

2022-11

Connaissances, perceptions et pratiques des méthodes de planification familiale : cas de la commune Bubanza

NTIRANDEKURA, Pierre

UB

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/358>

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



CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET PRATIQUES DES
METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE :
Cas de la Commune BUBANZA

Par :

Pierre NTIRANDEKURA

Mémoire

présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du Diplôme de Master
en Sociétés, Pouvoirs, Territoires, et Développement Durable

Option : Population et Développement

Sous la direction de :

Directeur : Dr Emile EMERUSENGE

Co-Directeur : Dr Athanase NKUNZIMANA

Bujumbura, Novembre 2022

MEMBRES DU JURY

Président : Pr Aloys NDAYISENGA
Directeur : Dr Emile EMERUSENGE
Co-directeur : Dr Athanase NKUNZIMANA
Secrétaire : M.A Pierre ITANGISHAKA

DEDICACES

A ma chère épouse KUBWIMANA Cassilde ;

A mes parents qui ont guidé mes premiers pas vers l'école ;

A tous mes frères et sœurs ;

A monsieur NIZIGIYIMANA Marc ;

A monsieur BAYAGA Elie ;

A tous ceux qui me sont chers ;

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

A nous seuls, nous ne pourrions pas réaliser ce travail. Celui-ci a été le résultat de la conjugaison d'efforts de la part de nombreuses personnes envers qui nous exprimons nos sincères remerciements.

Nos vifs remerciements s'adressent premièrement au Professeur Emile EMERUSENGE et au Docteur Athanase NKUNZIMANA qui, malgré leurs multiples préoccupations, ont accepté de diriger notre mémoire. Leurs recommandations, leurs conseils, leur franche collaboration et l'intérêt qu'ils ont réservé à nos recherches nous ont été d'un grand intérêt.

Nos sincères remerciements s'adressent deuxièmement à tous les professeurs du Master « Sociétés, Pouvoirs, Territoires et Développement Durable » qui ont contribué à notre formation tant scientifique qu'humaine.

Nous tenons aussi à remercier, avec beaucoup de sincérité toutes les personnes qui nous ont servi de sources d'informations et qui ont facilité notre travail en nous donnant une documentation riche et utile pour la réalisation de ce travail.

Nos sentiments de reconnaissance s'adressent enfin à tous nos amis et à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à la réalisation de ce travail. Qu'ils trouvent ici leur grande fierté.

A tous et à chacun, nous disons grand merci.

NTIRANDEKURA Pierre

RESUME

Le Burundi est l'un des pays africains où la croissance démographique est très rapide avec une population très jeune. Sa population augmente très rapidement ce qui rend très difficiles les conditions de vie et engendre un déséquilibre entre la population et les ressources, et cela ne peut pas épargner la commune Bubanza où, malgré la crise économique incessante que connaît cette dernière, la fécondité ne baisse pas considérablement. Très peu de couples ont moins de deux enfants. Or les couples devraient tenir compte de leur situation de pauvreté pour pouvoir planifier leurs naissances. L'objectif général de notre étude était de déterminer les connaissances, les perceptions et les pratiques en matière de planification familiale dans la commune rurale de Bubanza. Pour mener à bien notre travail, nous avons utilisé un guide d'entretien directif et nous avons choisi d'interviewer toute personne retrouvée à son domicile ou à son lieu de travail. Toutefois le nombre de personnes à interviewer n'était pas limité, selon la volonté et la disponibilité de chacun, mais avec la saturation de l'information et la diversification des interviewés, nous nous sommes limités à 47 personnes dont 16 hommes et 31 femmes.

En guise de réponses provisoires aux questions majeures de notre problématique ci-dessus, nous considérons que les hommes et les femmes de la commune de Bubanza seraient informés sur les méthodes de planification familiale. Mais, le problème résiderait au niveau de l'acceptabilité et de l'usage de ces méthodes.

Notre recherche a constaté que la population de la commune Bubanza est informée sur les méthodes contraceptives tant naturelles que modernes car 100% de personnes interviewées ont affirmé qu'elles sont informées sur ces méthodes contraceptives. Cela se remarque par leur connaissance sur certaines méthodes énumérées par les interviewés. Mais leur utilisation pose problème. La crainte des méthodes dites artificielles à cause de leurs effets secondaires, des convictions religieuses, des contradictions au sein des couples au profit des méthodes naturelles, qui en soi sont moins efficaces et encouragées par certaines institutions religieuses, est à la base des familles nombreuses, avec des naissances trop rapprochées.

ABSTRACT

Burundi is one of african countries where the population's growth is very rapid with a very young youth. Its population increases very quickly which makes living conditions difficult and creates an imbalance between people and resources.

And despite, this cannot save Bubanza commune's incessant economic crisis, fertility does not considerably decline. Couples with two children are very few. Then, they should consider their conditions of poverty in order to be able to plan their births.

General objective of our study was to assess perception and practices in matters of family planning in rural commune of Bubanza.

To carry out our work, we have used a non-directive interview guide and we chose interviewing everyone found at his/her homes or at his/her workplace. However, there was no limitation of about the number of people interviewed. According to the will and availability of each one, goal with the information saturation and diversification of interviewees, we stopped ourselves to 47 people including 16 men and 31 women.

As provisional answers to the major questions of our statement of the problem above, we consider that men and women from Bubanza commune would be informed about family planning methods. However, the problem lay in the level of acceptance and in the use of these methods.

Fear of the so-called artificial methods because of their side effects in favor of certain natural methods which in themselves are less effective and encouraged by certain religious institutions form the basis of large families with births too close together.

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY	i
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME	iv
ABSTRACT	v
TABLE DES MATIERES	vi
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	xi
AVANT-PROPOS	xii
0. INTRODUCTION GENERALE	1
0.1. Contexte.....	2
0.2. Problématique.....	4
0.3. Questions de recherche	5
0.4. Hypothèses.....	6
0.5. Objectifs.....	6
0.6. Justification du choix du sujet et intérêt de l'étude.....	6
0.6.1. Justification du choix du sujet	6
0.6.2. Intérêt de l'étude	7
0.7. Présentation de la zone d'étude : La commune Bubanza.....	7
0.7.1. Situation géographique	8
0.7.2. Situation administrative	9
0.7.3. Situation démographique	9
0.7.4. Situation économique.....	10
0.7.4.1. L'agriculture.....	10
0.7.4.2. L'élevage, la pêche et la pisciculture	10
0.7.4.3. L'industrie, commerce et artisanat	10
0.7.5. Situation social	11
0.7.5.1. Domaine sanitaire	11
0.7.5.2. Éducation.....	11
0.8. Difficultés rencontrées	11

CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	13
I.1. Thomas robert Malthus et les malthusiens	13
I.2. La résistance aux différentes méthodes de planification familiale	15
I.2.1. Le courant populationniste	16
I.2.2. Le courant anti-populationniste	16
I.2.3. Le courant stationnariste	16
I.3. L'église vis-à-vis de la contraception	17
I.4. Définition des concepts	17
I.4.1. Santé de la reproduction	17
I.4.2. Perception	18
I.4.3. Planification familiale	18
I.4.4. Ménage	19
I.4.5. Régulation des naissances	19
I.4.6. Espacement des naissances	19
I.4.7. Limitation des naissances	20
I.4.8. Naissance désirable	20
I.4.9. La contraception	20
I.5. Historique du planning familial au Burundi	20
I.5.1. Les techniques de contraception et les fournitures contraceptives	22
I.5.2. La santé de l'enfant et la planification familiale	22
I.6. Les facteurs de la contraception	24
I.6.1. L'espacement des naissances	24
I.6.2. Nombre d'enfants	24
I.6.3. L'âge de la mère	25
I.6.4. La santé de la femme et la planification familiale	25
I.7. Différentes méthodes et pratiques contraceptives	26
I.7.1. Méthodes de la planification familial appliquées par l'homme	26
I.7.1.1. Les Préservatifs	26
I.7.1.2. La vasectomie	26
I.7.1.3. Le Retrait	27
I.7.2. Méthodes de la planification familiale appliquées par la femme	27
I.7.2.1. Contraceptifs oraux combinés à faible dose	27
I.7.2.2. Contraceptifs oraux progestatifs	27

I.7.2.3. Implants Norplant	28
I.7.2.4. Stérilisation féminine.....	28
I.7.2.5. Dispositifs intra-utérins (DIU)	28
I.7.2.6. Méthodes vaginales	28
I.7.2.7. Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, y compris la continence périodique	29
I.7.2.8. Méthode d’allaitement maternel et d’aménorrhée (MAMA).....	30
I.7.2.9. Les méthodes qui ressortent du couple : Séparation et abstinence périodique ...	30
I.7.3. Importance de la planification familiale sur le plan social et sanitaire	30
I.7.3.1. Sur le plan social.....	30
I.7.3.2. Sur le plan sanitaire	31
CHAPITRE II. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE	
DECONTRACEPTION AU BURUNDI	32
II.1. Connaissance et utilisation de la contraception	33
II.2. Perception des problèmes de contraception.....	34
II.3. Pratique des méthodes contraceptives.....	34
II.4. Planification familiale et santé de la mère et de l’enfant.....	35
CHAPITRE III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	36
III.1. Méthode et techniques de recherche	36
III.1.1. Approche méthodologique.....	37
III.1.2. Recherche documentaire.....	37
III.2. Choix et construction de l’instrument de collecte des données	38
III.2.1. Les entretiens non directifs et le guide d’entretien	38
III.2.2. Population d’enquête.....	39
III.2.3. Le travail de terrain	39
III.2.4. Nombre d’entretiens réalisés	39
III.3. Méthode d’analyse des données	40
III.4. La population d’étude.....	40
CHAPITRE IV. PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	42
IV.1. Les caractéristiques de l’échantillon : sexe, âge, profession, religion, colline d’origine, niveau d’instruction.....	42
IV.2. Connaissances en planification familiale	45
IV.2.1. Documentation auprès des prestataires	45

IV.2.2. Les méthodes couramment connues.....	47
IV.3. Perception des méthodes de planification familiale par la population	48
IV.3.1. Perception des méthodes contraceptives modernes	48
IV.3.2. Perception des méthodes contraceptives naturelles	48
IV.3.3. Perception des méthodes contraceptives par les hommes	50
IV.4. Pratiques de la planification familiale	50
IV.4.1. Utilisation des méthodes contraceptives	50
IV.4.2. Utilisation des méthodes contraceptives modernes	51
IV.4.3. Utilisation des méthodes contraceptives naturelles	53
IV.5. Le non utilisation des méthodes contraceptives.....	54
IV.6. Discussion des résultats	55
IV.6.1. Caractéristiques de l'échantillon	55
IV.6.1.1. L'âge	55
IV.6.1.2. Le niveau d'instruction.....	56
IV.6.1.3. La profession.....	56
IV.6.1.4. La religion	56
IV.6.2. La contraception.....	56
IV.6.2.1. Connaissances sur les méthodes de planification familiale.....	56
IV.6.2.2. Grossesse non désirée.....	57
IV.7. Perception de la planification familiale	57
IV.8. Pratiques contraceptives.....	58
CONCLUSION GENERALE.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du nombre d'utilisateurs de méthodes contraceptives modernes au niveau national de la période 2006	34
Tableau 2 : Age des interviewés	42
Tableau 3 : Profession des interviewés	43
Tableau 4 : Confession religieuse interviewés	43
Tableau 5 : Colline d'origine des interviewés	44
Tableau 6 : Niveau d'instruction des interviewés.....	44
Tableau 7 : Répartition de la population selon la Source d'information sur la connaissance des méthodes contraceptives	46
Tableau 8 : Répartition de la population selon la connaissance des méthodes contraceptives.....	47
Tableau 9 : Répartition de la population selon la perception personnelle face aux méthodes contraceptives modernes	48
Tableau 10 : Répartition de la population selon la perception personnelle face aux méthodes contraceptives naturelles	49
Tableau 11 : Répartition de la population selon la perception du mari face à la contraception	50
Tableau 12 : Proportion de la population par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives.....	50
Tableau 13 : Proportion de la population par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	51
Tableau 14 : Répartition de la population selon les raisons de recourir à la contraception modernes	53
Tableau 15 : Répartition de la population selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	54
Tableau 16 : Répartition de la population selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives.....	55

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien-être Familial
AVP	: Accidents de la Voie Publique
BPAE	: Bureau Provincial d'Agriculture et d'Elevage
CCV	: Contraception Chirurgicale Volontaire
CDS	: Centre de Santé
CEMUBAC	: Centre Scientifique et Médical Libre de Bruxelles pour les Activités de Coopérative
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPPF	: Coordination du Programme de Planification Familiale
DIU	: Dispositif Intra Utérin
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FPPF	: Fédération Internationale pour la Planification Familiale
IEC	: Information-Education-Communication
IRA	: Insuffisance Rénale Aigüe
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MAMA	: Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PSI	: Pound Per Square inch
PF	: Planification Familiale
PNSR	: Programme National de Santé Reproductive
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis
SOGESTAL	: Société de Gestion des Stations de Lavage
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UPRONA	: Union pour le Progrès National

AVANT-PROPOS

Le présent mémoire entre dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de fin d'études de Master en Sociétés, Pouvoir, Territoires et Développement Durable, option Population et pratique des méthodes de planification familiale en milieu rurale. Compte tenu des résultats de la recherche, il s'avère que ce secteur mérite une attention particulière au niveau de la sensibilisation de la nécessité de planifier les naissances.

Cependant, la population de la zone d'étude (Commune Bubanza) affirme avoir des connaissances en rapport avec les méthodes de planification familiale mais le problème s'observe au niveau de leur utilisation car une partie importante fait recours aux méthodes contraceptives naturelles, qui sont moins efficaces par rapport aux méthodes contraceptives modernes compte tenu du niveau d'instruction de cette population pour maîtriser l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles. Une autre partie non négligeable n'utilise aucune méthode, ce qui fait que la population de cette zone continue à accroître incessamment.

0. INTRODUCTION GENERALE

La croissance démographique a été souvent citée comme l'un des facteurs qui justifient le faible développement d'un pays. Avoir un grand nombre d'enfants est un honneur pour les Burundais. Mais une croissance démographique très élevée entraîne beaucoup de problèmes tels que mentionne Nzabonakura, un grand nombre d'enfants cause beaucoup de difficultés à la famille et à l'état. L'étendue des terres à cultiver reste la même alors que la croissance démographique garde le même rythme (Nzabonakura, 1986).

C'est pourquoi le problème de croissance démographique est un objet qui intéresse la recherche. Pour notre cas, l'objectif général est de déterminer les connaissances, les perceptions et les pratiques en matière de planification familiale dans la commune rurale de Bubanza, avec des objectifs spécifiques de : déterminer la perception de la population rurale vis à vis de la planification familiale, identifier les pratiques en matière de planification familiale dans la population du milieu rural.

Beaucoup de pays en développement ont déjà mis en place des politiques de population avec objectif principal la réduction du taux de croissance démographique et préconisent l'espacement des naissances. Dans le cas du Burundi, pour diminuer la croissance rapide de la population, le gouvernement a mis en place un organe chargé de la planification familiale qui est le P.N.S.R. (Programme National de Santé de la Reproduction).

L'on note aussi la naissance d'une organisation non gouvernementale, l'Association Burundaise pour le Bien-être Familial (ABUBEF). Le planning familial est un puissant facteur du bien-être familial. C'est le moyen efficace de ralentir la croissance démographique. Tel que le mentionne Nzabonakura, il faut recourir aux méthodes de régulation des naissances parce que nos générations futures n'auront ni où habiter ni où cultiver, et par conséquent, ils ne pourront pas avoir de quoi à manger (Nzabonakura, 1986). Pour Bertrand et Guillemet (2000), il existe nombre de définition du concept de planification. Elles mettent toutes en valeur les éléments suivants :Orientation vers le futur, la prise en compte de l'environnement, la continuité du processus et les propositions pour transformer la réalité existante.

0.1. Contexte

L'on sait depuis longtemps qu'il est bon pour la santé des mères et des enfants d'éviter des naissances trop rapprochées ; un espacement de deux ans au moins est « le bon intervalle » entre les naissances. Beaucoup d'études ont constaté que les enfants nés après un intervalle d'au moins 2 ans, avaient plus de chances de survivre que les enfants nés après un intervalle plus court. En outre, les enfants nés après un intervalle d'au moins 2 ans ont peu de risques d'être prématurés, d'avoir un faible poids à la naissance et d'être sous-alimentés. Les chances de survie de l'avant dernier enfant s'améliorent aussi quand les naissances sont espacées d'au moins 2 ans. D'autres recherches montrent qu'un espacement de 3 ans entre les naissances est encore meilleur pour les enfants qu'un espacement de deux ans (Rutstein, S., 2002).

En effet, les enfants nés 3 à 5 ans après leur aîné ont environ 1,5 fois plus de chance de survivre jusqu'à 5 ans que les enfants nés après un intervalle de 2 à 3 ans et environ 2,5 fois plus de chance que les enfants nés après un intervalle de moins de 2 ans (Rutstein, S., 2002). Non seulement les femmes qui espacent les naissances de 3 à 5 ans ont des enfants en meilleure santé, mais elles sont elles-mêmes en meilleure santé. Outre l'espacement des naissances, beaucoup de facteurs interviennent dans la survie et la santé de l'enfant, dont l'éducation de la mère, les soins prénatals qu'elle a pu rechercher et la fréquence avec laquelle elle les a obtenus.

Toutefois au Burundi en général et à Bubanza en particulier, la taille moyenne d'un ménage est de 6,7 personnes avec une répartition très importante au-delà de 7 personnes : près de la moitié des ménages (45,8%) compteraient 7 personnes et plus contre 37,1% qui en compteraient 4 et 6 et 17,1% des ménages n'en compteraient pas plus de 3 personnes (Commune Bubanza, 2021). La pauvreté qui règne dans les ménages est un problème sérieux en ce qu'il en résulte un fort taux de morbidité dont on peut imaginer tous les méfaits possibles, notamment en rapport avec l'intimité des couples.

C'est ainsi que le taux élevé de mortalité infantile reste très préoccupant. Les principales causes de morbi-mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont : le paludisme (61,65%), les IRA autres que la pneumonie (16,08%), les helminthiases transmises par le sol (3,05%), la conjonctivite (2,34%), la pneumonie (2,18%), la malnutrition aigüe (1,12%), la diarrhée avec déshydratation (1,02%). Certains domaines comme celui des maladies congénitales (Drépanocytose, Hémoglobinopathies, cardiopathies congénitales...) restent faiblement explorés et soutenus (République du Burundi (MSLS), 2018).

Le taux de mortalité des adultes est de 3,24‰ chez les femmes et 4,55‰ chez les hommes. Les principales causes étant les maladies non transmissibles (Diabète, hypertension, Maladies métaboliques, cancer...), les maladies transmissibles (Paludisme, le VIH/Sida, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, etc.) ainsi que les accidents de la voie publique (AVP) (République du Burundi (MSPLS), 2018).

C'est dans cette logique que le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) qui est le principal organisme à fournir une assistance en matière de population dans le monde, aide le gouvernement du Burundi à améliorer les services de santé en matière de reproduction et de planification familiale, et à élaborer des politiques et stratégies de population en appuyant au développement durable.

Le Fonds a mis en place un vaste réseau de partenaires, des donateurs, des fonctionnaires des départements de santé, des ONG, des fabricants de produits contraceptifs et des chercheurs pour réduire les besoins en matière de planification familiale, le nombre de naissances non désirées, le nombre de décès de femmes liés aux grossesses et l'incidence du VIH chez les jeunes. Tous ces facteurs participent au programme mondial de développement qui vise à réduire la pauvreté et à améliorer la santé en matière de reproduction.

Une meilleure santé en matière de reproduction suppose l'exercice du droit de décider de façon libre et responsable le nombre d'enfants qu'on souhaite avoir ainsi que l'espacement de leur naissance. Les produits, en particulier les moyens contraceptifs, sont indispensables pour faire de ce droit une réalité.

L'utilisation des moyens de contraception augmente certes, mais dans de nombreux endroits, la situation de pauvreté est très préoccupante, l'accès à ceux-ci est limité par les traditions sociales et culturelles, les restrictions religieuses, les rumeurs. C'est ainsi que le taux d'utilisation des contraceptifs est moins élevé et cela a comme conséquence un taux élevé des naissances et l'accroissement de la taille des familles. Car les pratiques des couples, s'agissant de la santé en matière de reproduction, ne peuvent être mesurées simplement sur la base de l'utilisation des méthodes de planification familiale.

0.2. Problématique

Une investigation d'envergure débute par la revue de la littérature spécialisée tant sur les conditions théoriques du thème retenu que sur les recherches empiriques menées antérieurement. 'est ainsi que, nous avons exploité quelques travaux parmi ceux réalisés antérieurement sur la planification familiale, en vue de voir ce qui a été déjà fait et relever les lacunes en vue d'orienter notre étude de façon effective.

Deborah Maine mentionne que la planification familiale est un facteur qui contribue à l'amélioration de l'état sanitaire de la mère et de l'enfant (Maine, 1981). Dans ce sens, il importe pour toute femme travailleuse, au sens global du terme, de pouvoir planifier ses naissances, en cherchant à concilier son ménage et son travail professionnel. Sinon, elle s'exposerait à des lourdes charges et à des grossesses à risques élevés. La planification familiale pourrait mieux aider la femme à bien exercer ses fonctions professionnelles tout en sauvegardant sa santé et le bien-être de sa famille.

Pour Laurent Toulemonet Henri Leridon, avec une fécondité moyenne à peine supérieure à 3 enfants par femme, la population mondiale est entrée dans une phase nouvelle qui implique une stricte régulation de la fécondité. Cette situation est irréversible, et elle imposera donc de disposer de méthodes contraceptives aussi sûres, acceptables et dépourvues d'effets secondaires que possibles (Toulemon et Leridon, 1996).

Ils parviennent à la conclusion selon laquelle, compte-tenu des niveaux d'efficacité des méthodes contraceptives actuelles, une fécondité de l'ordre de 2 enfants par femme implique soit un recours massif à la stérilisation, soit la conjonction d'une contraception efficace et du recours à l'avortement en cas d'échec de celle-ci. Ceci, bien sûr, ne peut pas concerner le Burundi où l'avortement à des fins de planification familiale est prohibé.

Quant à Catherine Valabregue (1978), la contraception agit comme un révélateur : le désir d'enfant ne va pas de soi. Malgré les pressions s'exerçant en faveur de la natalité, on a bien des raisons de vouloir et de ne pas vouloir un enfant et même de choisir de ne pas en avoir.

Elle aboutit aux résultats selon lesquels, la remise en cause du mariage, voire du couple et de la cohabitation, ne facilite pas les décisions à prendre et quel que soit leur milieu social, hommes et femmes se disent : « avec la pilule on a introduit le non hasard, on est dans l'angoisse de choisir ».

Willy Pasini (1974), enfin, estime que le contrôle de la fécondité est un des problèmes essentiels de la société contemporaine. Il implique le respect d'une dimension humaine fondée sur la liberté et le bonheur. Il propose des réflexions sur les facteurs psychologiques qui conditionnent le désir ou non de l'enfant, le choix des moyens contraceptifs et les réactions masculines face à l'emploi de la pilule. Il suggère pour cela une pédagogie moderne en vue d'améliorer l'information sexuelle.

Notre étude s'inscrit dans la même perspective que celle des chercheurs précités, mais nous évoquons ici un aspect spécifique qui n'a pas été abordé par les auteurs ci-haut cités. La situation de pauvreté qui hante la commune de Bubanza touche les familles et les ménages. La commune de Bubanza est peuplée pour la plupart par la population rurale (cultivateurs) et une petite partie des fonctionnaires et commerçants de la province. Toutefois cette pauvreté est très perceptible et cela du fait que la commune Bubanza ne disposant presque pas d'investissements majeurs pouvant alimenter son économie.

Les difficultés liées au manque de moyens financiers au sein des ménages, et le manque d'emploi stable, ne facilitent pas la scolarisation des enfants. Le loisir en pareille circonstance est relégué au second plan, remplacé généralement par la jouissance sexuelle avec des naissances inopportunes. Donc, malgré la crise économique que traverse cette commune, la fécondité ne fléchit pas. Très peu de couples ont moins de deux enfants et les couples ne recourent pas suffisamment aux méthodes de planification de leurs naissances. Lesquelles sont très nécessaires pour le besoin de la cause.

Nous cherchons à savoir si la population habitant la commune Bubanza serait informée sur les méthodes de planification familiale, comment les perçoivent-elle, et comment elle réagissent sur les méthodes contraceptives, avant de démontrer les avantages que cela procure au pays et aux individus.

0.3. Questions de recherche

Eu égard à ce qui précède, nous nous posons les questions majeures suivantes :

1. Est-ce que la population de la commune de Bubanza est informée sur les méthodes de la planification familiale ?
2. Comment les perçoit-elle et quel comportement adopte-t-elle envers celles-ci ?

0.4. Hypothèses

Comme le précise Pierre Rongere, l'hypothèse est une proposition de réponse aux questions que l'on se pose à propos de la recherche. À première vue, nous estimons que les méthodes de la planification familiale permettent aux couples de se préserver aux grossesses non désirables, aux mortalités maternelles et infantiles. En guise de réponses provisoires aux questions majeures de notre problématique ci-dessus, nous estimons que :

- les hommes et les femmes de la commune de Bubanza sont informés ou ont une certaine connaissance sur les méthodes de planification familiale ;
- les hommes et les femmes de la commune Bubanza n'acceptent pas d'utiliser les méthodes de planification familiale, suite aux différentes contradictions qui règnent au sein de la société en général et des ménages en particulier concernant la planification familiale.

0.5. Objectifs

L'objectif général de notre étude est de déterminer les perceptions des méthodes de planification familiale et ses pratiques en matière de planification familiale dans la commune rurale de Bubanza. Ainsi, ils deux objectifs spécifiques ont été formulés:

1. Déterminer les perceptions de la population rurale vis à vis de la planification familiale ;
2. Identifier les pratiques en matière de planification familiale dans les ménages en milieu rural.

0.6. Justification du choix du sujet et intérêt de l'étude

0.6.1. Justification du choix du sujet

Le choix porté sur ce sujet, n'est pas le fait du hasard. Il réside dans le fait que la planification familiale contribue à l'amélioration de l'état sanitaire de la mère et de l'enfant et au développement durable du pays en préservant les ressources. En revanche aucun développement n'est possible avec le taux élevé des naissances. Elle permet aux parents de donner naissance aux enfants en fonction de leur revenu afin que ces derniers soient élevés dans des meilleures conditions sanitaires et sociales. Pourtant, l'on constate que les femmes sont exposées à de sérieux problèmes suite à des grossesses non désirées, trop nombreuses et trop rapprochées. Cela a une influence sur la vie sociale et familiale des ménages de la commune de Bubanza.

Ainsi, nous voulons démontrer que la planification familiale, ainsi que ses méthodes, pourraient mieux aider les hommes comme les femmes à bien améliorer leur vie sociale dans les ménages, tout en sauvegardant la santé de leurs familles.

0.6.2. Intérêt de l'étude

Cette étude présente un double intérêt :

❖ Sur le plan scientifique

Cette étude constitue une référence dans le cadre de la Sociologie de la Famille et de la population. Ainsi, cette étude qui plonge dans ce domaine intéresse tout le monde (jeunes et vieux, hommes et femmes, etc.). C'est dans ce contexte que nous pensons que cette recherche demeure utile dans le problème de planification des naissances car elle demeure un sujet d'actualité qui intéresse au plus haut les couples. Nous espérons contribuer à la science relative à la planification familiale, afin de démontrer les avantages que cela procure au niveau de la qualité de vie des ménages et du pays.

❖ Sur le plan pratique

Cette recherche revient avec intérêt sur un arsenal de moyens contraceptifs, des techniques simples et pratiques qui n'attendent que d'être connues pour une pratique au quotidien. Car, c'est dans leur application que les burundais arriveront à planifier leurs naissances ce qui conduirait à l'amélioration des conditions socio-économiques et sanitaires des populations et un vrai combat pour l'éradication de la pauvreté chronique qui s'est installée dans le rang des populations enclines à une procréation sans limite.

0.7. Présentation de la zone d'étude : La commune Bubanza

La commune Bubanza qui fait objet de notre étude est située dans la province de Bubanza. Nous sommes tenus à présenter cette commune du point de vue historique, géographique, socioéconomique, politico-administratif et démographique.

La commune Bubanza est la commune qui abrite le chef-lieu de la province Bubanza qui est situé au nord-ouest de la province Bubanza. Elle a une superficie de 224,82 km² soit 26,6% de la superficie de la province (1089 km²). Elle est frontalière de la commune Bukinanyana et Murwide la province Cibitoke au nord ; de la commune Buganda de la province Cibitoke, et Gihanga de la province Bubanza à l'ouest ; de la commune Mpanda au Sud et de la commune Musigati de la province Bubanza à l'est.

Elle est située à 39 km au nord de la capitale économique du pays sur la route macadamisée Bujumbura-Bubanza (RN 9). Le centre urbain de Bubanza héberge tous les services techniques et administratifs au niveau provincial.

La commune Bubanza connaît un climat tropical humide à deux saisons : saison humide qui va de septembre à avril (8mois) et la saison sèche qui va de mai à Aout (4 mois).

Elle s'étend en grande partie sur la région naturelle de Mumirwa caractérisée par des précipitations moyennes comprises entre 1200 et 1500 m³, et une altitude moyenne de 1500 m et une température se situant entre 20 et 27° C, et sur une petite pente de la région de l'Imbo.

En termes d'hydrographie, les rivières quittant la crête Congo-Nil traversent la commune pour drainer la plaine de l'Imbo. Il s'agit des rivières Mpanda et Kajeke. Elle est aussi traversée de beaucoup de cours d'eau : Kidahwe, Nyaburiga, Kadakamwa, Nyakabingo, etc.

La végétation est de type savane avec des galeries ou des lambeaux forestiers très secondarisés. La faune y est pauvre.

0.7.2. Situation administrative

La commune Bubanza est subdivisée en quatre zones administratives et en 25 collines a savoir centre-ville, Buhororo I, Buhororo II, Shali I, Shali II, Mitakataka, Muyange, Gatura, Muramba, Kivyiru, Gitsira, Ciya, Mugimbu, Mwanda, Karinzi, Gitanga, Rabiro, Ngara, Muhanza, Muhenga, Zina, Rurabo, Nyabitaka, Cimbizi, Rugunga.

0.7.3. Situation démographique

La population totale de la commune Bubanza est estimée à 161 845 habitants en 2020, soit une densité de 719,8 hab. /km², est une population très jeune avec les moins de 24 ans qui représentent eux seuls plus de 67% de la population de la commune (Commune Bubanza, 2021).

0.7.4. Situation économique

0.7.4.1. L'agriculture

L'activité principale de la vie économique de la commune Bubanza est l'agriculture. Les sols sont fertiles mais sont menacés par l'érosion. Toutes les activités agricoles sont pratiquées par les paysans selon les méthodes traditionnelles, non améliorées et caractérisées par l'emblavement de petites superficies (plus ou moins 35 ares), l'utilisation d'outils rudimentaires, la carence chronologique en intrants améliorés et par l'utilisation d'une main d'œuvre essentiellement familiale. Il en résulte des rendements généralement faibles ainsi qu'une production qui génère peu de revenus.

Selon le BPAE, les spéculations agricoles sont regroupées en cultures vivrières (le haricot, le riz, le manioc, le bananier, le maïs et la patate douce, la courge, l'arachide, et de la colocase), industrielles (le café, le palmier à l'huile), maraichères et fruitières. La pratique culturale est toujours de type traditionnel avec la prédominance de culture associée.

0.7.4.2. L'élevage, la pêche et la pisciculture

L'élevage reste une affaire de prestige conférant un certain rang social ; son rôle économique est faible. L'élevage pratiqué dans la commune de Bubanza est de type traditionnel et est constitué de bovins, caprins, ovins, porcins et volailles. Bien que le gouvernement vienne de mettre en place une mesure de mettre tous le bétail dans l'étable, certains éleveurs de la commune Bubanza n'ont pas encore compris les bienfaits de cette mesure.

La pêche se pratique à faible échelle dans les rivières Mpanda et Kajeke. Il s'agit de la pêche coutumière à la ligne. Les quantités pêchées sont négligeables et les poissons pêchés sont destinés à la consommation familiale. Les espèces capturées sont le « tilapia » et le « clarias » (isomvyi).

0.7.4.3. L'industrie, commerce et artisanat

La commune Bubanza ne possède pas d'industrie mais compte deux types d'usines : l'une à Bubanza (savonnerie) et l'autre à Gakindo (SOGESTAL). La savonnerie est de statut privé tandis que la SOGESTAL est mixte.

Trois types d'artisanat à savoir l'artisanat de production, l'artisanat de service e l'artisanat d'art et de décoration y sont pratiqués.

Les échanges commerciaux concernent particulièrement les produits agro-pastoraux écoulés par les agriculteurs et les éleveurs qui, en contrepartie, s'approvisionnent des biens manufacturés provenant de Bujumbura.

0.7.5. Situation social

0.7.5.1. Domaine sanitaire

Selon la Direction Provinciale de Santé, la commune Bubanza comme toutes les autres communes du pays connaît les mêmes problèmes en matière sanitaire : insuffisance d'infrastructures sanitaires adéquates, de capacité d'accueil, ainsi que l'insuffisance des ressources humaines.

L'impact du climat sur la santé est très important, surtout en saison des pluies, périodes de durs travaux champêtres où l'on assiste à l'éclosion de nombreuses maladies parasitaires. Il reste évident que les maladies les plus fréquentes sont aussi dues à des mauvaises conditions de vie, d'hygiène et d'approvisionnement en eau potable et par manque d'éducation sanitaire.

Les maladies les plus fréquentes dans la commune Bubanza sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

0.7.5.2.Éducation

L'éducation dans la commune de Bubanza est caractérisée par le manque d'infrastructure et équipements scolaires ; le manque du personnel enseignant ; le manque du manuel des élèves et des professeurs ; ainsi les effectifs très importants des élèves à scolariser.

Signalons aussi le nombre important des élèves qui abandonnent les études suites à la pauvreté qui règne dans leurs familles d'où l'incapacité des parents de pouvoir payer les frais scolaires même si l'enseignement fondamental est gratuit ainsi que le nombre non négligeable des grossesses en milieu scolaire.

0.8. Difficultés rencontrées

Il s'avère incompréhensible qu'un travail scientifique s'accomplisse sans connaître des obstacles divers. Il y aura toujours des paramètres prévisibles ou imprévisibles, qui gênent le processus du déroulement des investigations ou de l'élaboration du mémoire.

Pour notre cas, certaines personnes ont refusé catégoriquement à répondre à nos questions les autres nous ont fourni des réponses insatisfaisantes, ce qui par après nous a conduit à tenir compte de celles qui ont accepté de nous répondre suffisamment.

D'autres contraintes liés au temps et moyens ne nous ont pas favorisé à joindre toute la population et nous nous sommes entretenus avec ceux que nous avons trouvé à leurs domiciles et à leurs lieux de travail surtout que la collecte d'information s'est effectuée pendant les heures de travail.

CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

Pour présenter le sujet faisant objet de notre étude, nous avons fait appel à certaines théories en rapport avec la population et à la définition de certaines notions et concepts utilisés. Les économistes et les hommes politiques ont été les premiers à s'intéresser à la question de la population avant même la naissance de la démographie. Les plus anciennes doctrines connues présentaient la croissance de la population, soit comme un avantage social ou économique, soit comme une entrave à la vie socioéconomique.

A titre d'exemple, pour le confucianisme chinois, un peuple nombreux 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. Pour Platon, un nombre croissant d'individus provoque l'appauvrissement d'une partie du peuple et que, de là, ne peuvent résulter des troubles sociaux. Quant aux mercantilistes, la richesse d'une nation dépend de la quantité d'or d'argent qu'elle possède et le moyen de l'acquérir, c'était l'accroissement de la population. Les physiocrates voyaient que la terre était créatrice de richesse car elle rend plus qu'on lui donne. Pour eux, l'accroissement de la population n'est souhaitable que dans la mesure où la terre est jugée sous-exploitée.

Malgré ces différentes doctrines, ce n'est qu'avec Thomas Robert Malthus 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 les croissances démographiques et économiques font écho à la progression sans précédent de la population des pays du Sud et à l'inquiétude qui en a résulté.

Pour pouvoir analyser cette relation, nous avons passé en revue certains courants de pensée en rapport avec la démographie et le développement comme par exemple le courant populationniste, anti-populationniste et le courant stationnariste. En plus, nous avons défini certaines notions usitées qui nous semblent pertinentes pour le lecteur du présent travail en vue d'une meilleure compréhension de notre thème.

I.1. Thomas Robert Malthus et les malthusiens

Selon Vilquin, on ne peut plus traiter de la population sans citer Malthus et se situer par rapport à lui (Vilquin, 2006). Pour Malthus, le pouvoir de croissance de la population est infiniment supérieur au pouvoir de la terre à produire la nourriture de l'homme.

Il a montré que quand la population n'est arrêtée par aucun obstacle, s'accroît en progression géométrique (loi de la population), tandis que les moyens de subsistance s'accroissent seulement de manière arithmétique (loi des subsistances).

A long terme, cette croissance peut être empêchée par l'existence des mécanismes régulateurs, les freins répressifs que constituent les guerres, famines et autres épidémies (les trois parques mortels) qui surviennent inévitablement en cas de population trop nombreuse. Mais, il a mentionné aussi 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. Soulignons d'ores et déjà que Malthus était contre l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (il était pasteur). Il proposait le célibat accompagné de la chasteté.

Les malthusiens sont tous les auteurs surtout du XIX^{ème} siècle qui ont lu l'œuvre de Malthus et, la traitant comme un acquis scientifique, et qui y ont puisé des arguments ou tout au moins de l'inspiration, pour fonder et approfondir leurs positions quant au rôle de la population dans le mécanisme socio-économique.

Dans son œuvre intitulé «*Des principes de l'économie politique et de l'impôt*, 1817», David Ricardo (1817) a développé la loi des rendements décroissants selon laquelle il soutenait le principe de population de Malthus : le salaire joue un rôle régulateur démographique car, se stabilisant naturellement au niveau du minimum vital. Il a montré que si la population augmente, le salaire diminue, et le salaire ne peut s'élever que si la population décroît.

John Stuart Mill quant à lui pensait que la population ouvrière devait se limiter, c'est pour elle le seul moyen d'accéder au plein emploi avec des salaires décents. Selon lui, à partir d'une certaine densité démographique, tout accroissement de la population fait jouer la loi des rendements décroissants et le niveau de vie baisse. Jean Batiste Say (1848) l'a affirmé aussi en montrant qu'il y a concurrence entre l'accumulation du capital et croissance démographique.

Presque tous les auteurs de cette époque s'employaient à renforcer le caractère de doctrine de classe malthusienne. L'autorité de Malthus servait de preuve pour affirmer que la cause de la misère ouvrière n'est pas dans les institutions libérales, mais dans l'ignorance et l'imprévoyance des ouvriers et que, si les ouvriers limitaient leur fécondité, la misère aurait disparue. Fargues(1988) affirme que s'accroître à taux rapide, c'est en effet se contraindre à consentir des coûts élevés de court et de moyen terme, en santé, en éducation, et en logement.

I.2. La résistance aux différentes méthodes de planification familiale

De par ses implications sur la population, la contraception est un enjeu philosophique, religieux et politique majeur, sujet à polémique. La contraception a longtemps été considérée comme indésirable, et parfois interdite, chaque humain supplémentaire étant considéré comme une richesse et les rapports sexuels en tant que plaisir étant considérés parfois comme honteux et réprimables. Au XX^e siècle, les mouvements de libération sexuelle occidentaux ont fait évoluer cette perception. La contraception est maintenant souvent perçue comme un moyen de maîtrise individuelle de la fécondité et de la reproduction permettant l'épanouissement personnel. Certains groupes religieux refusent l'usage de la contraception. Les autorités musulmanes et protestantes n'ont pas adopté de position unique.

Le catholicisme est opposé à l'usage de toute contraception artificielle, et prône le contrôle des naissances par les méthodes de planification familiale naturelle. En 1930, le pape Pie XI interdit ainsi toutes méthodes artificielles qui entraveraient la possibilité de la procréation. Vingt et un ans après, Pie XII autorise l'abstinence sexuelle périodique, ainsi que la régulation des naissances pour des raisons économiques, eugéniques, sociales ou médicales.

Le 29 juillet 1968, l'encyclique *Humanae Vitae* de Paul VI condamne l'utilisation de la pilule contraceptive et de toute régulation artificielle des naissances. Elle prône en revanche une paternité responsable qui peut avoir recours à des méthodes dites naturelles de régulation des naissances. Le Catéchisme de l'Église Catholique rappelle que le plaisir et la joie dans la sexualité sont des dons de Dieu destinés aux époux. La régulation des naissances doit cependant se faire dans un cadre de liberté et de volonté, d'amour et de respect des époux, via l'abstinence aux périodes fécondes (McClory, 1999).

Ce message est souvent mal compris, mal reçu (mais aussi mal véhiculé par les moyens de communications moderne, auxquels la forme des enseignements de l'Église ne se prête pas toujours bien), et source de nombreuses divisions de personnes avec l'Église catholique, qui se focalisent sur cet aspect de son enseignement. C'est pour cette raison qu'à travers le temps, il est né des politiques et programmes des populations dès l'antiquité à nos jours, en passant par la renaissance et la révolution française. Ces politiques ont connu multiples idées, doctrines et théories controversées. Il s'agit des idées émanant des courants populationniste, antinataliste et les stationnaristes. C'est à travers ces trois courants que les sociétés vont poser leurs problèmes de population.

I.2.1. Le courant populationniste

C'est un courant qui encourage les naissances nombreuses et l'expansion de la population, considérant celle-ci comme une richesse nationale et un facteur de développement, de progrès. Parmi les pionniers de ce courant, nous pouvons citer :

L'écrivain et philosophe italien Nicolas Machiavel qui, dans son ouvrage « Le Prince » souligne que multiplier les sujets, c'est fonder la puissance sur une base plus large. Si le territoire de l'État ne suffit pas à nourrir la population accrue, les colonies seront pour elle un exutoire tout indiqué. En même temps qu'ils iront chercher ailleurs des substances qui leurs sont nécessaires, les sujets étendront l'influence de leurs souverains (Machiavel, 1798). Pour Machiavel donc la puissance du prince est fonction du nombre de ses sujets.

Dans le même sens, l'économiste Français Jean Bodin estime que la surpopulation n'est pas synonyme de disette. Convaincu que la France ne serait jamais affamée quoi qu'il en soit, pourvu que l'étranger ne vide jamais ses deniers ; il préconise le refus d'exporter le grain afin d'éviter la famine. Il pense que les hommes apportent la force au pays il n'y a de richesse que d'homme (Nkuanzakainzanza, 2001).

I.2.2. Le courant anti-populationniste

Ce courant prône la limitation des naissances par la recherche de la régulation des naissances pour réduire les effets pervers de la surpopulation.

- **La régulation de la population**

Elle prône la limitation des naissances ou tout au moins leur régulation, leur planification pour réduire les effets pervers de la surpopulation (misère, pauvreté, maladie, sous-développement). Ce courant est défendu par un certain nombre de penseurs qui estiment que la surpopulation aurait des conséquences économiques néfastes, nous citerons ici les penseurs comme Thomas Robert Malthus, Bruchner. Thomas More, etc.

I.2.3. Le courant stationnariste

Dans cette tendance, il est souhaité que la croissance démographique aille de pair avec la croissance économique afin d'éviter le chaos social avec toutes ses conséquences. Cette pensée était soutenue par des savants grecs tels qu'Aristote et Platon.

I.3. L'Église vis-à-vis de la contraception

Jusqu'au Ve siècle, les Pères de l'Église adoptent une conception plutôt favorable à la continence. Mais si l'Église glorifie la virginité perpétuelle de Marie et manifeste une certaine hostilité vis-à-vis du mariage, elle n'approuve cependant pas le contrôle des naissances. Ainsi, Tertullien comparait l'avortement tardif à un infanticide, tandis que, pour saint Augustin, recourir à cette pratique faisait de la femme une prostituée et du mari un adultère. Ce dernier, avec saint Jérôme et Épiphanie condamnaient sans équivoque le coït interrompu. Dans la loi romaine, on qualifiait le fœtus non pas d'homo (« être humain ») ou d'infans (« enfant ») mais de *spesanimantis* (« ce qui espère vivre ou être doué d'une âme ») : un avortement était ainsi plus ou moins condamné, selon le stade de développement prénatal. Des voix, comme celle de Basile de Césarée, donnèrent pour instruction d'ignorer ce genre de subtilités et de condamner systématiquement cette pratique. Les condamnations chrétiennes du contrôle de la naissance visaient surtout les femmes ; on parlait peu des pratiques contraceptives masculines. Les Pères de l'Église représentaient les femmes ayant ce recours comme poussées par l'avarice et le désir.

I.4. Définition des concepts

Dans tout domaine scientifique, la convenance exige que soient précisés les termes utilisés. Car, comme le souligne Emile Durkheim : les mots de la langue usuelle comme les concepts qu'ils expriment, sont très ambigus et le savant qui les emploie sans leur faire subir d'autres élaborations s'exposerait aux graves confusions (Durkheim, 1984). Ainsi ci-dessous, nous définissons les concepts suivants : santé de la reproduction, perception, planification familiale, ménage, régulation des naissances, espacement des naissances, limitation des naissances, naissances désirables, la contraception.

I.4.1. Santé de la reproduction

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) propose une définition de la santé reproductive, dans le cadre global des droits qu'à toute personne de jouir de sa sexualité en toute sécurité, tout en protégeant d'autres personnes (Nkuanzakainzanza, 2001). Pour le Fonds (UNFPA), la santé de la Reproduction est définie comme suit : c'est l'état de bien-être physique, mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmité. En ce qui concerne notre étude, la santé de la reproduction se base sur la réduction des risques liés à l'accouchement et le développement des consultations prénatales ainsi que la prévention des maladies héréditaires.

I.4.2. Perception

La perception est une prise de connaissance d'un fait ou d'un événement du monde extérieur qui a pris naissance dans une série de sensations (Ngub'usim, 2004). Ainsi, le comportement des individus dépend largement de la façon dont ils perçoivent le monde qui les entoure. C'est pourquoi, la plupart des psychologues s'accordent à dire que l'étude de la perception est le premier pas dans la compréhension de tout comportement. Étudier la perception, c'est donc étudier comment l'individu voit, entend, sent et se sent. Notre souci, est d'étudier la planification familiale telle qu'elle est perçue par les couples dans leur subjectivité.

I.4.3. Planification familiale

D'après Ntebutse (1997) le planning familial ou la planification familiale implique l'usage des méthodes et techniques par le couple en vue de décider librement et avec responsabilité le nombre d'enfants qu'il désire et à un espace programmé.

Pour Mbagura (1990), « la planification familial peut être définie comme l'ensemble des mesures techniques, psycho-sociales et éducatives qui permettent aux couples ou aux individus d'atteindre certains buts, en fonction de leurs possibilités et leurs désirs, notamment :

- Favorisation des naissances désirées
- L'agissement sur les intervalles entre les naissances
- L'évitement des naissances non désirées et détermination du nombre d'enfants souhaités pour constituer une famille »

Quant au gouvernement du Burundi et l'UNICEF

Le planning familial est le droit et devoir des couples de décider :

- Le nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et qu'ils peuvent éduquer ;
- De la priorité qu'ils veulent les avoir, ils peuvent prendre ces décisions en utilisant des méthodes contraceptives efficaces. Le planning familial a pour but de planifier et de limiter le nombre d'enfants dans une famille et dans certains cas d'aider les couples sans enfants (dû à la stérilité) à en avoir.

A ce même concept Kabwegyere et al (1990) trouvent que : « certains gens ont pris le planning familial comme donnant naissance à peu d'enfants. Cependant, les autres l'ont pris comme stoppant les naissances complètement.

Le planning familial est donc utilisé pour décrire les moyens utilisés par les couples capables de déterminer volontairement le nombre et l'espace de leurs enfants. Le planning familial est souvent utilisé comme synonyme de « contrôle des naissances », « planification familiale », « contrôle de la fertilité ». Ces termes décrivent généralement des services d'aider les couples mariés et les individus engagés dans la procréation (République du Burundi (UNICEF), 1988). Dans ce travail, la planification familiale est conçue comme pouvant favoriser l'usage des contraceptifs dans le pays, afin de provoquer une baisse de la fécondité et une réduction de l'accroissement naturel dans cette ville.

I.4.4. Ménage

Pour le code Burundais de la famille, le terme Ménage désigne les époux, leurs enfants non mariés à charge ainsi que tous ceux envers qui les époux sont tenus d'obligations alimentaires à condition que les derniers demeurent régulièrement dans la maison conjugale et soient inscrits, au livret de ménage (Code de la Famille, 1980). Quant à nous, le ménage est l'ensemble de personnes vivant sous le même toit et qui prennent leur repas en commun. Autrement dit, c'est un groupe de gens qui vivent dans un foyer c'est-à-dire des personnes qui partagent régulièrement la nourriture.

I.4.5. Régulation des naissances

C'est l'ensemble de moyens que les individus et les couples utilisent pour que l'arrivée d'un enfant soit attendue, programmée, et soumise à la décision humaine par opposition au fait du hasard de la venue des enfants dans le foyer. Ce concept s'accompagne souvent de celui de l'espace des naissances. Pour Pradervand (1970), la régulation des naissances est l'utilisation des moyens contraceptifs soit pour limiter les naissances, soit pour les espacer, mais également pour lutter contre la stérilité et les IST.

I.4.6. Espace des naissances

L'espace des naissances consiste en un écart d'au moins 24 mois entre celles-ci. Celui-ci à un double rôle : pour la femme, il constitue un repos pour son organisme ; pour le nouveau-né, il favorise un entretien particulier soutenu de santé par sa mère (Goudjo, 1996).

I.4.7. Limitation des naissances

Celle-ci est une opération qui comprend les efforts déployés par le gouvernement ou la société en général pour remédier aux conséquences économiques et sociales d'un accroissement excessif de la population. La limitation des naissances désigne donc un ensemble de diverses politiques gouvernementales ou étatiques visant à la modification du taux de fécondité d'un pays. Elle fait partie de la planification familiale.

I.4.8. Naissance désirable

La naissance désirable est l'ensemble des méthodes et des moyens basés sur la protection de la maternité utilisable aussi bien par l'homme que par la femme et qui vise à permettre au couple d'avoir des enfants quand ils les désirent, de les héberger dans les meilleures conditions sanitaires et sociales.

I.4.9. La contraception

La contraception est une infécondité volontaire obtenue par l'usage des méthodes, techniques ou pratiques appropriées connues sous l'appellation de méthodes anticonceptionnelles ou méthodes contraceptives (USAID, 1993). Tant que ces méthodes ou pratiques sont utilisées correctement, elles rendent tout rapport sexuel non fécondant. Cela peut être fait soit en empêchant l'œuf de quitter les ovaires de la femme, soit en l'empêchant de s'installer dans la paroi utérine, soit encore en empêchant le sperme d'entrer dans la matrice. Dans ce travail, nous voulons favoriser l'acceptabilité de la contraception à toute la population afin de limiter le nombre de grossesses et donc d'améliorer la santé familiale.

I.5. Historique du planning familial au Burundi

La politique de la planification familiale a été évoquée pour la première fois par l'économiste Thomas Robert Malthus pour qui, l'augmentation de la population est un danger pour la survie de l'humanité dans la mesure où les ressources ne suivent pas le même rythme.

Dans la société moderne, la planification familiale trouve son origine plus ou moins formelle aux États-Unis en 1952 grâce à une infirmière du nom de Margaret Sanger.

Cette dernière, bouleversée par la tragédie d'avortements qui, à l'époque emportait beaucoup de femmes, créa une association qui est devenue aujourd'hui très efficace dans la défense et la probation de la planification familiale.

Il existe plusieurs types de contraceptifs largement utilisés maintenant à des fins de planification familiale. Ces méthodes nécessitent des explications claires de la part du médecin, les échecs étant dus à leur mauvaise utilisation. Le couple doit choisir en fonction de l'acceptabilité du sentiment de sécurité et de confort. Aucune méthode de contraception n'est en soi efficace, car l'efficacité et la facilité d'utilisation varient grandement. Depuis lors, ce mouvement a pris de l'ampleur, tout le monde ayant compris son importance.

Au Burundi, c'est à partir du troisième plan quinquennal de 1978 à 1983 que le gouvernement a mis sur pieds un mécanisme allant dans le sens de freiner l'explosion démographique. Deux moyens ont été mis en avant à savoir le planning familial et la redistribution de la population sur tout le territoire national.

Le gouvernement a soumis au FNUAP en 1970, une requête de financement pour un projet de développement intégré de santé maternelle et infantile, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Ce financement a été approuvé par le FNUAP en mai 1981 et l'agence d'exécution en a été le Centre Scientifique et Médical Libre de Bruxelles pour les activités de coopérative (CEMUBAC).

La province de Muramvya, a été choisie comme zone pilote, pour débiter la phase préparatoire d'une durée de 6 mois, mais les activités de la planification familiale n'ont commencé qu'en Août 1983 (République du Burundi (Ministère du Plan), 1991). Le comité central du parti UPRONA a analysé au cours de la 14^e session ordinaire la question du planning familial et du contrôle démographique. Des recommandations pour ralentir la croissance démographique ont été formulées avec un programme d'action adopté se résumant en deux points à savoir :

-L'expansion des services de planification familiale : il s'agit d'étendre les services de planification familiale au-delà des centres urbains, une attention particulière étant accordée à l'éducation des adolescents ;

- La gestion des services et la formation du personnel : il s'agit de décentraliser les services de planification familiale à travers le réseau de formation sanitaires (hôpitaux, centres de santé, dispensaires, et formation d'un personnel compétent et en nombre suffisant).

I.5.1. Les techniques de contraception et les fournitures contraceptives.

Le Ministère de la santé publique est chargé de diffuser les techniques de contraception et de fournir le matériel nécessaire à la contraception.

Le bureau C.P.P.F. (Coordination du Programme de Planification Familiale) est créé par le décret 100/010 du 17 janvier 1991. Il avait comme mission de coordonner, d'orienter, de 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.

Ce bureau était spécialement chargé de :

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

Dans ce cadre, l'ABUBEF qui fait partie des associations de planification familiale regroupées au sein de la fédération internationale pour la planification familiale (F.I.P.F.) a comme objectif de :

- Sensibiliser la population Burundaise sur les dangers du galop démographique ;
- Amener la population Burundaise à adhérer massivement à la planification familiale ;
- Aider la population Burundaise à acquérir des attitudes et des comportements positifs vis-à-vis de la santé maternelle et infantile et de la contraception ;
- Préparer la jeunesse à la parenté responsable.

I.5.2. La santé de l'enfant et la planification familiale

Selon l'enquête démographique de santé et de la reproduction de 2002, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 855 décès pour 100000 naissances vivantes. Il est parmi les plus élevés en Afrique et dans le monde. Parmi les causes de décès maternel indirects figurent en premier lieu le paludisme avec 38% des cas (Republique du Burundi, (MSPLS, 2006).

Le taux d'inscription en première CPN (consultation Prénatale) précoce reste très faible 12.3% en 2006 (PNSR, 2006).

Le taux d'accouchement en milieu des soins est de 30.7% en 2006 (PNSR, 2006).

L'ampleur des fistules obstétricales est très importante et constitue un sérieux problème de santé publique en général et de santé de la reproduction en particulier. Le taux de mort-nés enregistré au niveau des structures de soins de santé est de 27.2 pour 1000 en 2006. Le taux de nouveau-né ayant moins de 2,5kg est de 8.5%.

Les indicateurs ci-dessus montrent que le Burundi se retrouve avec un sérieux défis en matière de santé maternelle et néonatale. Cette situation est vécue face à un système sanitaire qui se caractérise par :

- Une couverture insuffisante en infrastructure, et celles qui existent connaissent un problème fonctionnel soit par manque de locaux appropriés, de personnel, d'équipements ou de matériel, soit par manque d'eau courante et d'électricité.
- Une faible disponibilité de moyens de transport et un système d'orientation recours peu organisé. En effet, si la distance moyenne est de 14.5 km pour arriver à l'hôpital de première référence, 62% des CDS sont situés à plus de 10 km de l'hôpital de référence et pour 60.6% des CDS, la durée pour qu'une femme référée arrive à l'hôpital est de moins d deux heures et de plus de deux heures pour le reste (39.4%).
- Une insuffisance de personnel qualifié, avec une concentration des personnels de santé dans les centres urbains au détriment des zones rurales. En 2003, on estimait que 80% des médecins et 50% des infirmiers exerçaient à Bujumbura (République du Burundi (MSPLS), 2006).
- Les services sont peu disponibles et surtout de qualité peu satisfaisante. L'IEC sur la santé maternelle et néonatale est réalisée au niveau communautaire par des relais communautaire et dans les CDS. Toutefois, il y'a un manque de coordination entre les différents programmes de santé et différents intervenants au niveau communautaire.
- Même au niveau des CDS, un manque de matériel IEC spécifique à la maternité à moindres risques tels les posters, les affiches, les dépliants, les boites à images sont également constatées. La consultation prénatale n'est pas de bonne qualité car elle n'est pratiquée selon les normes.

L'avenir de l'humanité dépend de ses enfants. Pour devenir un adulte responsable et en bonne santé, l'enfant a besoin d'une bonne nourriture, d'une eau propre, d'une bonne formation scolaire et professionnelle et des soins médicaux. Mais avant tout, il a besoin d'un bon départ dans la vie. Le bien-être c'est au commencement, le « bien naître ». Un enfant doit naître sans pour avoir chance de survivre les premiers jours après sa naissance.

En effet, « les enfants nés des familles planifiées non seulement ont les meilleures chances de survie, mais aussi ont plus de chance d'avoir une enfance heureuse et saine, d'aller à l'école et de devenir des adultes auxquels la santé et le niveau d'instruction ouvrent de bonnes perspectives d'avenir. »(FNUAP, 1990).

L'enfant a besoin d'une mère de bonne santé et d'une famille équilibrée pour s'occuper de lui. Ses chances de survie et d'épanouissement sont réduites s'il naît malade et si sa mère est surchargée et malade. La planification familiale contribue à améliorer l'état de santé des enfants en permettant à la mère d'espacer ses grossesses, d'avoir une famille moins nombreuse et d'éviter les grossesses à un âge où celles-ci sont à risques (FNUAP, 1990).

Au Burundi la pratique de la PF est encore faible et était de 23% en 2017 (EDSB-III, 2017). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6.0. Cette faible pratique de la contraception, associée à la précocité des rapports sexuels et au faible niveau d'éducation sexuelle des jeunes filles, fait que les « quatre trop » sont une réalité : grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives.

I.6. Les facteurs de la contraception

I.6.1. L'espacement des naissances

Lorsque les grossesses sont trop rapprochées, il y a une probabilité accrue pour que la grossesse se termine en fausses couches ou pour que l'enfant né vivant meure peu de temps après sa naissance. Lorsque deux naissances sont rapprochées, le cadet n'est pas le seul à en souffrir. La santé de l'aîné en est également affectée.

I.6.2. Nombre d'enfants

Selon que le nombre d'enfants qu'elle a eus est réduit, une femme a plus ou moins de chance d'avoir une bonne grossesse et de mettre au monde un enfant qui vivra. Le taux de mortalité fœtale augmente avec l'ordre de naissance. Il est établi par exemple que les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants risquent de faire une fausse couche ou d'avoir un enfant qui mourra un peu de temps après sa naissance plus que les mères dont c'est le premier ou le deuxième enfant.

Dans les pays en développement en général et au Burundi en particulier, beaucoup d'enfants souffrent de malnutrition et de l'ordre de naissance agit sur la santé par le biais de nutrition. Plus il y a d'enfants dans la famille, plus cette dernière consacra une partie importante de son revenu à la nourriture et moins il y a de nourriture pour chaque membre de la famille. Il en résulte un taux plus élevé d'enfants sous alimentés dans les familles nombreuses.

Donc plus il y a d'enfants, plus on diagnostique des cas de malnutrition. Donc le planning familial présente beaucoup d'avantages pour la famille comme le montrent la République de Burundi et l'UNICEF: « Si la famille n'est pas aisée, le planning familial permettra l'amélioration de la situation, le planning familial réduira les dépenses journalières. Les membres de la famille peuvent se nourrir suffisamment à partir de ce qui est disponible. Ils peuvent se permettre de petits luxes, tels qu'une radio, un vélo, etc. Le foyer sera plus paisible et plus tranquille permettant ainsi au mari et à la femme une vie de couple » (UNICEF, 1997).

Il est logique que les facteurs qui affectent la santé de l'enfant, affectent également son développement. Les enfants qui appartiennent à des familles nombreuses et dont les naissances sont trop rapprochées, grandissent dans de mauvaises conditions plus que les autres, que ce soit du point de vue physique, mental ou intellectuel.

I.6.3. L'âge de la mère

La santé du nourrisson dépend aussi de sa mère à la naissance. Comme le souligne TETTKPOE, l'âge le plus propice pour une femme est entre 20 et 35 ans. La mortalité est moins grande lorsque la mère est âgée de 20 à 35 ans que lorsque la mère est plus jeune ou plus vieille.

I.6.4. La santé de la femme et la planification familiale

La complication pendant la grossesse et pendant l'accouchement représentent encore la cause majeure de la mortalité chez les femmes des pays sous-développés. Une femme risque d'avoir telles complications (donc de mourir) si elle a déjà beaucoup d'enfants ou si elle a moins de 20 ans ou plus de 35 ans.

La planification familiale contribue à l'amélioration de l'état de la femme en lui permettant d'éviter ces grossesses à hauts risques. De plus, quand la femme a la possibilité de se procurer facilement des méthodes contraceptives, elle risque moins d'avoir recours à l'avortement illégal. Par conséquent, la contraception permet d'éviter de nombreux décès parmi les femmes africaines et plus particulièrement dans les pays sous-développés. En effet, comme le précise le FNUAP (1997), « Chaque année, environ 200 000 décès maternels résultent du manque des services contraceptifs, (...) chaque année 585 000 femmes, une par minute, meurent des suites d'une grossesse. »

I.7. Différentes méthodes et pratiques contraceptives

Rappelons que ces méthodes comportent deux grandes catégories : les méthodes irréversibles ou définitives (vasectomie et ligatures des trompes) et les méthodes réversibles ou temporaires (pilule, préservatifs, injectable, DIU, etc.). Les premières occasionnent une stérilité définitive, alors que les secondes impliquent une infécondité temporaire, qui cesse dans les jours qui suivent l'arrêt de la méthode ou de la pratique. Elles constituent, en tant que demande, un excellent vecteur sur lequel il faut surfer pour mener des actions de prévention des cancers et des maladies sexuellement transmissibles ainsi que de grossesses non souhaitées.

I.7.1. Méthodes de la planification familiale appliquées par l'homme

I.7.1.1. Les Préservatifs

Les préservatifs aident à empêcher la grossesse et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Employés correctement, ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin. Inversement, les préservatifs empêchent aussi tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis. Pour être très efficaces, ils doivent être employés correctement durant chaque rapport sexuel. Beaucoup d'hommes n'emploient pas correctement les préservatifs ou ne s'en servent pas chaque fois qu'ils ont des rapports sexuels. Ils peuvent donc courir le risque de causer une grossesse, d'attraper des IST ou de transmettre celles-ci à leurs partenaires.

De façon générale, les études montrent que les utilisateurs du préservatif courent environ un tiers au moins de risques d'attraper la gonorrhée, le trichomonas ou une infection à chlamydia que ceux qui n'en emploient jamais. Ils courent moins de la moitié de risques d'infection par le VIH, qui conduit au SIDA. Ces études englobent cependant des personnes qui employaient les préservatifs de façon incorrecte ou irrégulière.

I.7.1.2. La vasectomie

C'est une intervention chirurgicale simple et rapide. Elle offre un moyen de contraception permanent aux hommes qui décident de ne plus vouloir d'enfants. On l'appelle aussi stérilisation masculine et contraception chirurgicale masculine. L'agent de santé pratique une petite ouverture dans le scrotum de l'homme (sac de peau qui renferme ses testicules) et obstrue les deux canaux qui transportent le sperme en provenance des testicules. Ce dispositif empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme.

L'homme peut continuer à avoir des érections et à éjaculer du sperme. Cependant, ce sperme ne peut plus féconder une femme, puisqu'il ne contient pas de spermatozoïdes. Elle est efficace, quand on l'emploie correctement. Les hommes recourent à la vasectomie pour que leur partenaire n'ait plus à utiliser des méthodes contraceptives. Et, ils se font stériliser lorsque leur famille est complète, ils considèrent que cette procédure est la meilleure forme de contraception ; certains avancent des raisons économiques ou leur préoccupation pour la santé de leur femme.

I.7.1.3. Le Retrait

Le retrait est l'une des méthodes temporaires les plus largement utilisées dans le monde pour éviter les grossesses. Les méthodes dites naturelles reposent sur l'observation minutieuse, régulière et la bonne connaissance de son corps pour les femmes, la parfaite maîtrise de soi pour les hommes. Ce sont des méthodes contraceptives difficiles et pas toujours très fiables. En outre, ces méthodes, souvent inefficaces sur le plan de la contraception ne protègent, ni des maladies sexuellement transmissibles ni du SIDA. Le partenaire doit prévoir le moment de l'éjaculation et se retirer du vagin avant l'éjaculation et éjacule à l'extérieur du vagin.

I.7.2. Méthodes de la planification familiale appliquées par la femme

I.7.2.1. Contraceptifs oraux combinés à faible dose

Ces contraceptifs sont également appelés pilules combinées, pilules contraceptives, pilules contraceptives oraux ou contraceptif oraux combinés. Les femmes qui emploient des contraceptifs oraux avalent chaque jour une pilule pour empêcher la grossesse. Ils ont comme fonction d'arrêter l'ovulation (libération des ovules des ovaires et aussi, épaississent la glaire cervicale,) rendant difficile le passage des spermatozoïdes. Ils sont très efficaces si employés correctement et constamment.

I.7.2.2. Contraceptifs oraux progestatifs

Ce sont les contraceptifs oraux pour les femmes allaitantes. Ils ne semblent pas réduire la production de lait ; les femmes qui ne donnent pas le sein peuvent aussi employer des contraceptifs oraux progestatifs. Ils ont comme fonction d'arrêter l'ovulation (libération des ovules des ovaires) dans la moitié environ des cycles menstruels et aussi épaississent la glaire cervicale, ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes.

Ils sont très efficaces en pratique courante, plus efficaces que les contraceptifs oraux combinés, car l'allaitement en soi, fournit une protection considérable contre la grossesse.

I.7.2.3. Implants Norplant

Le système d'Implants Norplant est un ensemble de 6 petites capsules. Chaque capsule a à peu près la dimension d'une petite allumette. Les capsules sont placées sous la peau de la partie supérieure du bras de la femme. Ils épaississent la glaire cervicale, rendant difficile le passage des spermatozoïdes. Ils arrêtent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires) dans la moitié environ des cycles menstruels (après une année d'emploi). Ils n'interviennent pas en interrompant une grossesse existante.

I.7.2.4. Stérilisation féminine

Elle est une méthode de contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants. C'est une intervention simple et sans danger. On l'appelle également contraception chirurgicale volontaire (C.C.V.), ou ligature des trompes (L.T.). Cela se fait par une petite incision dans l'abdomen de la femme et bloque ou coupe les 2 trompes de Fallope. Ces trompes servent au passage des ovocytes entre les ovaires et l'utérus. Quand les trompes sont bloquées, l'ovocyte de la femme ne peut pas rencontrer les spermatozoïdes de l'homme. Par ailleurs, la femme continue à avoir ses règles.

I.7.2.5. Dispositifs intra-utérins (DIU)

Un dispositif intra-utérin est en général une petite armature flexible souvent en plastique, un fil ou des manchons de cuivre le recouvre partiellement. On le pose dans l'utérus d'une femme par le médecin. Il est pratique mais provoque des menstruations plus longues et plus abondantes, en passant par son vagin. Presque toutes les marques de DIU ont un ou deux fils qui leur sont rattachés. Ces fils, qui sortent par l'ouverture col, se trouvent dans le vagin. Le DIU fonctionne surtout en empêchant les spermatozoïdes et l'ovocyte de se rejoindre. Il empêche finalement l'embryon de s'implanter dans la paroi de l'utérus. Il est très efficace et peut durer au moins 10 ans.

I.7.2.6. Méthodes vaginales

Les méthodes vaginales sont des contraceptifs qu'une femme place dans son vagin peu avant les rapports sexuels. Il existe plusieurs méthodes vaginales :

- **Les spermicides**, y compris les comprimés ou suppositoires moussants, les suppositoires fondants, la mousse, la gelée et la crème spermicide ;

- **Le diaphragme dôme** en caoutchouc souple qui recouvre le col qui doit être employé avec une gelée ou crème spermicide ;
- **Le cape cervicale** qui ressemble au diaphragme, mais en plus petit.
- **Les spermicides** tuent les spermatozoïdes ou les empêchent de se diriger vers l'ovocyte et les diaphragmes et les capes cervicales empêchent les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus et dans les trompes, où ils pourraient rencontrer un ovocyte. Leur efficacité est fonction de la régularité avec laquelle une femme emploie correctement une méthode vaginale à l'occasion de chaque rapport sexuel et de la méthode vaginale dont elle se sert.

I.7.2.7. Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, y compris la continence périodique

Par connaissance de la fécondité, on entend qu'une femme sait quand commence ou se termine la période de son cycle menstruel. (La période féconde est celle durant laquelle elle peut devenir enceinte). Une femme peut recourir à plusieurs méthodes pour savoir quand commence et se termine sa période féconde :

- **Méthode du calendrier** : une femme peut compter le nombre de jours pour identifier le début et la fin de sa période ; le nombre de jours dépend de la longueur des cycles menstruels précédents ;
- **Sécrétion cervicales** : quand une femme voit ou ressent des sécrétions cervicales, elle peut être féconde. Ce peut être une sensation d'humidité du col ;
- **Température basale** : la température du corps d'une femme au repos augmente légèrement au moment de l'ovulation (libération d'un ovocyte), quand elle peut devenir enceinte ;
- **Palpation du col** : au moment où commence la période féconde, l'orifice du col est plus souple, s'entrouvre et est humide. Quand elle n'est pas féconde, l'orifice est plus ferme et fermé.

De ce fait la connaissance de la fécondité aide une femme à savoir quand elle peut devenir enceinte. Le couple évite la grossesse en modifiant son comportement sexuel durant les jours féconds.

Il peut :

- **S'abstenir d'avoir des rapports vaginaux**, éviter complètement les rapports sexuels vaginaux durant la période féconde. C'est ce que l'on appelle également continence périodique et planification familiale naturelle ;
- **Employer des méthodes mécaniques** : préservatifs, diaphragme et spermicide ou uniquement spermicide ;
- **Recourir au retrait** : sortir le pénis du vagin avant l'éjaculation, appeler aussi coït interrompu.

I.7.2.8. Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Elle consiste à utiliser l'allaitement au sein comme méthode temporaire de planification familiale. « Maternelle » rappelle le rôle de la mère et « aménorrhée » indique l'absence de règle. Cette méthode offre une protection naturelle contre la grossesse et encourage à commencer à utiliser une autre méthode au moment voulu.

I.7.2.9. Les méthodes qui ressortent du couple : Séparation et abstinence périodique

Comme le nom l'indique, il s'agit ici que l'homme et la femme s'abstiennent des relations sexuelles pendant la période de fécondité ou d'ovulation.

I.7.3. Importance de la planification familiale sur le plan social et sanitaire

I.7.3.1. Sur le plan social

- La planification familiale améliore le bien-être familial : Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtements, de leur assurer un logement et de les scolariser ;
- La planification familiale aide les pays à assurer une meilleure existence pour sa population : Les pays qui ont une « pression démographique » ou avec des populations qui s'accroissent rapidement ont bien du mal à répondre aux demandes de la population que ce soit pour l'éducation, le travail, la santé, la nutrition, etc. ;
- La planification familiale aide à réduire la taille de la famille, car les familles plus nombreuses ont tendance à garder les enfants à la maison, surtout les filles, n'ayant pas les moyens d'assurer leur éducation ;

- La planification familiale aide les femmes à mieux jouer leurs rôles d'épouse et de mère, mais elle ne constitue qu'un des éléments nécessaires pour obtenir une égalité des chances vis-à-vis des hommes.
- Les femmes qui ont accès à une planification familiale de bonne qualité peuvent faire des choix de procréation. Pour certaines femmes, la maîtrise de leur fécondité ouvre la voie à d'autres choix et occasions importantes.
- Si les jeunes femmes sexuellement actives ne pratiquent pas la contraception, elles courent un risque que les jeunes hommes ne connaissent pas : elles tomberont enceintes et devront abandonner leurs études ou ne pas se scolariser
- Un couple qui opte pour la planification familiale aura une famille plus réduite, aura également plus de chances de pouvoir mettre de l'argent de côté pour les cas d'urgence (par exemple, de graves maladies comme le VIH ou le paludisme) et ainsi elles ne se verront pas dans l'obligation de contracter des dettes ou de vendre autant de biens qui sont essentiels à la survie de la famille.

I.7.3.2. Sur le plan sanitaire

Répondre aux besoins de la planification familiale relève d'une intervention qui permet de diminuer la fécondité et qui est la source d'avantages sanitaires pour la mère et l'enfant. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement (hémorragie, infection et complications imputables à l'avortement) représentent 13 % de la charge de mortalité mondiale chez les femmes âgées de 15 à 44 ans en 2008. La mortalité et la morbidité chez les femmes se répercutent ensuite sur la santé et la nutrition des enfants. L'accès aux contraceptifs permet aux femmes de remettre à plus tard ou de limiter les naissances et ainsi, elles sont moins exposées aux grossesses à haut risque.

- *Empêche des enfants de mourir* : un espacement d'au moins 2 ans entre les naissances aide les femmes à avoir des enfants en meilleure santé, améliorant ainsi d'environ 50% de leurs chances de survie. Si on limite les naissances à meilleures années fécondes des femmes, on améliore aussi les chances de voir ces enfants survivre en meilleure santé.
- la planification familiale vaut son pesant d'or dans la réduction de mortalité maternelle du fait qu'elle permet à l'organisme de la femme de se reposer suffisamment avant de contracter une autre grossesse ;
- La planification familiale favorise un entretien particulier de l'enfant soutenu de santé par sa mère, en évitant à l'enfant la malnutrition.

CHAPITRE II. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE DECONTRACEPTION AU BURUNDI

Au Burundi, la planification familiale reste une problématique car la proportion de la population qui utilise les méthodes est encore faible. En effet, seuls 36.4% utilisent des méthodes contraceptives au Burundi en 2020 (PNSR, 2022). Ces faibles taux favorisent l'explosion démographique. Le gouvernement devrait mettre l'accent particulier sur la planification familiale, pierre angulaire dans l'important chantier de ralentissement de la croissance démographique afin d'assurer le bien-être de la population.

La courbe de l'évolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives au Burundi évolue en dent de scie. Il était de 36.8% en 2013, de 42.5% en 2016, de 35.5% en 2019 et de 36.4% en 2020 (PNSR, 2022). Ces chiffres sont en baisse comparativement aux prévisions du gouvernement du Burundi qui estimait que ce taux sera de 60% en 2025. Cela impacte automatiquement les prévisions émanant de celui-ci : On cite entre autre l'ambition de faire baisser la fécondité de 6.4 enfants par femme en 2008 à 3 enfants par femme en 2025, qui a été évalué à 5.5 enfants par femme en 2020.

Ces faibles taux d'utilisation des méthodes contraceptives dévoilent une certaine réticence des Burundais par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives qu'elles soient naturelles ou modernes. Cette réticence est due à pas mal de facteurs.

Les barrières sont entre autre d'ordre socio culturel, religieux, etc. Un défi majeur est que l'implication des hommes dans cette affaire qui concerne deux partenaires cause toujours problème au Burundi. Selon Niyonkuru, la seule chose qui est rassurante, malgré les divergents points de vue sur l'utilisation des méthodes contraceptives, c'est que tout le monde est conscient que la croissance démographique actuelle est inquiétante, que son ralentissement est urgent et que la planification familiale constitue une pierre angulaire dans ce chantier combien important pour la tendance (Niyonkuru, 2022). Dans ces échanges avec les responsables du PNSR, les responsables religieux ont soulevé leurs inquiétude par rapport à l'utilisation des certaines méthodes contraceptives. Ils se sont convenu que chacun, selon ses convictions, incite ses adeptes à utiliser au moins une méthode contraceptive, qu'elle soit naturelle ou moderne pourvu qu'ils l'utilisent correctement.

A cet effet, des modules ont été élaborées pour permettre à ces responsables religieux de bien sensibiliser leurs adeptes. Pour ceux qui craignent les effets secondaires de ses méthodes, Monsieur Niyonkuru les tranquillise que Chaque médicaments à des effets secondaires. Toutefois, il est conseillé de retourner chez le médecin une fois que les effets secondaires persistent et ils peuvent fixer ces malaises sans aucun dommage (Niyonkuru, 2022). Étant un facteur qui impacte directement et fortement tous les secteurs de la vie du pays, la gestion de la croissance démographique devrait être classée parmi les urgences nationales.

II.1. Connaissance et utilisation de la contraception

Quand une jeune femme décide de recourir à la contraception, elle doit de préférence, en présence de son partenaire être informée de diverses méthodes actuellement en sa disposition. La connaissance des méthodes contraceptives s'est améliorée au cours des années dans notre pays tant dans le milieu urbain que rural. Le niveau de connaissance en matière de santé reproductive est élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Il existe également un lien entre la connaissance des méthodes contraceptives modernes efficaces et le désir de procréer. Par ailleurs, le niveau d'instruction et le revenu influencent aussi dans la connaissance des moyens de planification des naissances.

L'allaitement maternel intensif et prolongé est un moyen de retarder une grossesse. Dans la pensée des gens, l'allaitement est donc un moyen contraceptif mais au retour des règles, les femmes font éventuellement recours à d'autres moyens que l'allaitement, conscientes que celle-ci n'est plus efficace. Les jeunes femmes, les célibataires, celles qui n'ont pas d'enfants sont les moins informés et quand elles le sont, elles recourent toujours à la radio et aux amis et moins au personnel médical contrairement à celles qui sont plus âgées, mariées et qui ont des enfants.

Selon une étude menée dans huit provinces du Burundi en 2014, dont Bururi, Gitega, Makamba, Muyinga, Mwaro, Ngozi, Ruyigi et Bujumbura Mairie, plus de 90% des répondants ont affirmé avoir déjà entendu parler des moyens et méthodes destinées à retarder ou éviter une grossesse. Les six méthodes qui paraissent être mieux connues sont l'injection (94.1%), la pilule (88.0%), les implants (84.3%), le DIU (78.1%), le condom masculin (43.5%) et le condom féminin (27.4%). Les connues sont le diaphragme, le collier du cycle, les spermicides, le coït interrompu et la vasectomie (MSPLS, 2014). Selon la même étude, 50.6% ont déjà utilisé une méthode contraceptive et 49.4 n'en ont pas utilisé.

Les injections sont beaucoup plus utilisées (73.8%), les pilules, les implants et le DIU sont utilisés dans l'ordre respectif décroissant de 21.9%, 21.4%, et 14.6%.

II.2. Perception des problèmes de contraception

Comme le dit si bien Deborah Maine (1981), on a toujours pensé que les femmes des pays en voie de développement ont des familles nombreuses parce qu'elles le désirent. Pourtant ce n'est pas le cas et même quand elles ne veulent plus d'enfants, souvent la femme du Tiers Monde n'emploie pas de méthodes contraceptives.

La question est de savoir :

- Pourquoi elle n'emploie pas de méthodes contraceptives ?
- En a-t-elle vraiment besoin ou qu'est-ce qui l'en empêche ?

Un nombre important de femmes ne trouvent pas de problèmes dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Certaines évoqueraient la notion des effets secondaires qui seraient à la base de la méfiance des méthodes modernes. L'opposition du conjoint sur les méthodes qui exigent la continence est évoquée. La conviction religieuse serait aussi un handicap au recours à la contraception.

II.3. Pratique des méthodes contraceptives

Tableau1 : Evolution du nombre d'utilisateurs de méthodes contraceptives modernes au niveau national de la période 2006

Année	DIU	implants	DIU+implants	ccv	total
2006	1838	0	1838	119	97185
2007	3854	0	3854	43	104393
2008	12681	29	12710	727	161169
2009	27256	1137	28393	282	195609
2010	53641	11874	65515	422	282592
2011	84618	31661	116279	702	358647
2012	111841	77960	189801	1223	423928
2013	131167	163400	294567	388	294955
2014	144096	219572	363668	1068	596156
2015	154388	263945	418333	2201	664773

Source : Données de bilans annuels du PNSR pour les années 2006-2015.

Le tableau précédent montre que le nombre d'utilisatrices du DIU est passé de 1838 en 2006 à 53641 en 2010 et à 154388 en 2015, soit une augmentation d'environ cinq fois en l'espace de cinq ans si l'on considère cet intervalle de temps entre 2010 et 2015. Le nombre total d'utilisatrices d'implants est passé de 0 en 2006 à 11874 en 2010 et à 263945 en 2015. L'effectif total d'utilisateurs de CCV est passé de 119 en 2006 à 422 en 2010 et à 2201 en 2015 tandis que celui d'utilisateurs pour toutes les méthodes contraceptives modernes est passé de 97185 en 2006 à 282592 en 2010 et à 664773 en 2015. La fécondité au Burundi est une valeur fondamentale pour la société et la famille, raison pour laquelle la contraception pose beaucoup de problèmes.

II.4. Planification familiale et santé de la mère et de l'enfant

L'idée de planifier les naissances, c'est-à-dire de décider à l'avance le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir est relativement récente. Tout au long de l'histoire, on a considéré que le nombre d'enfants de chaque famille, la grossesse elle-même, loin de pouvoir être planifiée dépendait du destin ou de la volonté divine.

Au cours des décennies à venir, les problèmes démographiques au Burundi risquent de peser lourdement sur la situation sanitaire de nos populations singulièrement pour la mère et l'enfant si des solutions n'y sont pas apportées. Car, la plupart des personnes ne préfèrent pas aborder des sujets liés à leur vie sexuelle, car cela est considéré comme tabou.

CHAPITRE III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Selon Pinto et Grawitz, la méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre la vérité qu'elle poursuit, la démontre et la vérifie.

Cette partie relate la méthodologie et les techniques utilisée pour arriver à nos résultats de recherche. Dans cette section, la perspective méthodologique proprement dite est présentée, ainsi que notre choix dans la construction des instruments de collecte des données. Notre technique dans le choix de la population d'enquête et le terrain d'investigation sont aussi présentées. Nonobstant, nous mettons en lumière notre choix des personnes enquêtées et le nombre d'entretiens réalisé, enfin, nous décrivons la technique utilisée pour l'analyse des données.

Pour mener à bien notre travail, une série de méthodes a été utilisée. Depuis la collecte des données, pendant le traitement et l'analyse des données, différentes techniques et approches méthodologiques ont été utilisées

Nous avons choisi d'interviewer toute personne retrouvée à son domicile ou à son lieu de travail. Toutefois le nombre des personnes à interviewer n'est pas limité, selon la volonté et la disponibilité de chacun, nous avons poursuivi nos entretiens jusqu'à la saturation de l'information et nous nous sommes arrêtés à 47 interviews. Le plus souvent, un entretien avec les femmes était plus sûr, plus précis et plus rapide car la notion de planification familiale et de santé reproductive leurs concerne beaucoup plus que les hommes. En plus les questions concernant la vie intime ont été mieux abordées en tête à tête avec la patience.

III.1. Méthode et techniques de recherche

De par la formation universitaire acquise depuis le baccalauréat jusqu'au master, compte tenu des motivations que nous disposons sur le sujet, et compte tenu de notre implication sur le terrain, après avoir passé une revue documentaire auprès de tous les intervenants, nous avons pu construire notre question de recherche dans le but de transformer notre sujet en un objet de recherche. Notre premier travail a donc été l'identification des concepts théoriques et des mots-clés de notre sujet de recherche afin d'obtenir le plan de notre travail.

La construction des chapitres respectifs de notre travail s'est faite en liaison avec notre revue de la littérature, tout en veillant à ce que ces chapitres nous faciliteront d'aborder toutes les idées que nous voulions exposer.

C'est ainsi, qu'après avoir exploré les différents concepts, nous avons construit notre problématique qui nous a permis de mettre en évidence notre raisonnement. Cette prise de recul nous a ainsi motivé à produire de nouvelles questions et à mobiliser des outils efficaces pour y répondre. C'est ainsi que nous avons élaboré un guide d'entretien comme un support qui nous a été très utile dans le recueil des différents points de vue des de la population adulte de la commune Bubanza. Ce guide en français était aussi traduit en Kirundi selon les nécessités. Par après, nous avons passé à la transcription des réponses, puis à l'analyse et l'interprétation des résultats, et enfin nous avons terminé par une conclusion.

III.1.1. Approche méthodologique

Dans notre travail de recherche, l'approche de recherche privilégiée est la méthode qualitative centrée sur des approches théoriques et pratiques de la planification familiale. D'après les auteurs Paillé et Mucchielli (2005), l'analyse qualitative peut être définie comme une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction du sens. Elle ne nécessite ni comptage, ni quantification pour être valide, généreuse et complète. C'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet.

Selon Olivier De Sardan (2008), une problématique initiale peut, grâce à l'observation, se modifier, se déplacer et s'élargir. L'enquête n'est pas le coloriage d'un dessin préalablement tracé, c'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. Toute la compétence du chercheur de terrain est de pouvoir observer ou écouter ce à quoi il n'est pas préparé et d'être en mesure de produire les données qui l'obligeront à modifier ses propres interprétations. Le niveau d'analyse de cette recherche est le niveau individuel. L'analyse individuelle fait référence à des entretiens à caractère personnel avec la population de la

III.1.2. Recherche documentaire

Celle-ci a permis de nous référer aux travaux des autres auteurs en vue d'y puiser les précieuses données dont nous avons besoin. En effet, notre documentation s'est effectuée à la bibliothèque centrale et aux bibliothèques périphériques de l'université du Burundi, au bureau d'Etat Civil de la commune Bubanza, au bureau du district sanitaire de Bubanza, au bureau administrative de l'hôpital Bubanza, au Bureau provincial de santé de Bubanza et dans les sites internet.

III.2. Choix et construction de l'instrument de collecte des données

Dans notre recherche, nous avons privilégiée l'entretien non directif. En effet, cette technique nous semble plus pertinente pour cette recherche parce qu'elle fait appel au point de vue de la population (population adulte) et permet de sonder leur vécu, leur pratique et leur perception des méthodes contraceptives auxquelles ils font face.

III.2.1. Les entretiens non directifs et le guide d'entretien

Pour aborder notre sujet de recherche avec succès, la production des données a été effectuée par des entretiens non directifs à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide d'entretien a été conçu en conformité avec nos questions de recherche. Sa structure est centrée autour de nos axes de recherche: la connaissance, la perception et la pratique de la planification familiale en commune Bubanza.

Dans la recherche scientifique, le constant est de savoir que le chercheur ne descend pas sur terrain à tête nue. Il prépare en amont les thématiques et /ou les questions qu'il souhaite poser. Raison pour laquelle nous avons fait recours à l'enquête par entretien non directif, particulièrement adaptée à notre approche dans la mesure où, d'après BLANCHET A. et Gotman (2007), elle permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques.

La durée moyenne d'un entretien a été de 53min. Mais la discussion pouvait à maintes fois aller au-delà. Selon de Sardan (2008), un entretien n'est pas un dossier fermé, bouclé, mais un dossier ouvert, qui peut toujours s'enrichir. Le passage d'un sujet à un autre nous a permis de comprendre les différentes logiques du contexte dans lequel la population de Bubanza planifiait ses naissances et ce passage nous a même motivé d'explorer des sujets plus subjectifs comme la confiance en soi, l'auto estime, le regard sur les autres, le regard sur soi.

Grâce à l'entretien non directif, nous avons obtenu un maximum d'informations qui ont été triées et classées dans le but d'une analyse plus approfondie.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur téléphonique dans le but d'être transcrits après. Une technique complémentaire néanmoins importante dans la production de données a été l'observation directe.

III.2.2. Population d'enquête

Nous avons travaillé dans la zone géographique de la commune Bubanza. La population cible de notre recherche est la population adulte (les conjoints). Bref, Sans cette population d'enquête appelée univers d'enquête, il nous serait impossible d'arriver à des résultats de terrain.

La population d'enquête, constitue la meilleure source qui fournit des informations utiles au chercheur. Selon Blanchet et Gotman (2007), définir la population, c'est sélectionner des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on pose.

III.2.3. Le travail de terrain

Olivier De Sardan, (2000) mentionne Si le terrain est souvent un fort lieu d'investissement affectif au chercheur, ce qu'il dit de sa relation personnelle aux acteurs locaux n'est pas aussi méthodologiquement intéressant que certains le proclament. Pour un chercheur en sciences sociales, l'enquête est vue comme l'une de plus importantes techniques permettant de mesurer le rôle des phénomènes relationnels dans la vie individuelle et/ou collective.

Du 15/4 au 16/5/2022, nous avons réalisé des entretiens avec la population de la commune Bubanza. Nous avons mené nos entretiens avec des hommes et des femmes mariés retrouvés à leur domicile ou à leur lieu de travail. Notre enquête de terrain a été bien conduite grâce à certains gens qui nous ont accueillis chaleureusement et qui ont accepté de bien répondre à nos questions.

III.2.4. Nombre d'entretiens réalisés

Pendant notre travail de collecte d'information nous avons eu la chance de rencontre la majorité de la population féminine par ce que beaucoup d'entre elle se trouvent dans les conditions de chômage et elles sont mères des enfants ce qui les obligent de reste pendant beaucoup de temps à la maison.

Comme notre travail de terrain était si vaste, nous avons dû délimiter et encadrer le choix de nos entretiens. Cette délimitation a été en rapport avec nos questions de recherche et avec le temps. Pour cela, deux stratégies différentes ont été choisies. Il s'agit du principe de saturation, qui constitue un indicateur pertinent pour le nombre d'entretiens. A partir du moment où l'on aperçoit que les récits de l'enquêté revenaient sur les mêmes propos et qu'il n'y a plus d'éléments nouveaux, il nous a semblé évident de continuer avec les questions suivantes.

Nous avons effectué les entretiens en fonction de la disponibilité de nos enquêtés. En plus du principe de saturation, nous avons aussi pris en considération le principe de diversification. Le principe de la diversification a été néanmoins fait suivant l'appartenance sexuelle, la colline d'origine, la catégorie socioprofessionnelle, l'âge, la religion et le niveau d'instruction des interviewés. Nous avons effectué au total 47 entretiens.

III.3. Méthode d'analyse des données

D'après Olivier De Sardan (2000), On peut considérer le « cerveau » du chercheur comme une « *boîte noire* », et faire l'impasse sur son fonctionnement. Mais ce qu'il observe, voit, entend, durant un séjour sur le terrain, comme ses propres expériences dans les rapports avec autrui, tout cela va « entrer » dans cette boîte noire, produire des effets au sein de sa machine à conceptualiser, analyser, intuire, interpréter, et donc pour une part va ensuite « sortir » de la dite boîte noire pour structurer en partie ses interprétations, au cours du processus de recherche, que ce soit pendant le travail de terrain, lors du dépouillement des corpus ou quand vient l'heure de rédiger.

Après la retranscription des interviews, nous avons classifié l'information récoltée selon les thèmes correspondant à nos questions de départ. Les concepts définis et les hypothèses que nous avons émises nous ont guidés en tant que cadre de référence, pour effectuer le filtrage des informations et par la suite leur analyse et interprétation.

La démarche qualitative déployée nous a facilité à affronter notre population, d'entrer en commun accord avec elle dans la compréhension des facteurs qui les motivent à la planification familiale. Nous avons aussi salué le rôle des entretiens non structuré dans la production des données. L'efficacité et la fiabilité des informations obtenues grâce à la démarche qualitative, nous ont permis à faire une analyse et une interprétation sans inquiétude.

III.4. La population d'étude

Toute étude sociologique et socio démographique implique toujours une population d'étude, c'est-à-dire « l'ensemble humain caractérisé dont on cherche à connaître les opinions, les perceptions, les réactions. Cette population est caractérisée c'est-à-dire qu'elle a en commun des caractéristiques connues permettant l'identification psychosociale des individus de ce groupe ».

Notre étude portant sur les connaissances, la perception et les pratiques des méthodes de planification familiale en commune Bubanza considère tous les hommes et les femmes mariés de cette commune comme population d'étude.

CHAPITRE IV. PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Ce chapitre va porter sur l'interprétation et l'analyse des résultats récoltés sur terrain lors des entretiens avec la population de la commune Bubanza. Les contraintes liés au temps et moyens financiers ne nous ont pas favorisé à joindre toute la population et nous nous sommes entretenus avec ceux que nous avons trouvé à leurs domiciles et à leurs lieux de travail surtout que la collecte d'information s'est effectuée pendant les heures de travail.

IV.1. Les caractéristiques de l'échantillon : sexe, âge, profession, religion, colline d'origine, niveau d'instruction

➤ Sexe

Comme la population d'étude est toute la population adulte (les hommes et les femmes mariés) de la commune Bubanza, bien entendu, nous nous sommes entretenus avec les hommes et les femmes dont 16 hommes et 31 femmes.

Tableau 2 : Age des interviewés

Sexe Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[20 ; 25[	0	00,0	4	100	4	8.5
[25 ; 30[	1	3.33	2	66.66	3	6.4
[30 ; 35[	2	18.2	9	81.8	11	23.4
[35 ; 40[	6	35.3	11	64.7	17	36.2
[40 ; 45[	5	50	5	50	10	21.3
[45 ; 50[	1	100	0	00.0	1	2.1
[50 ; 55[	1	100	0	00.0	1	2.1
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que la population interviewée est dominée par les hommes et les femmes dont les âges sont comprises entre [30 ; 35[, soit 23.4% ; [35 ; 40[, soit 36.2% et [40 ; 45[, soit 21.3%.

Tableau 3 : Profession des interviewés

Sexe profession	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agriculteurs	6	28.6	15	71.5	21	44.7
Commerçants	2	18.2	9	81.8	11	23.4
Enseignants	4	66.66	2	33.33	6	12.8
Infirmiers	3	37.5	5	62.5	8	17
Agents de sécurité	1	100	0	00.0	1	2.1
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre les catégories socioprofessionnelles de nos interviewés. La catégorie qui domine notre recherche est celle des agriculteurs, 44.7% sachant que notre pays est dominé par la population qui s'occupe de l'agriculture (85% selon le recensement de 2008). Les commerçants viennent au deuxième rang avec 23.4%, les infirmiers avec 17.02%, les enseignants avec 12.8% et les agents de sécurité qui viennent au dernier rang avec 2.1%.

Tableau 4 : Confession religieuse interviewés

Sexe Religion	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Catholiques	10	32.6	21	67.4	31	65.9
Protestants	6	42.9	8	57.1	14	29.9
Musulmans	0	00.0	2	100	2	4.2
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que l'échantillon est dominé par les catholiques (65.9%), tandis que les protestants viennent en deuxième position (29.9%) et les musulmans sont moins représentés (4.2%).

Tableau 5 : Colline d'origine des interviewés

Colline \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Centre-Ville	3	37.5	5	62,5	8	17
Bihororo I	2	28.6	5	71.4	7	14.9
Ngara	3	30	7	70	10	21.3
Rugunga	1	14.9	6	85.1	7	14.9
Muhenga	1	25	3	75	4	8.5
Mitakataka	2	50	2	50	4	8.5
Muramba	1	33.33	2	66.66	3	6.4
Rabiro	3	75	1	25	4	8.5
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que beaucoup d'entretiens se sont menés à la colline Ngara (21.3%), la colline qui vient en deuxième position est la colline Centre-Ville (17,02%) la colline Buhororo I et Rugunga ont été les troisièmes à un pourcentage s'élevant à 14,9%, les collines Muhenga, Mitakataka et Rabiro viennent à la quatrième position (8,5%), et la colline Muramba vient à la dernière position (6,4%).

Tableau 6 : Niveau d'instruction des interviewés

Niveau d'instruction \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Université	3	60	2	40	5	10.6
Secondaire	4	50	4	50	8	17.1
Primaire	3	23.1	10	76.9	13	27.6
Aucun	6	28.6	15	71.4	21	44.7
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que la population interviewée est à dominance analphabète (21 personnes, soit 44,7% des interviewés n'ont aucun niveau d'étude. La représentativité diminue en fonction de la hauteur du niveau d'étude : primaire (27,6%), secondaire (17,02 %), université (10,6%).

IV.2. Connaissances en planification familiale

IV.2.1. Documentation auprès des prestataires

D'après l'information recueillie auprès du Bureau de district sanitaire de Bubanza, la population de la commune Bubanza est informée sur la nécessité et l'utilisation des méthodes contraceptives, par les campagnes de sensibilisation organisées par les centres de santé.

Le secrétaire chargé des statistiques au Bureau du district sanitaire de Bubanza nous a rassuré que la population de la commune Bubanza est bien informée sur les différentes méthodes contraceptives et leur utilisation.

« J'affirme que la population de la commune Bubanza est informée sur l'utilisation des méthodes de planification familiale par ce que tous les centres de santé organisent des séances de sensibilisation en apprenant à la population que le bien-être de la famille est fondé sur une famille peu nombreuse en les sensibilisant à planifier leurs naissances par une méthode contraceptive », nous a-t-il révélé.

L'église catholique, elle aussi, affirme que la population de la commune Bubanza a des connaissances relatives à la planification familiale car le diocèse catholique Bubanza organise à travers le bureau pastoral, des séances de sensibilisation sur l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles.

A travers l'entretien mené auprès du secrétaire du bureau pastoral du diocèse Bubanza, ce dernier nous a révélé le rôle important joué par l'Église catholique.

« Le bureau pastoral a mis en place un comité diocésain composé des laïcs mariés, pour la sensibilisation sur la planification familiale, mais seulement sur l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles qui respectent la nature de l'homme. Ce comité est en exercice depuis 2017.

J'affirme alors que les fidèles catholiques de la commune Bubanza sont informées sur les méthodes de planification familiale », nous a révélé le secrétaire du bureau pastoral du diocèse Bubanza.

En outre les entretiens menés avec la population de la commune Bubanza affirment que cette dernière a des connaissances sur la planification familiale et ses méthodes, car toutes les 47 personnes interviewées, soit 100%, affirment avoir été informées sur la planification familiale et ses différentes méthodes.

Les sources de connaissances sur les méthodes contraceptives sont diverses. Ainsi, 10 personnes sur 47, soit 21.27%, dont 4 hommes (25%) et 6 femmes (19%) nous ont dit qu'elles ont appris les méthodes contraceptives à l'école.

« *Quand j'étais encore à l'école, j'ai appris en 10^e année, dans le cours de civisme, les différentes méthodes de planification familiale* », a affirmé une femme de 32 ans interviewée sur la colline Buhororo I.

D'autres ont affirmé qu'ils ont entendu parler des méthodes contraceptives au centre de santé, dont 22 personnes sur 47, soit 46.8%, parmi elles, trois, soit 18.75% sont des hommes et 19, soit 61.3 sont des femmes. Cela montre que les femmes consultent les services sanitaires plus que les hommes.

Il y a une autre partie de la population, pour s'enquérir de l'information concernant la planification familiale, écoute la radio. Ainsi seules 7 personnes, soit 14.9%, dont 6 hommes (37.5%) et une femme (3.22%) ont entendu parler de la contraception et ses différentes méthodes à la radio.

En fin les autres s'informent auprès de leurs amis. Ainsi, huit personnes, soit 17.02%, dont 3 hommes (18.75%) et 5 femmes (16.12%) ont dit qu'elles se sont informées auprès de leurs amis.

Tableau 7 : Répartition de la population selon la Source d'information sur la connaissance des méthodes contraceptives

Sexe Sources d'information	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
École	4	40	6	60	10	21.2
Cantre de santé	3	13.6	19	86.4	22	46.8
Radio	6	85.7	1	14.3	7	14.9
Auprès des amis	3	37.5	5	62.5	8	17.1
Total	16	34.04	31	65.96%	47	100

Source : Réalisé par l'auteur

IV.2.2. Les méthodes couramment connues

En outre, les interviewés ont mis l'accent sur les méthodes couramment connues et ont affirmé que le DIU, l'implant et la pilule sont des méthodes très connues par les femmes car elles les utilisent souvent plus que d'autres méthodes.

« *Moi je connais souvent l'akanyuzi (le DIU), l'akagegene (l'implant) et la pilule par ce qu'elles sont utilisées souvent parmi celles enseignées au centre de santé* », a affirmé une femme de 29 ans interviewée à la colline NGARA. « *J'ai appris à l'école différentes méthodes contraceptives mais, parmi celles pratiquées par l'homme, je me souviens bien du préservatif et le coït interrompu* », a affirmé un homme de 38 ans interviewé au centre-ville Bubanza.

Tableau 8 : Répartition de la population selon la connaissance des méthodes contraceptives

Méthodes \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
DIU	2	12.5	15	48.4	17	36.2
Implant	1	6.25	11	35.5	12	25.5
Préservatif	7	31.25	1	3.22	8	17.05
Coït interrompu	2	12.5	0	00	2	4.25
MAMA	0	00	3	9.6	3	6.4
Autres méthodes	4	25	1	3.22	5	10.6
Total	16	34,04	31	65.96	47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que 17 personnes sur 47, soit 36.2% dont 2 hommes (12.5%) et 15 femmes (48.4) ont dit qu'elles connaissent souvent le DIU, 12 personnes, soit 25.5% connaissent souvent l'implant, huit personnes, soit 17.02% connaissent le préservatif. Le coït interrompu, la MAMA, et les autres méthodes sont connues à un taux de 21.25%.

Ainsi, les méthodes pratiquées par les hommes souvent connues sont le préservatif (31.25%) et le coït interrompu (12.5%).

IV.3. Perception des méthodes de planification familiale par la population

IV.3.1. Perception des méthodes contraceptives modernes

Notre investigation a remarqué que la majorité de la population de la commune Bubanza ne perçoit pas bien les méthodes de planification familiale, surtout les méthodes dites modernes, à cause de leurs effets secondaires d'une part, et l'interdiction de leur utilisation par leur église d'autre part. Les uns préfèrent de recourir à des méthodes naturelles mais, ils se lamentent que ces dernières sont inefficaces, surtout que beaucoup d'entre eux ne maîtrisent pas bien l'utilisation de celles-ci. Le tableau ci-dessous montre comment la population de la commune Bubanza perçoit les méthodes contraceptives artificielles :

Tableau 9 : Répartition de la population selon la perception personnelle face aux méthodes contraceptives modernes

Sexe \ Perception	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Favorables	3	30	7	70	10	21.3
Défavorables	8	36.4	14	63.6	22	46.8
Indifférents	5	33.4	10	66.6	15	31.9
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Selon la perception de la population de la Bubanza, nous avons trouvé que parmi 47 personnes interviewées, 22 personnes, soit 46.8% disent que les méthodes contraceptives modernes sont défavorables à la santé humaine, surtout pour les femmes.

Une autre partie considérable de la population reste (31.9%) reste indifférente à l'utilisation des ces méthodes modernes. Ils considèrent que la méthode utilisée ne pose pas de problème, pourvu qu'elle soit efficace.

IV.3.2. Perception des méthodes contraceptives naturelles

Notre investigation a trouvé que la majorité de la population de Bubanza admire les méthodes contraceptives naturelles.

Pourtant, elle connaît un problème de ne pas avoir des connaissances suffisantes de leur utilisation, comme l'a affirmé une femme interviewée à la colline RABIRO.

« Les méthodes contraceptives naturelles sont très favorables et sans aucun effet secondaires, mais nous connaissons un problème délicat de manque de connaissances suffisantes à leur utilisation. »

Le tableau ci-après montre la perception des méthodes contraceptives naturelles par la population de la commune Bubanza.

Tableau 10 : Répartition de la population selon la perception personnelle face aux méthodes contraceptives naturelles

Sexe \ Perception	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	
Favorables	8	33.3	16	66.7	24	51.1
Défavorables	3	37.5	5	62.5	8	17
Indifférents	5	33.4	10	66.6	15	31.9
Total	16		31		47	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que la grande partie de nos interviewés admire beaucoup les méthodes naturelles malgré leur problème y relatif.

En effet, sur 47 personnes interviewées, 24 personnes, soit 51.1% admirent les méthodes contraceptives naturelles et demandent au gouvernement du Burundi de créer pour chaque commune, un centre réservé exclusivement à l'éducation à la santé reproductive et la sensibilisation des méthodes contraceptives en mettant un accent particulier sur les méthodes naturelles.

IV.3.3. Perception des méthodes contraceptives par les hommes

Notre étude a constaté que parmi les hommes de la commune Bubanza il y'a ceux qui sont pour la contraception en général et d'autres qui l'acceptent sauf avec l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles.

Tableau 11 : Répartition de la population selon la perception du mari face à la contraception

Attitudes	Effectif	%
Favorables	3	18.75
Défavorables	8	50
Indifférents	5	31.25
Total	16	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que la moitié de nos interviewés masculins ne perçoit pas bien la contraception, alors que 31.25% de ceux-ci sont indifférents.

IV.4. Pratiques de la planification familiale

IV.4.1. Utilisation des méthodes contraceptives

Nous avons effectué des entretiens avec 47 personnes dont 31 femmes, soit 65,96% et 16 hommes, soit 34,04% et nous avons obtenu trois types de résultats représentés dans le tableau ci-dessus :

Tableau 12 : Proportion de la population par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives

Sexe Méthodes	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Méthodes contraceptives modernes	7	43.75	16	51.6	23	48.
Méthodes contraceptives naturelles	4	25	9	29.03	13	27.7
Aucune méthode	5	31.25	6	19.3	11	23.4
total	16	34.04	31	65.96	47	100

Source : Réalisé par l'auteur

IV.4.2. Utilisation des méthodes contraceptives modernes

L'analyse nous a montré que sur 47 personnes interviewées, 23 personnes, soit 48.9% utilisent les méthodes contraceptives modernes. Ainsi les méthodes les plus utilisées dans la commune de Bubanza sont le DIU (39.1%), le préservatif (26.1%), l'Implant (21.7%), les méthodes hormonales (13.04). Signalons que les méthodes chirurgicales ne sont pas utilisées, car personne des nos enquêtes n'a révélé leur utilisation.

Tableau 13 : Proportion de la population par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Méthodes \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
DIU	1	14.3	8	50	9	39.1
Implant	1	14.3	4	25	5	21.7
Préservatif	4	57.14	2	12.5	6	26.1
Méthodes chirurgicales	0	00	0	00	0	00
Méthodes hormonales	1	14.3	2	12.5	3	13.1
Total	7	30.4	16	69.6	23	100

Source : Réalisé par l'auteur

La plupart de ceux qui utilisent les méthodes contraceptives modernes (17.4%) nous ont dit qu'ils font recours à ces dernières par ce qu'ils n'ont pas de connaissances suffisantes en rapport avec la contraception naturelle.

« Moi, je planifie les naissances par des méthodes contraceptives modernes par ce que je n'ai pas des connaissances suffisantes sur le fonctionnement de mon cycle mensuel », affirme une femme enseignante de 36 ans interviewée au Centre-ville Bubanza.

En effet, notre étude a fait constater que 7 personnes sur 23, soit 30.4% utilisent les méthodes contraceptives modernes par ce que les conditions de travail et de vie ne leur permettent pas de recourir à des méthodes naturelles à cause de leur inefficacité comme l'a prouvé une femme de 27 ans interviewée à la colline Rugunga.

« Je travaille toujours au champ sauf pendant la saison sèche. Il est donc difficile pour moi d'utiliser les méthodes naturelles par ce que mon cycle mensuel est irrégulier surtout quand j'ai travaillé durement pendant plus de deux semaines ».

Les contradictions qui se présentent au sein des couples causent problèmes. Certaines femmes désirent planifier les naissances par des méthodes naturelles entre autre l'abstinence sexuelle mais leurs époux ne l'acceptent pas surtout quand ils ont bu de la bière.

Pour ne pas mettre au monde des enfants non désirés, ces femmes choisissent de se rendre au centre de santé pour une méthode qui est efficace et sur. Pour ce cas 3 personnes sur 23, soit 13.04% ont fourni cette information.

« Mon mari n'accepte pas de s'abstenir quand je suis dans la période féconde raison pour laquelle j'ai choisi d'aller au centre de santé pour des méthodes contraceptives modernes », a révélé une femme de 35 ans interviewée au centre-ville Bubanza.

Ainsi, il y a ceux qui passent outre les instructions de leurs églises. Sachant que les églises catholiques, protestantes et l'islam n'acceptent pas à leurs fidèles d'utiliser les méthodes contraceptives modernes, certaines fidèles, à l'échelle de 39.1%, disent qu'elles ont échoué mainte fois avec les méthodes naturelles et décidé de recourir aux méthodes artificielles même s'il est découragé par leurs églises.

« Nous avons échoué deux fois avec les méthodes contraceptives naturelles et avec la vie qui devient de plus en plus chère, nous avons décidé d'aller au centre de santé pour demander une méthode efficace mais nous le faisons clandestinement », a avoué une femme musulmane interviewée à la sous colline Kidahwe de la colline centre-ville Bubanza.

Sans oublier que l'église catholique prêche souvent que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est un péché capital et qu'on ne peut pas communier, certaines fidèles supposent que le péché ne résiderait pas à la méthode utilisée mais au fait de ne pas vouloir mettre au monde.

« Si le péché réside à la méthode utilisée l'église se tromperait beaucoup et même si il réside au fait de ne pas concevoir, elle se tromperait là aussi. Mais ce que je n'accepte moi aussi c'est l'avortement car le bébé commence à exister dès la fécondation. C'est pourquoi j'utilise les méthodes contraceptives pour éviter cette fécondation», a affirmé une femme de 37 ans interviewé à la colline Buhororo I

Tableau 14 : Répartition de la population selon les raisons de recourir à la contraception modernes

Sexe Raison	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas de connaissance sur la contraception naturelle	1	25	3	75	4	17.4
Conditions de travail défavorables	2	28.6	5	71.4	7	30.4
Contradiction au sein du couple	0	00	3	100	3	13.1
Contrevenants aux instructions de l'église	7	77.7	2	22.3	9	39.1
Total	10	43.5	13	56.5	23	100

Source : Réalisé par l'auteur

IV.4.3. Utilisation des méthodes contraceptives naturelles

Parmi 47 personnes avec qui nous nous sommes entretenus, 13 personnes, soit 27.7% ont dit qu'elles utilisent les méthodes contraceptives naturelles.

Parmi ces 13 personnes, 4 sont des hommes, soit 25% et 9 femmes, soit 29.03%.

Beaucoup d'entre elles, dont 8 soit 61.6%, ont expliqué que l'utilisation des méthodes contraceptives artificielles est très découragée par l'église et que cette utilisation est considérée comme un péché capital.

« Notre église catholique est totalement contre l'utilisation des méthodes contraceptives modernes car ces dernières ne respectent pas la nature spirituelle de l'homme. C'est pourquoi, en tant que fidèle de l'église, je ne peux pas utiliser ces méthodes », a évoqué une femme catholique de 36 ans interviewée à la sous colline KIDAHWE de la colline centre-ville Bubanza

Les autres dont 12 personnes parmi 24, soit 50% ont peur des effets secondaires des méthodes artificielles néfastes à la santé.

« La femme de mon voisin utilisait le dispositif intra utérin DIU (akanyuzi), après deux ans elle a souffert des effets très douloureux causés par cette méthode. C'est pourquoi nous avons eu peur de recourir à ces types de méthodes pour des raisons sanitaires », a affirmé un homme de 47 ans interviewé à la colline MUHENGA.

Le tableau ci-après montre les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes :

Tableau 15 : Répartition de la population selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes

Sexe Raisons	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Manque d'information	0	00.0	0	00.0	0	00.0
Contraintes d'utilisation	2	66.7	1	33.3	3	12.5
Ma religion l'interdit	3	42.9	4	57.1	7	29.2
Craintes d'effets secondaires	4	36.4	8	72.7	12	50
Je n'en ai plus besoin	0	00.0	2	100	2	8.3
Total	9		15		24	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre en grande partie que la population de la commune Bubanza n'utilise pas les méthodes contraceptives modernes suite à la crainte des effets secondaires (50%), tandis que les autres obéissent les instructions de leurs églises (29.2%).

IV.5. Le non utilisation des méthodes contraceptives

Notre étude a trouvé une part importante de la population qui n'utilise aucune méthode contraceptive dans le but de planifier les naissances. Donc 11 personnes parmi 47, soit 23.4%, que nous avons interviewées ont répondu qu'elles n'utilisent aucune méthode contraceptive. Elles expliquent que c'est la loi naturelle qui s'applique. « *Moi je n'utilise aucune méthode contraceptive par ce que ça serait un péché* », révèle une femme de 43 ans interviewée à la colline Mitakataka. Le tableau ci-dessous montre les raisons pour lesquelles cette partie de la population n'utilise aucune méthode contraceptive :

Tableau 16 : Répartition de la population selon les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives

Raisons \ Sexe	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Manque d'information	0	00.0	0	00.0	0	00.0
Contraintes d'utilisation	1	100	0	00.0	1	9.1
Ma religion l'interdit	2	66.7	1	3.3	3	27.3
Craintes d'effets secondaires	2	40	3	60	5	45.6
Je n'en ai plus besoin	0	00.0	2	100	2	18
Total	5		6		11	100

Source : Réalisé par l'auteur

Ce tableau montre que la raison la plus dominante de la non utilisation des méthodes contraceptives la crainte des effets secondaires (45.6%), tandis que les autres ne les utilisent pas parce que leur religion l'interdit (27.3%), il y'a une autre partie qui n'a pas encore besoin de planifier les naissances car elles ont déjà atteint la ménopause.

IV.6. Discussion des résultats

IV.6.1. Caractéristiques de l'échantillon

Dans notre étude, la population rurale représente 62.08%, répartie sur 6 collines rurales à savoir : Ngara (21,3%), Rugunga (14.9%), Muhenga (8.5%), Mitakataka (8.5%), Muramba (6.4%) et RABIRO (8.5%), contre 31.92% de la population urbaine, répartie sur deux collines urbaines, dont Centre-Ville (17.02%) et Buhororo I (14.9%). (cf. tableau 4)

IV.6.1.1. L'âge

Dans notre échantillon, l'âge moyen des enquêtés est de 37.5 ans avec un minimum de 21 ans et un maximum de 52 ans. La tranche d'âge de [35 ; 40[est la plus représentée (36.2%)et celles de [40 ; 45[vient en second lieu avec 23.4%.Ainsi, les tranches d'âge de [45 ; 50[et de [50 ; 55[sont les moins représentées avec 2.1% chacune. (cf. tableau 1)

IV.6.1.2. Le niveau d'instruction

Dans notre étude, la majeure partie de nos interviewés ont fréquenté l'école (55.3%), dont ceux de niveau universitaire représentent 10.6%, ceux du niveau secondaire 17.02%, et ceux du niveau primaire représentent 27.6%. Ceux qui n'ont pas été scolarisés représentent à eux seuls 44.7% et sont les plus dominants dans notre étude. (cf. tableau 5). On remarque un faible taux de scolarisation de nos interviewés, ce qui peut être expliqué par la faible scolarisation des burundais en général.

IV.6.1.3. La profession

Une partie très importante de nos interviewés, sont des agriculteurs, qui représentent à eux seuls 44.7%. Les commerçants représentent 23.4%, les fonctionnaires enseignants, infirmiers et agents de sécurité représentent respectivement 12.8%, 17.02% et 2.1%. (cf. tableau 2). En effet, selon le recensement général de la population et d'habitat de 2008, la majorité de la population Burundaise est 90% rurale et s'occupe de l'agriculture, et cela pourrait expliquer ces résultats

IV.6.1.4. La religion

Dans notre échantillon, les chrétiens catholiques dominent avec 65.9% suivis par les protestants avec 29.9%. Les adeptes de la religion musulmane représentent seulement 4.2%. (cf. tableau 3). Cette prédominance chrétienne catholique est expliquée par le fait que le Burundi est majoritairement peuplé par les catholiques. En effet, selon le recensement général de la population et d'habitat de 2008, les catholiques sont évalués à 61.4%, les protestants à 21.4% et les musulmans à 2.5%.

IV.6.2. La contraception

IV.6.2.1. Connaissances sur les méthodes de planification familiale

Dans cette partie, nous analysons les différentes réponses données aux questions de savoir si la population de la commune est déjà informée sur les méthodes de planification familiale. L'information recueillie auprès de 47 personnes dont 16 hommes soit 34.04% et 31 femmes soit 65.96% a confirmé que la population de Bubanza est informée sur les méthodes de planification familiale. 100% des interviews du sexe masculin et 100% des interviews du sexe féminin ont déjà entendu parler de la planification familiale. Généralement les femmes en ont entendu parler lors des consultations prénatales et postnatales ainsi lors des vaccinations des leurs bébés; peu des hommes et de femmes en ont entendu parler à la Télévision, à la radio, à l'école ou encore par d'autres moyens.

Cela s'explique par le fait que beaucoup d'hommes pensent que la planification familiale avec ses méthodes n'est peut être utilisée que chez les femmes ; or celles-ci est une affaire des couples, donc, de l'homme et de la femme.

Dans son étude menée en commune Kayanzade la province Kayanzaen 2013, Irakoze a trouvé des résultats similaires où 95% des femmes enquêtées ont affirmé qu'elles connaissent les notions de planifications familiales ainsi que ses méthodes contraceptives. Quant aux méthodes contraceptives, les plus connues par nos enquêtés sont : le DIU (36.2%), l'implant (25.5%). Le préservatif, la MAMA et le coït interrompu sont les moins connues avec respectivement 17.02% ; 6.4% ; 4.25%.

Ntezimana dans son étude réalisée au Burundi en milieu rurale en 2012, a trouvé que les méthodes de planification familiale les plus connues sont la pullule citée par 87.9% ; les injectables par 85.1% ; le DIU et le préservatif respectivement par 45.8% et 34.7%.

A ce même sujet, Irakoze dans son étude réalisée en commune Kayanza en 2013, a trouvé que les méthodes de planification familiale les plus connues sont : les injectables (88.4%) ; le DIU (72.6%) ; la pullule (59.6%) ; et l'implant sous-cutané (42.7%). Tuyizere a trouvé que le préservatif est la méthode contraceptive la plus connue avec 93.9% des cas, suivie par la pullule et les injectables, dans les proportions respectives de 86.8% et 72.2%.

IV.6.2.2. Grossesse non désirée

Dans notre recherche, 11 femmes sur 31, soit une proportion de 35.5% ont affirmé avoir conçu au moins une fois sans le vouloir. Nos résultats sont proches à ceux de trouvés par Manirakiza dans son étude menée sur les Batwa en Mairie de Bujumbura en 2012, où 41.56% des femmes ont affirmé avoir conçu au moins une fois sans le vouloir. Au Rwanda en 2009, Ndayisaba et al. ont trouvé que 69% des enquêtés ont déclaré avoir attrapé au moins une grossesse non désirée. Aux États-Unis d'Amérique en 2011, dans l'étude relaissée par Yee et Simon à Chicago, 73.3% des femmes ont affirmé avoir conçu au moins une fois sans le vouloir.

IV.7. Perception de la planification familiale

D'après les résultats issus de notre étude, la majorité de la population (46.8%) est défavorables à la contraception avec utilisation des contraceptifs modernes (cf. tableau 8), mais 51.1% de cette même population est favorable à la contraception avec utilisation des méthodes contraceptives naturelles et 31.9% sont indifférents (cf. tableau 9).

En revanche, nos seconds résultats sont élevés par rapports à ceux trouvés par BUCUMI V. et NTEZIMANA J. où la population est favorable à la contraception naturelle dans les proportions respectives de 50.3% et 15.7%.

A ce titre, nous concluons que la majorité de la population de la commune Bubanza se méfie des méthodes contraceptives modernes pour se tromper en faisant recours aux méthodes contraceptives naturelles qu'elle ne maîtrise même pas leur fonctionnement, les autres n'utilisent aucune méthode que ça soit naturelle ou moderne, ce qui explique la croissance exponentielle de la population de cette dernière.

IV.8. Pratiques contraceptives

Dans notre étude, certains maris de nos enquêtés, soit 50% des hommes interviewés, ne perçoivent pas bien la contraception et les méthodes contraceptives modernes et 31.25% de ceux-ci sont indifférents de ces dernières (cf. tableau 10).

Cela indique que dans beaucoup de famille, les maris sont un obstacle à la planification familiale en contraignant leurs femmes de ne pas faire recours aux méthodes contraceptives. En outre, certaines personnes les ont étudiées à l'école secondaire et à l'université. Il y'a une autre portion de la population chrétienne (fidèles catholiques) qui ont suivi les séances de sensibilisation sur l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles organisées par l'église catholique en vue de décourager toute utilisation des contraceptifs artificiels. Les autres s'informent personnellement chez les médecins et sur l'internet.

Néanmoins, la question qui reste est de savoir comment la population de la commune Bubanza perçoit-elle ces méthodes de planification familiale et comment pratique-t-elle la planification familiale ? L'information recueillie nous a montré que la population de la commune Bubanza reconnaît les méfaits de la sexualité et la fécondité irresponsable et a besoin de méthodes qui les aideraient à planifier leurs naissances. Toutefois, le problème réside au type de méthodes qu'il faut utiliser.

Parmi 47 personnes avec qui nous nous sommes entretenus, seulement 36, soit 76.6% acceptent l'utilisation d'une méthode contraceptive (cf. tableau 11). Vingt-trois personnes parmi les quarante-sept soit 48.9% accepte l'utilisation de toute méthode, qu'elle soit artificielle ou naturelle mais surtout les méthodes artificielles. Elles mettent seulement l'accent sur l'efficacité considérant les conditions de vie précaires que mène la population de la commune Bubanza.

Ces résultats sont de loin supérieurs par rapport à ceux trouvés par Tuyizere ; Manirakiza et Ntezimana où 29.9% ; 25.8% et 12.1% seulement des enquêtés ont affirmé avoir utilisé une méthode contraceptive. Par contre, nos résultats sont inférieurs à ceux de Irakoze en 2013, où 68.7% des enquêtés ont affirmé avoir déjà utilisé une méthode contraceptive.

Dans notre étude, nous remarquons que les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont le DIU (39.1%) ; le préservatif (26.1%) ; suivies de l'implant et les méthodes hormonales, soit respectivement 21.7% et 13.04%. Les méthodes chirurgicales ne sont utilisées. (cf. tableau 12). Tuyizere et Ntezimana ont trouvé que les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont les injectables, dans les proportions respectives de 43% et 35.3%, suivies de la pillule (37% et 23.5%) des cas respectifs.

Dans d'autres pays comme le Rwanda, Ndayisaba et al. ont trouvé que les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont : le préservatif (24%) ; les injectables (23%) ; et la pillule (18%).

Chez nos interviewés, la décision de l'usage des contraceptifs modernes a été concertée entre les partenaires dans 47.8% des cas, soit 11 sur 23 personnes qui ont avoué l'utilisation des contraceptifs modernes. Nos résultats sont de loin inférieurs à ceux de Manirakiza où la décision de l'utilisation des contraceptifs artificiels a été prise en commun accord entre les partenaires dans 73% des cas. Par contre, treize personnes soit 27.7% sur 47 (cf. tableau 11), ont dit qu'elles perçoivent mal l'usage des contraceptifs modernes et acceptent l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles entre autre la méthode du calendrier, la méthode de billings, la courbe de température, la méthode sympto-thermique, la méthode du calendrier ou méthode Ogino, la méthode MAMA.

Nous comprenons par-là pourquoi les couples de la commune Bubanza ont plusieurs enfants et pourquoi ils n'arrivent pas à bien espacer leurs naissances. Car, les méthodes naturelles sont moins efficaces. Par ailleurs, les préservatifs sont utilisés chez les hommes pour des relations clandestines et pas nécessairement pour les besoins de planification familiale.

CONCLUSION GENERALE

Notre étude s'est basée sur la perception et pratique de la planification familiale par la population de la commune Bubanza en province Bubanza. Le fond de notre étude était de savoir si la population de la commune Bubanza est informée sur les méthodes de la planification familiale et si elle les applique.

Au regard de ce qui précède, nous sommes parti des hypothèses selon lesquelles, les hommes et les femmes de Bubanza sont informés ou ont une certaines connaissances sur les méthodes de la planification familiale. Mais, le problème réside au niveau de l'acceptabilité et de l'usage de ces méthodes. Cela, suite aux différentes contradictions qui règnent au sein de la société concernant la planification familiale, dans une société de tradition pro nataliste et fortement christianisée.

Les techniques d'entretien et de présentation nous ont été d'une importance capitale pour la collecte de l'information et leur diffusion. A l'issue de notre enquête, nous confirmons que la population de Bubanza est bien informée sur les méthodes contraceptives. Cela se remarque par leur connaissance sur certaines méthodes énumérées par les interviewés. L'information recueillie auprès de 47 personnes dont 16 hommes soit 34.04% et 31 femmes soit 65.96 a confirmé que la population de Bubanza est informée sur les méthodes de planification familiale. Quant aux méthodes contraceptives, les plus connues par nos enquêtés sont : le DIU (36.2%), l'implant (25.5%). Le préservatif, la MAMA et le coït interrompu sont les moins connues avec respectivement 17.02% ; 6.4% ; 4.25%.

Mais leur utilisation pose problème. La crainte des méthodes dites artificielles à cause de leurs effets secondaires, des convictions religieuses, des contradictions au sein des couples au profit des méthodes naturelles, qui en soi sont moins efficaces et encouragées par certaines institutions religieuses, est à la base des familles nombreuses, avec des naissances trop rapprochées.

En effet, 23.4% affirment n'avoir jamais utilisé une méthode contraceptive et les principales raisons sont : le fait que leurs églises l'interdisent (29.2%), la crainte des effets secondaires des contraceptifs modernes (50%), le fait de n'en avoir plus besoin (8.3%), et les contradictions au sein des couples (12.5%). (cf. tableau 15)

Finalement, par les deux derniers comportements : ceux qui utilisent les méthodes contraceptives naturelles (27.7%) des cas et une autre partie très importante de la population qui n'utilise aucune méthode contraceptive (23,4%) des cas, nous comprenons bien pourquoi la population de la commune Bubanza ne cesse d'accroître.

En effet, beaucoup d'entre ceux qui utilisent les méthodes naturelles ont échoué suite à différents raisons :

- ✓ Le non maîtrise de leur cycle mensuel ;
- ✓ Leurs maris n'acceptent pas à s'abstenir pendant la période féconde de sa femme ;
- ✓ Certaines femmes ne parviennent pas à s'abstenir suite à l'envie sexuelle excessive.

Les comportements pro natalistes résultent également des stratégies familiales pour la sauvegarde de la tradition en ce sens que « l'enfant fait l'honneur de ses parents et c'est un don de Dieu ». Cette situation fait que, même à des âges élevés, on trouve des femmes avec des enfants très jeunes ou bien même avec des bébés au dos. Ajoutons à cela le manque d'une bonne utilisation des certaines méthodes contraceptives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. ouvrages généraux

1. Bertrand et Guillemet cité par Niyongabo (J.B) in *planification et économie de l'éducation syllabus du cours*, Bujumbura, UB, FPSE, 2000
2. David O., *La population mondiale, répartition, dynamique, et mobilité*, France, Paris, armand colin, 2007
3. Dumont G.F, *Le monde et les hommes, les grandes évolutions démographiques*, France, Paris, Litec, 1995
4. Durkheim E., *Les règles de la méthodologie sociologique*, édition Dalloz, Paris, 1984
4. Fargues P., «*La transition démographique africaine, bilan depuis 1950 et perspectives*», in *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, Le Harmattan, 1988, p73-103.
5. Goudjo P., *La santé de la reproduction humaine ou nouvelle impérialisme économique*, édition Hambayan, Paris, Décembre, 1996, p.14
6. Goudjo P., *La santé de la reproduction humaine ou nouvelle impérialisme économique*, Paris, édition du Hambayan, décembre 1996.
7. Gubbels R., *Société et procréation, les facteurs sociaux qui l'influencent*, Bruxelles, Edition de l'université de Bruxelles, 1981
8. Havrmane, *Régulation des naissances*, Life, un rapport international, octobre 1967
9. Olivier de Sardan J.P., «**La rigueur du qualitatif**» *Les contraintes empiriques de l'interprétation socio anthropologique*, Louvain la Neuve, académie Bruylant, anthropologie prospective N^o3, 2008
10. Juan N., *Famille et fécondité au Burundi, Enquête sociologique*, Université du Burundi, FSEA, 1977
11. Kabwegyere S., *Approaches to family planning in Est Africa*, New York, The population council, 1990
12. Maine D., *Le planning familial, son effet sur la santé de la femme et de l'enfant*, New-York, 1981
13. Mbagura J.P, colloque sur «*information, éducation, communication et planification en Afrique* », Paris, Ramsay, 1990

14. Ngub'usim M.N., Cours de psychologie générale, G1 psychologie, FSSE, UNIKIN, 2004, inédit.
15. Nkuanzakainzanza A., sexualité et progrès sociale : quels fondements synergiques, in MES, n° 001, octobre 2001, p.103.
16. Olivier de Sardan J.P, *Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain*, 2000
17. Paile P. et Muchiellia., « *L'analyse qualitative en science Humaines et sociales* » Paris, Armand Colin, 2005, p496
18. Pasini W., *Désir d'enfant et contraception*, Belgique édition Tournai, mars 1974.
19. Pradervand P., *Le programme de planning familial en Afrique*, édition OCDE, Paris, 1970, p.12
20. Pradervand P., *Le programme de planning familial en Afrique*, Pradervand, P. Paris, édition OCDE, 1970.
21. Robatel J.P, *Les problèmes de la population au Burundi, les résultats d'une enquête sur les motivations démographiques des Burundikazi*, Burundi, Bujumbura, UB, FSEA, 1974
22. Robert A., Hatcher et Alii, *Eléments de la technologie de la contraception*, Baltimore, Programme d'information sur la population, école de santé publique, université Johns Hopkins, 2000
23. Romaniuk A., *La fécondité des populations congolaises*, Université catholique de Louvain, Faculté des sciences économiques, sociales et politiques, série n° 9, Belgique, Mouton, 1967
24. Rozembaum H., *La contraception : Une solution pour chaque femme*, Paris, Edition Dacosta 1981
25. Rutstein S., *Effect of birth intervals or mortality and health: Multivariate cross-country analyses*, Washington, DC, catalyst consortium, 2002
26. Sivin I., *Contraception et évolution de la fécondité, dans le programme de postpartum international*, USA, New York, The population Council, 1976
27. Toulemon, L. et Leridon H.: *La régulation des naissances se généralise*, les dossiers du CEPED n° 41, Paris, juin 1996

28. Valabregue C., *Des enfants pourquoi ? Aujourd'hui, un choix*, Paris. Édition Stock, mars 1978.
29. Vilquin E., «Histoire de la pensée démographique jusqu'en 1940», sous la direction de 30.
30. Graziella Caselli, Jacques Vallin et Guillaume Wunsch, in *Démographie : analyse et synthèse VII, Histoire des idées et politiques de population*, Editions de l'INED, Paris, 2006, p11-53,
31. Wollast E., Vekmans M., *Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement*, de boeckwesmael, Belgique, Bruxelles, 1993
32. Yee R. et Mellissa S., urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraception counseling. *J MidwiferywomensHealth*, 2011 january

2. Revues et articles

1. Barampanze G. et Ngendahayo F. *Les obstacles à la pratique de la planification en milieu rural au Burundi, Analyse partielle des résultats*, FNUAP, Bujumbura, 1992
2. commune bubanza, *rapport annuel, 2021*
3. Finger W.R., « *Que faire pour attirer les hommes à la vasectomie* », in *Familyhealth international*, printemps, n°3, 1998.
4. FNUAP, *Éléments essentiels de la santé en matière de reproduction*, FNUAP, décembre 2002
5. Nations Unies, *Méthodologie des mesures de l'effet exerce sur la fécondité par les programmes de planification de la famille*, New York, Nations Unies, 1980
6. OMS. Genève : *Une sélection de recommandations. Pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives*. OMS. Genève 2005
7. PNSR BURUNDI, *Registre de couverture nationale pour l'an 2007*
8. PNSR, *La planification familiale, une urgence au Burundi*, échanges entre les responsables du PNSR et les responsables religieux du 11 février 2022
9. PNSR/Burundi, *Bilan des activités : exercice 2010*, Bujumbura, 2011, 67p
10. Programs (CCP), *INFO Project family planning a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva : CCP and WHO, 2007.

11. République du BURUNDI et UNICEF, *Manuel pour l'agent de développement*, Bujumbura, 1988
12. République du Burundi, Ministère de l'Intérieur, Département de la population, « *Recherche pilote sur l'attitude burundi en milieu rural face à la planification familiale* », Bujumbura Mai 1985.
13. République du Burundi, Ministère de l'Intérieur/ (BCR) : Synthèse des résultats définitifs du recensement de la population et de l'habitat du Burundi 2008, Bujumbura, avril 2011.
14. USAID, Women's studies project, par FHI, 1993.
15. USAID, *Pour que la planification familiale soit inscrite au processus du DSRP*, USAID juillet 2007.
16. WHO/RHR and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication.
17. World Health Organization, Département of reproductive health and research

III. MEMOIRES

1. Bucumi V., *Étude des facteurs déterminants les méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer dans le milieu rural*, cas de la commune Gashombo, Thèse de doctorat en médecine, Bujumbura, UB, 2008.
2. Irakoze F., *Études des connaissances, attitudes, et pratiques des femmes en âge de procréer en matière d'allaitement maternel (prévention de la transmission mère-enfant) et de contraception* : cas de la commune KAYANZA, Université du Burundi, faculté de Médecine, 2013.
3. Manirakiza A., *Connaissances, attitudes et pratiques des Batwa en matière de santé de la reproduction : méthodes contraceptives et IST, VIH/SIDA*, Université du Burundi, Faculté de Médecine, 2012.
4. Ndekezi Kagoyire C., *La contraception chez les jeunes filles de 20 ans et moins à Bujumbura*, Université du Burundi, faculté de Médecine, 1999.
5. Ndiokubwayo E., *Contribution à l'étude de l'acceptabilité de la contraception moderne en postpartum immédiat au CHU Kamenge*, Université du Burundi, Faculté de Médecine, 2018.

6. Niragira E., *Applicabilité de la planification familiale naturelle : cas des six provinces du Burundi*. Bujumbura, Université du Burundi. Faculté de Médecine.
7. Niyonkuru F., *Les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en activités génitales dans la commune urbaine d'OUIDAH en 2004*, Cotonou 2004.
8. Nizigiyimana J.G., *Contribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratique en matière de santé reproductive : planification familiale*, Bujumbura. Université de Burundi. Faculté de médecine.
9. Ntebutse J.G., *Conception du planning familial en milieu Burundais depuis la crise d'octobre 1993*, mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 1997.
10. Ntezimana J.C., *Contribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction et prévention du VIH/SIDA*, Université du Burundi, Faculté de Médecine, 2012.
11. Nzabonakura S., *Les paysans Burundais face aux problèmes de régulation des naissances*, Mémoire inédit, UB, FPSE, 1986, 155p.
12. Tuyizere L., *Connaissances, attitudes, et pratiques en matière de contraception orale :* enquête effectuée dans les communes périurbaines de la ville de Bujumbura chez 200 femmes âgées de 15 à 49 ans, Université du Burundi, Faculté de Médecine, 2010.

4. Sites webs

1. Http: www.unicef.org/french, consulté (le 15-06-2011).
2. Http : [www. Le planning familial dans le monde.org/french](http://www.Leplanningfamilialdanslemonde.org/french) (consulté le 05-08-2022).
3. <http://www.k4health.org/pr/prf/fj49/j49chap5.shtml>(consulté le 11-07-2022).
4. <http://partenariatouanga.org>(consulté le 09-06-2022).
5. Http: [//partenariatouanga.org](http://partenariatouanga.org)(consulté le 15-07-2022).
6. <https://croire.lacroix.com/définitions/Lexique/Parents/L'eglise-est-elle-contre-la-contraception>(consulté le 05-09-2022).

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien non structure

Sujet de recherche: « **Perception et Pratiques de la planification familiale de la population de la Commune BUBANZA, province BUBANZA** ».

Bonjour,

Je m'appelle **Pierre NTIRANDEKURA**, 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 « **Perception et pratique de la planification familiale par la population de la commune Bubanza en province Bubanza** » afin de rédiger mon Travail de fin d'études de Master. C'est un entretien envers toute personne de la commune Bubanza, hommes et femmes en âge adulte, et qui sont déjà mariés, qui accepte de s'entretenir avec nous. Le dépouillement rapide des réponses est une tâche lourde et complexe, et 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 ;

I^{ère} PARTIE : IDENTIFICATION DE L'INTERVIEWE

- Quelle est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre confession religieuse ?
- Quelle est votre profession ?
- Quelle est votre colline d'origine ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?

II^e PARTIE : CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

1. Avez - vous déjà entendu parler de la planification familiale ?

- De quoi, s'agit-il et Par quelles sources, avez-vous entendu parler de la planification familiale ?

Réponse :

- Quelle est la méthode que tu connais beaucoup plus que les autres ?

Réponse :

III^e PARTIE : PERCEPTION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

2. Comment perçois-tu les méthodes de planification familiale ?

Réponse :

3. Entre les méthodes contraceptives naturelles et modernes, lesquelles jugez-vous bien ?

IV^e PARTIE : PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

4. Comment vous pratiquez la planification familiale ?

Réponse :

.....

5. Quelle sont les méthodes qui vous sont préférables entre les méthodes contraceptives modernes et naturelles?

Réponse :

6. Quelle est la méthode qui vous est préférable parmi les méthodes contraceptives modernes ?

Réponse :

7. Quelle est la méthode qui vous est préférable parmi les méthodes contraceptives naturelles ?

Réponse :

8. Quelle est votre raison de faire recours aux méthodes contraceptives modernes ?

Réponse :

9. Quelle est votre raison de faire recours aux méthodes contraceptives naturelles ?

Réponse :

.....

10. pourquoi vous n'utilisez aucune méthode contraceptive ?

Réponse :

Annexe 2 : Guide d'entretien non structure en Kirundi

Umutwew'itohoza : « **INYIFATO N'IKORESHA VY'UBURYO BWO KURONDOKA KU RUGERO** »

Mwaramutse,

Nitwa NTIRANDEKURA Pierre, ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi mu gice co kunonosora mu gisata c'indimi n'ivyigwa vy'imibano.

Ndiko ndakora itohoza ry'ingene abantu biyumvamwo (babona) uburyo bwo kurondoka ku rugero muri komine Bubanza mu ntumbero yo kwandika igitabo co kurangiza amashure y'ico gice nyene co kunonosora. Ni ikiyago tugirana n'abantu bo muri komine Bubanza, abagabo n'abagore bakuze kandi bubatse, bemeye kuganira nanje. Igikorwa co kwegeranya inyishu, ni igikorwa gikomeye ari na co gituma ndagusavye ngo wemere wishure ku bibazo vyanje na ho ari ibibazo biraba ubuzima bwawe bwite. Inyishu uja kumpa hamwe n'izina ryawe ndakwemereye ko bizoguma ari ibanga ryanje na we.

IGICE CA 1: UMWIDONDORO W'UWO TUGANIRA

- IZINA :
- IMYAKA :
- AHO ASENGA:
- AKAZI AKORA:
- UMUTUMBA ABAKO:.....
- URUPAPURO RW'UMUTSINDO AFISE:.....

IGICE CA 2: UBUMENYI MU BIJANYE NO KURONDOKA KU RUGERO

1. Woba umaze kwumva inyigisho zerekeye uburyo bwo kurondoka ku rugero ?

- wazumvise hehe ? ninde yakwigishije ?

Inyishu :.....

- ni ubuhe buryo bwo kurondoka ku rugero uzi gusumba ubundi ?

Inyishu :.....

ICICE CA 3: INGENE ABANTU BABONA UBURYO BWO KURONDOKA KU RUGERO

2. None wewe wakira gute uburyo bwo kurondoka ku rugero? Muyandi majambo, ubona gute canke wiyumvamwo gute uburyo bwo kurondoka ku rugero?

Inyishu

3. hagati y’uburyo bwo kwa muganga n’uburyo kavukire ni ubuhe buryo wemera ?

Inyishu :

IGICE CA 4 IKORESHA RY’UBURYO BWO KURONDOKA KU RUGERO

4. None wewe ukoresha gute uburyo bwo kurondoka ku rugero?

Inyishu:

5. Ni ubuhe buryo bukubangukira hagati y’uburyo bwo kwa muganga n’uburyo kavukire?

Inyishu:.....

.....

6. Ni ubuhe buryo bukubangukira gukoresha muburyo bwo kwa muganga?

Inyishu:

7. Ni ubuhe buryo bukubangukira gukoresha mu buryo kavukire?

Inyishu:

8. Ni izihe mvo zigutuma urondera gukoresha uburyo bwo kurondoka ku rugero bwo kwa muganga?

Inyishu :

.....

.....

9. Ni izihe mvo zigutuma urondera gukoresha uburyo kavukire bwo kurondoka kurugero?

Inyishu :

.....

.....

.....

10. Kubera iki udakoresha uburyo na bumwe bwo kurondoka ku rugero?

Iyishu :.....

.....

.....

.....