes garçons de la commune Giheta quand ils deviennent adultes migrent vers les autres localités du pays voire à l'étranger pour s'y installer. Le constat est que, s'ils leurs arrivent de revenir dans leurs familles après de longues années, ils n'apportent pas de changement remarquable dans les familles. Par contre, s'il arrive qu'ils reviennent avec une certaine somme d'argent, ils s'en servent pour faire le mariage. Les enfants qu'ils mettent au monde font la reprise du cycle systématique d'assaut sur la même terre cultivable qui ne se multiplie pas. Ici, l'idée de (Townsend, 1787) qui soutient que l'effectif de la population dépend de la quantité de biens de subsistances disponibles n'est pas du tout valable dans notre zone de recherche. Townsend ajoute que le déséquilibre entre la population et la production se résout par le biais de la mortalité afin d'éviter une augmentation illimitée de la population. Ce qui n'est pas le cas dans la commune Giheta, où malgré l'insuffisance des médecins et infirmiers, le progrès de la médecine fait que l'effectif des naissances soit beaucoup supérieur à celui des morts. C'est

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

comparable à ce qu'a dit Paulet en 1994 que, les progrès en santé publique et l'amélioration des conditions de vie ont contribué à faire rapidement baisser la mortalité, qui a entraîné à son tour une accélération de la croissance de la population, laquelle se fit sentir particulièrement en Asie, qui était déjà dans les années 1960 la région la plus peuplée du monde (Paulet, 1994). C'est donc le même cas pour la commune Giheta.

Les enquêtés de notre zone d'étude connaissent mieux l'existence des mesures prises par le gouvernement du Burundi pour faire face à l'explosion démographique, et surtout la politique d'utilisation des méthodes contraceptives. Nos enquêtés ont pu citer quelques méthodes contraceptives modernes couramment utilisées. Ils ont cité notamment les contraceptifs oraux (les pullules), injection, les implants contraceptifs, la méthode de calendrier (méthode continence périodique), l'allaitement au sein, les l'abstinence, préservatif masculin, condom féminin, le DIU et la ligature des trompes de Fallope. Tout cela prouve que les personnes enquêtées sont informées sur les politiques de population, surtout en ce qui est des méthodes contraceptives mais avouent qu'ils ne peuvent jamais les utiliser suites aux effets négatifs que causent ces méthodes sur la santé. C'est pareil à ce qui est arrivé au Pakistan dans les années 1960 comme le dit François en comparant avec le cas contraire du Bangladesh : Selon lui, un programme de planification familiale médicalisé a échoué au Pakistan, alors que la population y était relativement plus instruite tandis que pour le Bangladesh, un programme plus novateur, avec une stratégie de visites de porte-à-porte, a donné de bons résultats alors que le contexte socio-économique y était a priori plus défavorable (François, 2006).

Si 82.6% des enquêtés utilisent les méthodes contraceptives pour espacer les naissances alors que le reste des enquêtées ont utilisé les méthodes contraceptives pour limiter les naissances (17.4%), nous avons compris que le comportement d'arrêt de fécondité intervient après avoir donné naissance à plus de cinq enfants. Ce qui montre que la population de notre zone d'enquête donne toujours une grande importance à une nombreuse descendance.

Bref, l'hypothèse formulée en disant que « La population de la commune Giheta ignore les mesures prises par le gouvernement pour faire face à l'explosion démographique » est à rejeter. Pourtant, les enquêtés citent quelques défis liés à l'utilisation des contraceptifs, pas parce qu'ils

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

les ont subi, mais parce qu'ils ont entendu des rumeurs d'ici et là. D'autres racontent l'opposition du conjoint comme obstacle à l'utilisation.

La religion et ses enseignements ont aussi servi de barrière à l'utilisation de la planification familiale. Certaines religions sont ouvertement opposées à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et favorisent plutôt les méthodes naturelles, qui sont plus souvent reprochées d'inefficacité. Pourtant, la religion ne constitue pas obligatoirement un obstacle à l'utilisation de la planification familiale, parce que, à l'église ce n'est pas rare de trouver des fidèles aller recevoir de la hostie avec des implants, des trompes ligaturées. La preuve en est de cette femme qui nous a dit que *Dieu lui pardonnera parce que mettre au monde autant d'enfants dont on est incapable de prendre en charge serait aussi un péché*. Par contre, certains des enseignements chrétiens soutiennent que l'utilisation des méthodes contraceptives est un péché considéré comme un homicide volontaire vu que les leaders de certaines Eglises se déclarent des « non concernés » par la question de progéniture. Nous pouvons de ce fait confirmer qu' « *A côté des croyances et enseignements religieux, le faible niveau d'éducation, le niveau peu élevé de dialogue dans les couples en rapport avec la planification familiale influent négativement sur l'adoption et la continuité de la pratique contraceptive* » vu que nous avons remarqué la fécondité plus élevée chez les femmes analphabètes par rapport aux alphabétisées.

CONCLUSION GENERALE

La forte croissance de la population est un handicap majeur au processus de développement du pays comme l'affirment les conceptions malthusiennes et néomalthusiennes. C'est alors que les efforts ont été fournis pour améliorer la santé de la reproduction. Cependant, de nombreux obstacles continuent de freiner les progrès réalisés pour faire face à l'explosion démographique.

C'est pour cette raison que nous avons mené cette étude avec objectif de vérifier si l'explosion démographique qui continue à se faire remarquer dans la commune Giheta serait due à l'ignorance de la population vis-à-vis des mesures prises pour faire face à l'explosion démographique. Nous voulions aussi de cet effet analyser la part des croyances et enseignements religieux ainsi que le faible niveau d'éducation surtout chez la femme, par rapport à l'adoption des moyens établis pour atténuer la croissance rapide de la population.

Pour parvenir aux résultats, nous avons fait recours à l'entretien semi-structuré chez un échantillon de 116 femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus suivant une approche qualitative. L'entretien se faisait aux hommes qu'aux femmes qui ont accepté de s'entretenir avec nous. Parmi les 116 personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus, les 4/5 d'elles étaient des femmes. Nous avons préféré cette dominance féminine parce que, la femme est plus concernée par la question de fécondité par rapport à l'homme.

La confrontation des données quantitatives recueillies auprès des institutions qui les disposent, avec les informations qualitatives recueillies lors des entretiens et d'autre collectées sous forme de consultations participatives au près des parties prenantes de notre problématique nous a servie dans l'analyse et vérification de nos hypothèses.

Les informations tirées de personnes enquêtées, de catégories socio professionnelles différentes montrent que la population de notre terrain d'enquête ont reçu des informations sur les mesures de régulation des naissances. 7.76% seulement de nos enquêtés ont cité moins de 3 méthodes contre 92.24% qui ont cité plus de 3 méthodes de contraception. Nos enquêtées citent des sources d'information y relatives comme par exemples les centres de santé qui sont la principale source d'information par laquelle les répondantes sont informées au sujet des différentes méthodes

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

contraceptives. Après le CDS, vient ensuite les médias audiovisuels (radio et télévision¹⁴). Enfin, la troisième source d'informations la plus importante a été des agents de santé communautaire.

Nous remarquons que les couples qui ont été concernés par notre enquête menée dans les trois zones de la commune Giheta sont généralement informés sur l'existence du programme de l'Etat vis-à-vis de la maîtrise de la croissance démographique. Le problème qui se pose mais est le manque d'informations suffisantes pouvant les aider à faire le choix d'une méthode contraceptive à adopter. Leurs connaissances sont donc lacunaires, notamment en ce qui concerne les effets secondaires dû à l'une ou l'autre méthode contraceptive malgré les formations sanitaires publiques de la part des ASC.

Nous pouvons alors rejeter l'hypothèse de départ formulée en disant que les politiques de population mis en place au Burundi depuis 1983, n'ont pas abouti à la réalisation du dividende démographique dans la commune Giheta parce que « *La population de cette commune ignore les mesures prises par le gouvernement pour faire face à l'explosion démographique* ». Les couples savent quand même l'existence des méthodes contraceptives et ils sont conscients que la grande fécondité entraîne l'appauvrissement des ménages mais, ils désirent toujours faire recours aux contraceptives pour avoir des naissances espacées mais pas pour limiter les naissances.

Les principales causes qui font que les utilisatrices refoulent la méthode adoptée, bien que citées par les bénéficiaires que par les prestataires ont trait aux effets secondaires (29.3%), aux enseignements erronés, religieux et les rumeurs (15.5%), l'incompétence des prestataires (communicationnelle et technique) et l'opposition du conjoint à la pratique contraceptive (5.2%). Les effets secondaires sont les plus souvent incriminés aux méthodes hormonales (injections et implants) ainsi que le DIU.

Les raisons culturelles ont été aussi avancées à l'encontre de la contraception (37.1%), raison pour laquelle il faut se pencher à l'éducation de la femme avant d'insister sur le contrôle plus strict des naissances. Lors de notre enquête, nous avons constaté aussi des cas d'abandons des contraceptives qui sont dus aux fausses informations divulguées par des personnes profanes en la

¹⁴Certains établissements sanitaires sont munis des écrans projecteurs d'images dans leurs salles d'attente pour les patients. On y fait passer des émissions différentes relatives à la santé.

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

matière ainsi que d'autres personnes qui ne favorisent pas la diffusion de ces méthodes surtout les gens de l'église qui à eux seuls prennent une proportion de 11.2% des répondants.

Nous tenons de ce fait à confirmer notre hypothèse, que les politiques de population mis en place au Burundi depuis 1983, n'ont pas abouti à la réalisation du dividende démographique dans la commune Giheta parce que, « *A côté des croyances et enseignements religieux, le faible niveau d'éducation, le niveau peu élevé de dialogue dans les couples en rapport avec la planification familiale influent négativement sur l'adoption et la continuité de la pratique contraceptive* ».

Toutefois, les autorités politiques, sanitaires et religieuses devraient être plus coactives et harmoniser leurs actions en vue d'une efficacité plus remarquable et faire face aux facteurs socioéconomiques, culturels, démographiques et comportementaux qui expliquent la faible adhésion et la non-utilisation continue des méthodes contraceptives.

Nous souhaitons que les résultats de ce travail suscite une prise de conscience à n'importe quelle personne qui se sent concernée par la question de population à se réveiller pour l'amélioration du niveau et qualité de vie de la population de la commune Giheta de nos jours et des générations à venir. La gestion plus efficace des questions de population dans l'optique du développement humain durable, la scolarisation surtout des filles, les sensibilisations à la reprise pour les uns, et la continuité pour les autres de la pratique contraceptive via la communication et la prise en charge des utilisatrices ayant subi des effets secondaires, la compétence des prestataires et le renforcement du dialogue en rapport avec la PF au sein des couples pourraient avoir un impact positif sur la démographie galopante qui s'observe dans la commune Giheta.

Pourtant, les lacunes dans la connaissance et l'utilisation de la contraception, les préférences ou attitudes des couples par rapport à la fécondité n'avaient jamais été jusqu'alors évalués dans la commune Giheta. Pour cette raison, nous avons manqué de données quantitatives fiables pouvant nous servir de base d'analyse sur la fécondité ainsi que d'autres variables y relatives. Nous aimerions alors, une fois que les moyens nous le permettraient, continuer notre étude dans une marge d'erreur d'au moins 5% et plus précisément sur les préférences des couples par rapport à la fécondité. Cela pourrait donner une vue d'ensemble sur l'évolution des mentalités qui soutiennent qu'avoir beaucoup d'enfants constitue une richesse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ouvrages généraux

1. Adolphe L., *Traité de démographie*. Paris: Payot, 1945
2. Attané L., *La fécondité chinoise à l'aube du XXI^e siècle: constats et incertitudes*. Population, vol. 55, num. 2, 2000, p. 233-264
3. Attané L., *La planification familiale en Chine, pour ou contre la femme ? Bilan de trois décennies*. Dossiers du CEPED, n° 60, Paris, 2000
4. Berg R.J., Whitaker J.S., *stratégie pour un nouveau développement en Afrique*, Paris Economica, 1980
5. Blanchet D., *Le vieillissement de la population: quel impact sur la société?*, in INED, Populations. L'état des connaissances, La Découverte, Paris, 1996, p. 89-91
6. Campenhoudt V. L. et Quiy R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 4^{ème} édition, 2011, 262p.
7. Cantillon R., *Essai sur la nature du commerce en général*. Paris, INED, 1952
8. Charbit Y., *Malthus populationniste? Une lecture transdisciplinaire*, Population, vol. 53, num. 1-2, 1998, p. 113-137
9. Danvers, *700 mots -clefs pour l'éducation*, PUF, 1992
10. De Santis G., *Les politiques natalistes dans les pays industriels*, in : Graziella C., Jacques V. et Guillaume W. (dir.), *Démographie: analyse et synthèse*. Volume VII. *Histoire des idées et politiques de population*, p. 265-282. – Paris, INED, 2006
11. Fauve C., *Malthus hier et aujourd'hui*, Éditions du CNRS, Paris, 1984
12. François H., Traduction: Pierre G. M., *Politiques démographiques*, PUF, 2006. 217p.
13. Gendreau, F., *La population de l'Afrique : Manuel de démographie*, Paris, KarthalaCEPED, 1993, p463.
14. Guilmoto C.Z., *Micro-économie de la fécondité, Quelques réflexions à partir du cas indien*, Paris, 1996

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

15. Henry L., *Fécondité des mariages, nouvelle méthode de mesure*, INED, 1953
16. Jacques V., *Le Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Armand Colin 2011, 258 p.
17. Landry A., *La révolution démographique. Étude et essai sur les problèmes de la population*, Paris, Librairie du recueil Sirey, rééd. 1982, Paris, Institut national d'études démographiques.
18. Le Bras H., *The nature of demography*, Princeton University Press, 2008
19. Legendre P., *L'Amour du censeur : essai sur l'ordre dogmatique*, Seuil, 2005
20. Locoh T. et Vandermeersch C., *La maîtrise de la fécondité dans les pays du tiers monde*, in : Graziella C., Jacques V. et Guillaume W. (dir.), *Démographie: analyse et synthèse. Volume VII. Histoire des idées et politiques de population*, Paris, Dunod, 2006 p. 193-250.
21. Malthus, T.R., *An essay on the principle of Population, as it affect the Future Improvement of Society with Remarks on the Speculation of Mr. Godwin, M. Condorcet and Other writers*, LONDON: Printed for J. Johnson, in St. Paul's Church-yard, 1798.
22. Martin P.G., *Politique démographique*, Paris Economica, 2006, 195p.
23. Melon J.F. - *Essai politique sur le commerce*, Paris, 1734
24. Ngatchou R. D., *Déclarations de politiques de population en Afrique au Sud du Sahara : des prises de position des Politiques en matière de population*, Bahia-Brésil, IUSSP, février, 2020, p4.
25. Notestein F.W. "Population: the long view". In *food for the World*. Edited by Schultz E., University of Chicago Press, 1945.
26. Pires A., *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*, Chicoutimi, 1997.
27. Pressat R., *Dictionnaire de démographie*, Paris, PUF, Paris, 1979. –VI-297p.
28. Sauvy A., *Théorie générale de la population, Economie et croissance*, PUF, Paris, 1963. Vol.1

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

29. Temple W., *Observations upon the United Provinces of the Netherlands*. London, 1872
30. Townsend P., *A Dissertation on the Poor Law*. London, 1787.
31. Tucker J., *Reflections on the Expediency of a Law for the Naturalization of Foreign Protestants*. London, 1751
32. Vallin J., *Les politiques démographiques sont-elles efficaces ?*, PUF, Paris 2015
33. Vilquin E., «*Histoire de la pensée démographique jusqu'en 1940*», sous la direction de Graziella C., Jacques V. et Guillaume W., in *Démographie : analyse et synthèse VII, Histoire des idées et politiques de population*, Editions de l'INED, Paris, 2006
34. Willems E., *Dictionnaire de Sociologie*, Adaptation française par Armand C. (Petite Bibliothèque sociologique internationale), Paris, M. Rivière, 1970

2. Rapports et publications

1. ADLP; sous tutelle du MDC, *Plan Communal de Développement Communautaire (PCDC)*, MARS 2013, 125p.
2. BANQUE MONDIALE (1981) - *Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, 1981.
3. Barankeba, P., *Analyse des interrelations entre la dynamique démographique et développement économique au Burundi*, IDC, Bujumbura, 2006.80p.
4. INED, *Natalité et politique démographique*, Paris, PUF, 1976, 162p.
5. ISTEERBU, *Deuxième enquête démographique et santé au Burundi (EDSB-II)*, Bujumbura, 2010

-*Rapport des projections démographiques du Burundi 2010-2050*, Bujumbura, 2016.

-*Troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III)*, 2016-2017, Bujumbura, Décembre 2017.

- *Annuaire statistique du burundi 2018*, Bujumbura, Décembre 2019
6. Ministère du Plan et du Développement Communal, *Déclaration du Gouvernement en matière de politique démographique nationale*, Bujumbura, Juillet 2011
7. Ministère du plan (UPP), *Politique Nationale de Population du Burundi : document de base (version provisoire)*, Bujumbura, Septembre 1992, p10-38.
8. MSPLS, Banque Mondiale, OMS, *Enquête d'évaluation de la disponibilité et de la capacité Opérationnelle des services de santé (SARA)*, Bujumbura, 2017
9. MSPLS, *Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents*, PSN-SRMNIA: 2019 – 2023 ; Janvier 2019.
10. MSPLS, PNSR, *Rapport d'activités du Programme National Santé de la Reproduction, exercice 2017 : Bilan du PNSR 2017*, Bujumbura 2018
11. MSPLS, *Stratégie Nationale de Santé de la Reproduction*, Bujumbura, 2015.
12. MSPLS, UNFPA, *Etude sur les grossesses en milieu scolaire*, Novembre 2013

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

13. NATIONS UNIES, *Rapport sur la conférence internationale sur la population et le développement*, Bucarest, 1974.
14. MINISTERE DES FINANCES, *Les effets des facteurs démographiques sur le développement social et économique*, Bujumbura, Janvier 2012.
15. PNUD, *Rapport sur le Développement Humain 2019 : au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent: les inégalités de développement humain au XXIème siècle*, UN Plaza, New York, NY. 1007 Etats Unis, 2019, 29p.
16. REPUBLIQUE DU BURUNDI, *IVème Plan Quinquennal de Développement Economique et Social du Burundi 1983-1987*, Bujumbura 1983, 173p.
- Vème Plan Quinquennal de Développement Economique et Social du Burundi 1988-1992*, Bujumbura 1988, 173p.
- Vision du Burundi 2025*
- *Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté 2006-2012.*
- *Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte Contre la Pauvreté CSLP II 2012-2017.*
17. RESEARCH GATE, *Déclarations de politiques de population en Afrique au Sud du Sahara : des prises de position des Politiques en matière de population ?*, Dakar, 2020, p.31
18. UPP Burundi, *Rapport sur le débat national sur la politique nationale de la population au Burundi*, Bujumbura, 1993, 44 p.

3. Thèses et mémoires

1. Bagayogo M., *Evaluation et problématique des méthodes contraceptives au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako*. Thèse méd, FMPOS, Bamako, 2004, n° 19M130
2. Gatabazi J. C., *Population et développement : essai d'analyse anti malthusienne*, Mémoire, UB, Bujumbura, octobre, 2002, 85p.
3. Igiraneza, A., *Impact de la pression démographique sur la croissance économique dans les pays en voie de développement : cas du Burundi (1985-2016)*, Mémoire, UB, Bujumbura, octobre, 2017 ,56p.
4. Manirakiza R., 2008. *Population et developpement au Burundi*, p 226.
5. N'djigaba M., *Etude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives de longue durée et Dépo provera dans le CSCOM U de Banconi*, Bamako, 2020, 78p.
6. Ndoricimpa (J.C) *Etude de l'Action de l'Etat en matière de population au Burundi*, Bujumbura, 1994, p.5
7. Nizigiyimana, J. P., *La croissance démographique et ses implications sur la planification économique au Burundi (1990-2012)*, Mémoire, UB, Bujumbura, Décembre, 2014, 113p.
8. Ntakarutimana (M.), *Vers une politique de population et de planification familiale au Burundi*. Mémoire, Louvain La Neuve, 1991, 49 feuilles.
9. Nzobonakura (S) : *Les paysans Burundais face aux problèmes de régulation des naissances*, Mémoire inédit, UB, FPSE, 1986, p.155

4. Webographies

1. <https://www.futura-sciences.com>, (consulté le 09 juin 2022.)
2. <https://economy-pedia.com/11036052-demographic-policy>; (consulté le 02 mai 2022).
3. [https://www. Cairn. Info/revue études 20012 11 page 441.htm](https://www.Cairn.Info/revue_etudes_20012_11_page_441.htm) : le rôle/des politiques/de population. (consulté le 05 janvier 2022)
4. https://www.erudit.org/fr/revues/cqd/1977_v6_n3.../600757ar.pdf: La démographie et la politique démographique (consulté le 18 janvier 2022)

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

5. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/baisse-de-la-fertilite-et-de-la-fecondite-pourquoi> (consulté le 17 novembre 2021)
6. [www.Ceped.org/cdrom/integral_publication.../pdf/cc 36](http://www.Ceped.org/cdrom/integral_publication.../pdf/cc_36). PDF: politique démographique, planification familiale et transition démographique. (Consulté le 15 mars 2022)
7. <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-vasectomy-evidence-burundi-final-french.pdf> (consulté le 12 mars 2022).
8. https://www.memoireonline.com/05/10/3479/m_Population-facteur-de-developpement-en-Afrique0.html (consulte le 08 février 2022)
9. [file:///D:/Downloads/\(PDF\)%20POLITIQUES%20ET%20POPULATION.html](file:///D:/Downloads/(PDF)%20POLITIQUES%20ET%20POPULATION.html) (consulté le 10 novembre 2022)

Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au Burundi : cas de la commune Giheta

ANNEXES

Annexe 1 : Evolution de la population de la commune Giheta 1979-2007

An.	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Pop.	50537	51657	52845	54166	55520	56908	58330	59788	61283	62815	64385	65995

An.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pop.	67645	68126	-	62516	64167	64533	64846	65430	66011	66849	67538	68379

An.	2003	2004	2005	2006	2007
Pop.	68984	69560	71238	71993	72529

Source : Auteur, à partir des données des rapports annuels de l'Etat civil, 2021

Annexe 2 : Personnes résidentes à Giheta selon la province d'origine et le sexe

Provinces	Masculin	Féminin
Bubanza	4	6
Bujumbura Mairie	9	11
Bujumbura Rural	7	3
Bururi	2	5
Cankuzo	2	4
Cibitoke	-	2
Mwaro	11	7
Karusi	2	5
Kayanza	1	6
Kirundo	-	-
Makamba	3	7
Muramvya	13	17

Muyinga	-	3
Ngozi	4	9
Rutana	-	1
Ruyigi	-	2
Gitega	35253	37645
Taux	0.17	0.23

Source : ISTEERU, 2008

Annexe 3 : Indicateurs du secteur de la santé

Principaux indicateurs	Indicateur actuel	Normes nationales	Ecart
Habitants/Médecin	-	10000	-
Habitants/infirmier	2064	1000	1064
Habitant CDS	1268	0%	2680

Source : BPS Gitega, 2021

Annexe 4 : Ratios de l'Enseignement fondamental de la commune Giheta, 2021

Ratios	Ratio écoliers/classe	Ratio écoliers/enseignant	Ratio enseignant/classe	Ratio écoliers/bancpupâtre
Commune	87	45	1	4
Province	74,7	49,3	1,4	3,5

Source : DCE Giheta, Mai 2021.

Annexe 5 : Les principaux ratios de l'Enseignement post-fondamental de la commune Giheta (fin 2021)

Ratios	Ration élèves/classe	Ratio Elève/enseignant	Ratio enseignant/classe	Ratio élèves/ banc-pupâtre
Commune	56	36	1	3
Province	61,4	37,2	1,7	2

Source : DCE Giheta, 2021

Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif

Terrain de l'enquête : GIHETA

Sujet de recherche: « Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique au BURUNDI : Cas de la commune Giheta »

Bonjour,

Je m'appelle **Emery NIYITUNGA**, je suis étudiant à l'Université du Burundi, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, en Master II en Sociétés, Pouvoirs, Territoires, et Développement Durable, Option : Population et Développement.

Je suis en train de mener une enquête sur la « **Les politiques de population et leurs impacts sur la croissance démographique de la commune Giheta** » afin de rédiger mon travail de fin d'études de Master.

C'est un entretien envers toute personne de la commune GIHETA, hommes et femmes en âge adulte, qui accepte de s'entretenir avec nous. Le dépouillement des réponses est une tâche lourde et complexe, c'est pourquoi nous vous prions sincèrement de bien vouloir répondre à nos questions, même-si elles touchent votre vie intime.

Les réponses sont anonymes. La stricte et totale confidentialité est assurée.

Nous vous remercions.

A. Question sur l'identification de l'enquêtée

Quel âge avez-vous ?...

Quel est votre lieu de naissance ?...

Quel est votre niveau d'instruction...

Quelle est votre religion ?...

Quel est votre profession ?...

B. Questions sur la fécondité de l'enquêtée

-Quel est votre état matrimonial ?...

-Combien d'enfants nés vivants avez-vous ?...

1. Nombre de garçon...

2. Nombre de filles...

-Vous aviez quel âge lors de votre mariage ? ...

- Parmi les enfants nés vivants, combien sont encore en vie ?...

C. Questions sur la contraception

Il existe des moyens ou des méthodes traditionnelles ou modernes qu'un couple peut utiliser pour espacer ou retarder une grossesse. En connaissez-vous quelques-uns ou en avez-vous déjà entendu parler ? Pouvez-vous les énumérer ? ...

(Si les réponses ne viennent pas) auriez-vous déjà utilisé :

1. Stérilet...

2. Injection...

3. Pilule...

4. Diaphragme...

5. Calendrier...

6. Plantes médicinales...

7. Avez-vous une que vous employez de façon régulière ?...

Si oui, laquelle ?...

8. Quels problèmes majeurs en utilisant telle méthode ?...

D. Questions sur les préférences en matière de fécondité

-Combien d'enfants vouliez-vous avoir au total ?...

-Désirez-vous avoir d'autres enfants ?...

-Selon vous, combien d'enfants jugez-vous suffisant pour un couple ?...

-Auriez-vous rencontré des obstacles pendant que vous désiriez planifier les naissances ?...

Si oui, lesquels ?...

-Arrive-t-il des moments où vous parlez de la contraception avec votre conjoint ?...

Si oui, à quelle fréquence ?...

Annexes 7 : Guide d'entretien semi-directif en Kirundi

Aho itohoza rikorerwa : GIHETA

Umutwe w'itohoza : « Imigambi yo guhangana n'igwirirana ry'abantu n'ingaruka zayo muri komine ya Giheta »

Mwaramutse,

Nitwa **Emeri NIYITUNGA**, ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi, mu gisata c'indome n'ubushakashatsi, mu mwaka wa 2 w'igice ca kabiri ca kaminuza, cisunga ivyirwa bijanye n'ikibano, intwaro, ubutaka n'iterambere rirama. Nakurikiranye ivyirwa bijanye n' *Igwirirana ry'abantu hamwe n'iterambere*.

Ndiko ndakora itohoza rijanye n' « **Imigambi yo guhangana n'igwirirana ry'abantu n'ingaruka zayo muri komine ya Giheta** », mu ntumbero yo kwandika igitabo co kurangiza ivyirwa vy'igice ca kabiri ca kaminuza.

Ni ikiyago tugirana n'abantu bo muri komine GIHETA, abagabo n'abagore bakuze bemeye kuganira natwe. Igikorwa co kwegeranya inyishu, ni igikorwa kiremereye kandi gikomereye, niyo mpamvu tubasavye mutwemerere mutwishure ibi bibazo naho vyoba ari ibirabana n'ubuzima bwanyu bwite.

Inyishu muduha nta mazina dushirako, bizoguma ari ibanga ryacu.

Turabashimiye.A. Ibibazo vy'umwidondoro w'uwishura

Mufise imyaka ingahe ?

Mwavukiye hehe ?...

Mwagarukiye mu mwaka wa akangahe ?...

Musengera mw'idini irihe...

Mukora akazi akahe?...

B. Ibibazo bijanye n'irondoka ry'uwishura

- Mwoba mwubatse ?...

- Mwoba mufise abana bangahe ?...

1. Igitigiri c'abahungu...

2. Igitigiri c'abakobwa....

- Mwangize ubugeni mufise imyaka ingahe?...

- Mu bana mwavuyaye, abariho ni bangahe ?...

C. Ibibazo bijanye n'uburyo bwo kurondoka ku rugero

Hariho uburyo kama canke uburyo bwa none bukoreshwa mu kugabanya canke gutandukanya imvyaro. Mwoba mubuzi canke mwoba mumaze kwumva babuvuga ? Mwoshobora kubudondagura ?...

(Iyo inyishu itabangutse) Mwoba mumaze gukoresha :

1. Akanyuzi...

2. Urushinge...

3. Ibinini...

4. Akagegene...

5. Ikirangamisi...

6. Umuti w'ikirundi...

7. Mwoba mufise uburyo bumwe mukoresha kenshi?...

a) Ubuhe?...

8. Ni izihe ngorane ziterwa no gukoresha ubwo buryo? ...

D. Ibibazo bijanye n' amahitamwo ku vyo kurondoka

-Mwipfuzaza kuvyara abana bangahe?...

-Muripfuzaza kuzoronka abandi bana?

-Kubwanyu, abana bakwiye mu rugo ni nka bangahe?

-Mwoba mwarahuye n'intambanyi igihe mwafashe ingingo yo gutandukanya imvayo?

Nimba ari ego, izo ntambanyi ni izihe?...

-Vyoba bishika mukayaga n'uwo mwubakanye ku bijanye n'uburyo bwo kurondoka ku rugero?...

Nimba ari ego, ni kurugero rungana gute?