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

Attitudes et perceptions liées à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en Commune Ndava

Muhimpundu, Félicité; Sous la direction de : Dr Jean François Régis Sindayihebura

2024
UB, FLSH
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1892

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

MASTER EN SOCIETES, POUVOIRS, TERRITOIRES ET DEVELOPPEMENT DURABLE

ATTITUDES ET PERCEPTIONS LIEES A LA FAIBLE UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES EN COMMUNE NDAVA

Par :

Félicité MUHIMPUNDU

Mémoire

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

Filière : Population et Développement

Sous la direction de :

Dr Jean François Régis SINDAYIHEBURA

Bujumbura, Juillet 2024

MEMBRES DU JURY

Président : Dr. Alain Désiré MUGISHA

Directeur : Dr Jean François Régis SINDAYIHEBURA

Secrétaire : M.A Emmanuel SINGOYE

DEDICACE

A Dieu Tout puissant ;

A mon regretté père ;

A ma chère mère

A mon époux ;

A nos deux filles ;

A tous mes frères et sœurs ;

A tous ceux qui me sont chers.

Je dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit d'une forte concertation de plusieurs personnes qui nous ont, de près ou de loin, prêté mains fortes. De prime abord, nous tenons à remercier vivement notre Directeur de mémoire, Dr Jean François Régis SINDAYIHEBURA, pour ses conseils, sa rigueur scientifique, son esprit de partage des connaissances, sa disponibilité : ses encouragements nous ont permis d'aller au bout de ce travail.

Nos remerciements s'adressent aux personnels des différents services et aux habitants de la commune Ndava qui nous ont fournie des données qui étaient nécessaires pour l'atteinte des objectifs de recherche. Nous tenons également à remercier, en général, tous les enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'Université du Burundi à tous les niveaux et, en particulier, ceux du Master en Sociétés, Pouvoirs, Territoires et Développement Durable (SPTD) option : Population et Développement pour la formation si précieuse qu'ils nous ont offerte.

Ensuite, nous remercions nos parents, qui ont initié le projet de notre scolarisation. Qu'ils trouvent dans ces mots notre profonde gratitude. Nos sincères remerciements s'adressent à notre mari qui a supporté avec amour les coûts tant moraux que matériels de cette formation. Nous remercions également nos deux filles IRAMBONA LAURIE NISSIA et IRAMBONA LERIA SARAH pour leur patience durant le moment de réalisation de ce travail. Nous n'oublions pas remercier nos frères et sœurs pour leur soutien moral et matériel à notre égard.

En fin toute personne qui, de près ou de loin, à la réussite de ce travail. Trouve dans ces mots l'expression de notre profonde gratitude.

RESUME

Cette étude a pour but, d'identifier les attitudes et perceptions qui influencent la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava. Pour le faire, nous sommes partis d'une hypothèse : le manque d'information, l'interdiction religieuse, la crainte des effets secondaires des contraceptifs, le pouvoir décisionnel de l'homme, l'analphabétisme, les fausses idées sur la contraception et les contradictions socioculturelles influencent l'utilisation de la contraception moderne. Dans le cadre de cette étude, l'échantillonnage a été effectué de manière intentionnelle et stratégique, L'échantillon a porté sur 42 individus parmi elles, 22 étaient des hommes et 20 étaient des femmes. Nous avons constitué deux groupes de discussion de 10 hommes et deux groupes de discussion de 10 femmes.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des informations, ce qui nous a permis d'avoir des résultats qui reflètent la réalité de notre champ d'étude. De ce fait, les résultats de la présente étude indiquent que le manque d'information, l'interdiction religieuse, la crainte des effets secondaires des contraceptifs, le pouvoir décisionnel de l'homme, l'analphabétisme, les fausses idées sur la contraception et les contradictions socioculturelles influencent l'utilisation de la contraception moderne. Ces résultats obtenus confirment l'hypothèse de la présente étude qui stipule que les attitudes et perceptions sont liées à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava. Au regard de ces résultats, il nous convient de dire que les objectifs fixés pour mener à bien cette étude ont été atteints.

Mots clés : attitudes, méthodes contraceptives modernes, Ndava, perceptions, planification familiale

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the attitudes and perceptions that influence the low use of modern contraceptive methods in the Ndava commune. To do this, we started from a hypothesis: lack of information, religious prohibition, fear of the side effects of contraceptives, men's decision-making power, illiteracy, misconceptions about contraception and socio-cultural contradictions influence the use of modern contraception. In this study, sampling was carried out intentionally and strategically. The sample comprised 42 individuals, of whom 22 were men and 20 were women. We set up two focus groups of 10 men and two focus groups of 10 women.

The size of the sample was determined by the saturation of information, which enabled us to obtain results that reflect the reality of our field of study. The results of this study indicate that lack of information, religious prohibition, fear of the side effects of contraceptives, men's decision-making power, illiteracy, misconceptions about contraception and socio-cultural contradictions influence the use of modern contraception. These results confirm the hypothesis of this study, which states that attitudes and perceptions are linked to the low use of modern contraceptive methods in the Ndava commune. In view of these results, we can say that the objectives set for this study have been achieved.

Key words: attitudes, modern contraceptive methods, Ndava, perceptions, family planning

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY ..... **i**
DEDICACE ..... **ii**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
RESUME ..... **iv**
ABSTRACT ..... **v**
TABLE DES MATIERES ..... **vi**
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX ..... **ix**
SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **x**
AVANT-PROPOS ..... **xi**
INTRODUCTION GENERALE **1**
CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERALE DE L'ETUDE **5**
1.1. Présentation du milieu d'étude : commune Ndava 5
1.1.1. Situation géographique 5
1.1.2. Situation socio-économique 6
1.1.3. Situation politico-administrative 7
1.1.4. Situation démographique 8
1.1.5. Religion 9
1.1.6. Analphabétisme 9
1.2. Historique du planning familial au Burundi 10
1.2.1. Techniques de contraception et les fournitures contraceptives 11
1.2.2. Santé de l'enfant et la planification familiale 12
1.3. Différentes méthodes et pratiques contraceptives 12
1.3.1. Méthodes de la planification familiale appliquées par l'homme 13
1.3.2. Méthodes de la P.F appliquées par la femme 13
1.4. Inventaire sur l'utilisation des MCM 14
Conclusion partielle 16
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL 17
2.1. Théorie malthusienne et les malthusiens 17
2.2. Courant populationniste 19
2.3. Modèles théoriques de la planification familiale 19
2.3.1. Contributions anthropologiques : la théorie des flux de richesses selon John Caldwell 20

2.3.2. Approches micro-économiques 20
2.4. Revue des travaux empiriques 21
2.4.1. Facteurs économiques. 21
2.4.2. Facteurs socio-culturels 23
2.4.3. Facteurs sanitaires 24
2.4.4. Analphabétisme 25
2.4.5. Cadre conceptuel et formulation de l'hypothèse 26
2.4.5.1. Cadre conceptuel 26
2.4.5.2. Description du schéma conceptuel : approches définitionnelles des concepts 27
2.4.5.3. Hypothèse 28
Conclusion partielle 29
CHAPITRE 3: CADRE METHODOLOGIQUE 30
3.1. Type d'étude 30
3.2. Population cible 30
3.3. Stratégie d'échantillonnage 30
3.4. Taille de l'échantillon 32
3.5. Confidentialité des données 32
3.6. Procédure de recrutement 33
3.7. Techniques et outils de collecte des données 33
3.8. Déroulement de la collecte des données 34
3.9. Analyse des données 35
3.9.1. Transcription des données 35
3.9.2. Processus de codification des données 35
3.9.3. Interprétation des données 36
3.10. Considérations éthiques 36
Conclusion partielle 37
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS 38
4.1. Présentations des résultats 38
4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants 38
4.1.2. Perception relative à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes . 38
4.1.2.1. Manque d'information complète et adéquate 39
4.1.2.2. Interdiction religieuse 40
4.1.2.3. Analphabétisme 41

4.1.2.4. Crainte des effets secondaires des contraceptifs 43
4.1.2.5. Pouvoir décisionnel de l'homme 45
4.1.2.6. Fausses informations sur la contraception 46
4.1.2.7. Contradictions socioculturelles à propos de la contraception 48
4.2. Discussion des résultats 49
4.2.1. Manque d'information complète et adéquate 50
4.2.2. Interdiction religieuse 51
4.2.3. Analphabétisme 52
4.2.4. Crainte des effets secondaires des contraceptifs 52
4.2.5. Pouvoir décisionnel de l'homme 52
4.2.6. Fausses informations sur la contraception 53
Conclusion partielle 54
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS 55
REFERENCES 58
ANNEXES 64

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1 : Carte de localisation de la zone d'étude 6
Figure 2: Carte administratives de la commune Ndava 8
Figure 3 : Schéma conceptuel des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la contraception moderne 27

Tableaux

Tableau 1 : Données sur le nombre des femmes qui pratiquaient la planification familiale de 2010 à 2023 (pour l'intervalle de 2 ans) 14
Tableau 2 : Grille d'analyse thématique 35

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF : Association Burundaise pour le Bien-être Familiale
ASM : Antenne de Secours Mobile
BCR : Bureau Central de Recensement
CDS : Centre de Santé
CPN : Consultation Prénatale
DIU : Dispositif Intra Utérin
ENPSF : Enquête Nationale sur la Population et la santé familiale
FIPF : Fédération Internationale pour la Planification Familiale
INSTAT : Institut National de la Statistique
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ISTEEBU : Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
KWF : Kyokushin World Federation
MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MCM : Méthodes Contraceptives Modernes
MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
PF : Planification Familiale
PNSR : Programme National de Santé de la Reproductive
PSI : Pound Square Inch
RDC : République Démocratique du Congo
SIDA : Syndrome d'Immino-Déficience Acquise
SSR : Sante Sexuelle Reproductive
UB : Université du Burundi
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNESCO : Organisation des Nation Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UPRONA : Union pour le Progrès National
USAID : United State Agency International Development

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 développement. Il est centré sur : « les attitudes et les perceptions liées à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava ». Compte tenu des résultats de la recherche, il s'avère nécessaire que ce secteur mérite une attention particulière au niveau de la sensibilisation sur la nécessité de planifier les naissances. Cependant, la population de la Commune Ndava exprime plusieurs attitudes et perceptions qui leur empêchent d'utiliser les méthodes contraceptives modernes. Si des mesures ne seront pas prises, c'est évident que la population de la Commune Ndava sera toujours moins en cline à la politique de planification familiale ce qui influe sur la dynamique démographique avec des retombées néfastes sur des espaces cultivables.

INTRODUCTION GENERALE

Dans une grande partie du monde, depuis une trentaine d'années, la diffusion de méthodes de contraception modernes et plus sures même si elles laissent encore à désirer à certains égards a élargi considérablement les possibilités de choix individuel et de prise de décision responsables en matière de procréation (Nations unies, 1994).

La thématique de la planification familiale a été l'objet d'un grand débat dans les différentes Conférences internationales sur la Population organisée depuis 1971 à Bucarest. Cependant, la nature de cette préoccupation s'est transformée en fonction des priorités conjoncturelles des différentes régions du monde (Sarah, 2008). La première Conférence internationale sur la Population a été organisée en 1927 par la Société des Nations. (Tabah, 1994). Une Américaine, Margaret Sanger, y a mené une campagne contre la « maternité asservie » concept qui défendait l'exercice d'une liberté individuelle sur le contrôle des naissances (Tabah, 1994). En 1954, la Conférence internationale de Rome a d'ailleurs pour objectif de sensibiliser les décideurs aux enjeux démographiques et de promouvoir la collecte statistique (Arlette, 2004). A la fin des années 1960, la planification familiale est admise comme un véritable droit de la personne (Sarah, 1994). La rhétorique de la planification familiale revient en force dans le débat international en 1965 à la Conférence internationale sur la Population de Belgrade ou On questionne le rôle de la fécondité dans le développement socioéconomique (Arlette, 2004). A Bucarest en1974, les discussions se focalisent sur le sens de la relation entre fécondité et développement économique : lequel des deux influences l'autre ? (Arlette, 2004). Au Mexico en 1984, les dirigeants politiques africains se montrent plus ouverts à la planification des naissances, perçue comme un droit fondamental au bien-être et un élément essentiel de la politique de santé publique (INSTAT, 2001). Enfin, au Caire en 1994, le contrôle des naissances revient sur le devant de la scène, mais sous la forme d'un droit individuel en matière de reproduction et de sexualité. Le bien être individuel constitue le terreau du développement et le libre choix et la santé en matière de reproduction en sont les ferments (Arlette, 2004).

Après le consensus du Caire sur l'importance de la santé de la reproduction et de la planification familiale, il s'est agi de prendre en compte de manière explicite des questions d'accès à la santé de la reproduction dans les agendas internationaux de développement (Objectifs du Millénaire pour le Développement-OMD et Objectifs de Développement Durable-ODD) (Mamadou, 2021). Plusieurs moyens sont mobilisés pour réaliser l'engagement à améliorer la santé des femmes et des enfants.

C'est le cas du Sommet de Londres sur la planification familiale organisé en 2012 par le Département du développement international du Royaume-Uni et la Fondation Bill & Melinda Gates, en partenariat avec le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP). Le Sommet a été l'occasion de lancer un mouvement mondial, le Family Planning 2020 (FP2020) pour permettre à 120 millions de femmes dans 69 des pays les plus pauvres du monde d'accéder à la contraception moderne à l'horizon 2020 permettant une planification familiale pour tous (Mamadou, 2021).

Les questions de planification familiale participent en effet à l'amélioration de la santé et à l'autonomisation des femmes et des filles. La prévalence contraceptive en Afrique est estimée à 25%, avec des taux variés allant jusqu'à 30% au Kenya et au Botswana, 43% au Zimbabwe et 75% en Tunisie (ASM, 2020). Les expériences des années soixante-dix, marquées par la sécheresse, la désertification, la récession économique, l'urbanisation rapide et le chômage des jeunes, ont accentué l'intérêt pour le contrôle de la croissance démographique (INSTAT, 2001).

Au Burundi, la pratique de la planification familiale était encore faible, elle était de 7,6 % en 2006 (PNSR, 2007). Le nombre des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes a connu une augmentation, il était de 36,4% en 2020 (PNSR, 2023). Le niveau de fécondité des femmes au Burundi demeure élevé puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6,4 enfants durant sa vie féconde (ISTEEBU, 2017). Les statistiques de mortalité infantile sont alarmantes du fait que sur 1 000 naissances, 59 enfants ne survivent pas à leur première année, avec 31 ‰ décédant dans le premier mois et 28 ‰ entre un et douze mois (ISTEEBU, 2010). Ces chiffres soulignent l'urgence d'aborder les facteurs sous-jacents à cette réalité. Parmi ces facteurs, la planification familiale joue un rôle crucial. Cette politique de planification familiale permet non seulement de réduire les risques liés à des grossesses rapprochées et potentiellement préjudiciables à la santé de la mère et de l'enfant, mais elle nécessite également une connaissance et un accès aux méthodes contraceptives. Ainsi, pour améliorer les taux de survie infantile, il est essentiel que les familles soient informées et qu'elles aient accès à des moyens de planification familiale efficaces (Kubwimana, 2023).

Le taux d'utilisation de la contraception moderne est passé de 18 % à 23 % entre 2010 et 2017, le taux de besoins non satisfait en planification familiale stagne aux alentours de 30 % depuis 2010 (ISTEEBU, 2017). L'utilisation des méthodes modernes parmi les femmes en union est plus élevée en milieu urbain (29 %) qu'en milieu rural (22 %) (ISTEEBU, 2017).

Si plus d'une femme sur deux (51 %) a bénéficié de soins postnatals assurés par du personnel qualifié dans les deux jours suivant l'accouchement, la planification familiale après la naissance ne concerne que 3 % des nouvelles utilisatrices ((FNUAP, 2023).

Une étude réalisée en 2017 dans la province de Mwaro, a révélé que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale étaient de 28,3 %, ce qui signifie qu'un quart des femmes en âge de procréer souhaitaient limiter ou espacer leurs grossesses, mais n'utilisaient pas des méthodes contraceptives modernes (ENPSF, 2018). Les principaux obstacles à l'utilisation de la planification familiale étaient le manque d'information, le coût, l'accessibilité, la faible qualité des services, les normes sociales et les croyances religieuses. Une autre étude réalisée en 2018 a examiné les facteurs associés à l'utilisation de la planification familiale chez les femmes mariées de la province de Mwaro (ENPSF, 2018). Cette étude a prouvé que les facteurs positivement associés à l'utilisation de la planification familiale étaient le niveau d'éducation, le nombre d'enfants vivants, la discussion avec le conjoint et le soutien du personnel de santé.

Le PNSR dans son rapport de 2023 a montré que depuis des années des provinces de Bujumbura, Muramvya et Mwaro viennent toujours en arrière en matière d'adhésion aux méthodes contraceptives enregistrant des faibles taux moins de 50 % par rapport à la moyenne nationale (BPS Mwaro, 2023). Le taux d'utilisation des MCM varie entre 16% (province Mwaro) et 62,3% (Ngozi) (PNSR, 2023). D'après les données du Bureau de la province sanitaire de Mwaro, ses 2 districts enregistrent des taux d'adhésion aux MCM relativement bas. Le district sanitaire de Fota où se trouve la commune Ndava étudiée a enregistré le taux de prévalence contraceptive de 9,8% et celui de Kibumbu 10,4% en 2023 (BPS Mwaro, 2023). La commune de Ndava, avec 2895 utilisatrices des contraceptions modernes enregistrées dans les trois CDS de la commune (entre 2022 et 2023) et un effectif de 26662[1] femmes en âge de procréer en 2022, aurait un taux d'utilisation de la contraception de 10,8 % (références des archives des 3 CDS, rapport de projection démographique au niveau communal). Ce faible taux d'utilisation de la contraception moderne en commune Ndava, largement inférieur à la moyenne nationale, au-delà des études faites au niveau national et dans les autres milieux, laisser demander les attitudes et perceptions y relatives.

[1] Le rapport de Projections démographiques au niveau communal donne un effectif de 48476 femmes en commune Ndava en 2022. Considérant la proportion des individus de sexe féminin de moins de 15 ans de 45% au RGPH 2008, l'effectif des femmes en âge de procréer a été ainsi estimé à 26662 femmes.

Cette étude a donc pour objectif général d'identifier les considérations sociales qui influencent la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava. Spécifiquement, elle vise à identifier les principales attitudes et perceptions qui influencent le rejet des méthodes contraceptives modernes.

Cette étude présente de l'intérêt à plusieurs niveaux : au niveau scientifique, cette étude enrichira le corpus scientifique avec des résultats empiriques sur les attitudes et perceptions influençant l'utilisation de la planification familiale dans un contexte spécifique. Au niveau santé publique, les résultats peuvent aider à concevoir des programmes de santé plus efficaces, réduisant ainsi les taux de mortalité maternelle et infantile. Au niveau social, la présente étude permet d'élever la conscience collective sur l'importance de la planification familiale et sur les obstacles associés.

Notre étude est structurée en quatre chapitres : Le premier chapitre présente le contexte général de l'étude, le deuxième chapitre fait la revue de la littérature et des travaux empiriques, le troisième chapitre présente le cadre méthodologique et enfin le dernier chapitre concerne l'analyse et la discussion des résultats

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERALE DE L'ETUDE

Le présent chapitre a pour objet de présenter les différents aspects de la commune Ndava : sa situation géographique, socio-économique, politico administrative, démographique et religieuse. Il traite l'historique de la planification familiale en général, et en particulier les techniques de contraception moderne y compris les méthodes de planification appliquées par l'homme et celles appliquées par la femme.

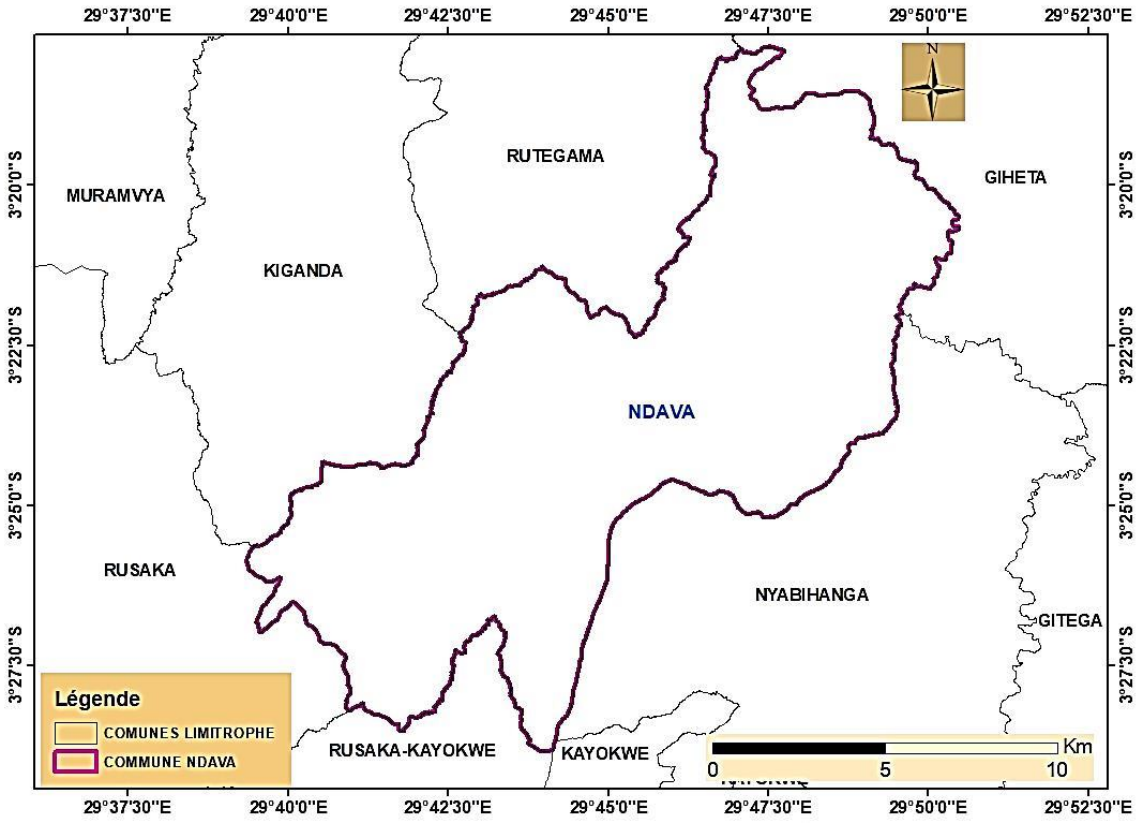
1.1. Présentation du milieu d'étude : commune Ndava

1.1.1. Situation géographique

En milieu rural, le problème crucial posé par la forte croissance de la population est lié à l'accès à la terre (Manirakiza, 2008). Plus de 90% de la population burundaise trouvent l'essentiel de leurs subsistances dans l'exploitation des terres à tel enseigne que le régime alimentaire se retrouve encré sur les possibilités de production que le cadre écologique offre à chaque région (Sindayihebura, 2019). La terre étant le principal facteur de production, toute personne vivant en milieu rural s'efforce d'en disposer, mois compte tenu de l'importance de l'héritage et des divisions successorales pour accéder à cette dernière, un nombre important des ménages burundais n'en disposent pas suffisamment (Manirakiza, 2008). Cela compromet la production agricole et la sécurité alimentaire de beaucoup de ménages. Manirakiza (2008) affirme que l'insuffisance des terres cultivables limite considérablement les moyens d'existence des individus. La commune Ndava étant une commune rurale, n'est pas épargnée par de telles situations. Elle est située à 12Km du chef-lieu de la province Mwaro. Elle est l'une des six communes de la province Mwaro avec une densité de 173,66 Km^2. Son chef-lieu est établi sur la colline Fota de la zone Buziracanda. Elle est limitée au Nord par la commune Rutegama de la province Muramvya, au Nord-Est par la commune Giheta de la province Gitega, au Nord-Ouest par la commune Kiganda de la province Muramvya, au Sud par ka commune Kayokwe, à l'Est par la commune Nyabihanga et au Sud-Ouest par la commune Rusaka.

La commune Ndava est à cheval sur deux régions naturelles : Kirimiro (la plupart des collines de la zone Buziracanda) et Mugamba (la plupart des collines de la zone Ndava). Tenant compte ce problème crucial posé par la forte croissance de la population, il s'avère très nécessaire d'intégrer bien le programme de planification familiale dans ce milieu rural pour atténuer le problème de manque des terres.

Figure 1 : Carte de localisation de la zone d'étude



Source : Auteur, à partir des données des limites administratives du Burundi, 2022

1.1.2. Situation socio-économique

Le Burundi est un contexte aux économies rurales où la croissance démographique est corrélée à la précarité socio-économique des ménages. C'est un contexte qui devrait amener les couples à adopter la contraception, principal moyen disponible pour la maîtrise de la fécondité et la croissance démographique (Sindayihebura, 2023).

L'activité économique au Burundi est dominée par l'agriculture et l'élevage. En l'absence des techniques modernes de production, la faible variété des cultures pratiquées et les fluctuations climatiques étaient à l'origine des famines (Manirakiza, 2008). Ainsi, la population faisait face de façon répétitive à des pénuries alimentaires dues à la sécheresse ou à des pluies excessives ainsi qu'aux effets dévastateurs des parasites de plantes. La situation socioéconomique de la commune de Ndava, est principalement caractérisée par une économie basée sur l'agriculture et l'élevage (Etat civil de la commune Ndava, 2020). Il est important de noter que cette région comme beaucoup d'autres au Burundi, fait face à des défis économiques significatifs.

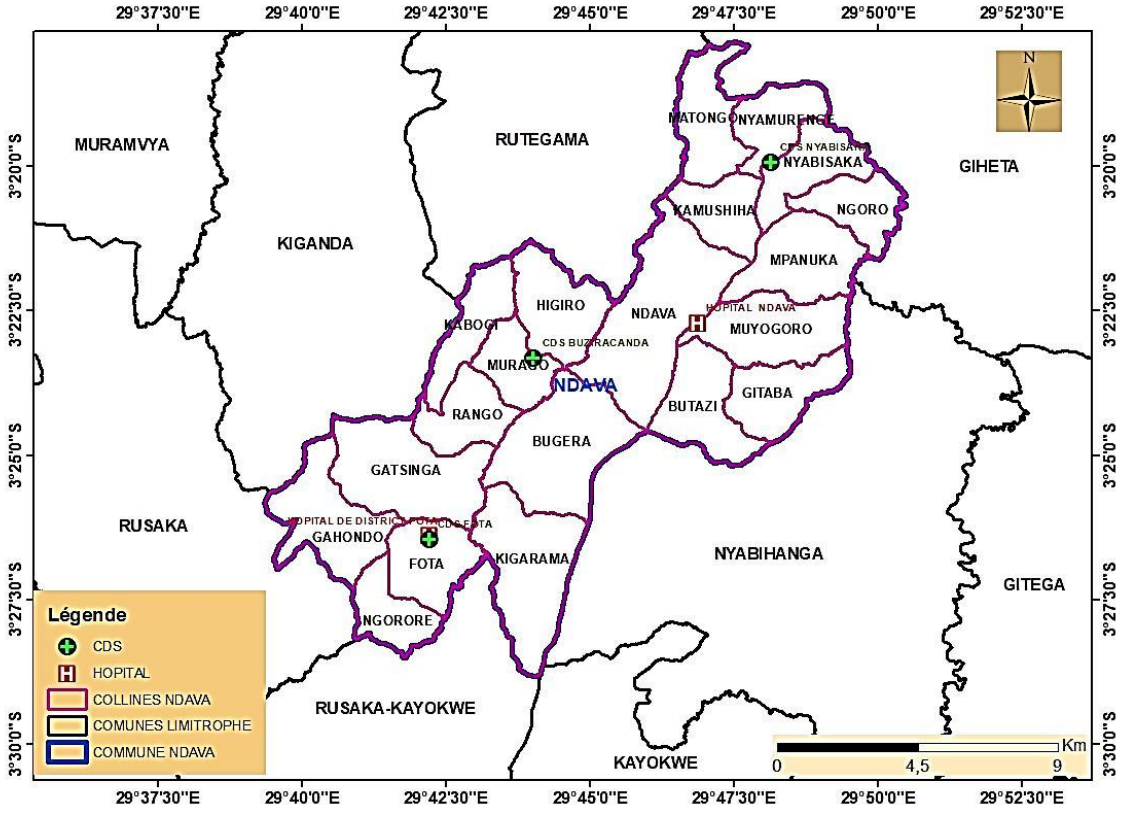
L'agriculture reste le pilier de l'économie locale, avec une grande partie de la population engagée dans la culture vivrière (Manirakiza, 2008). L'élevage est une activité complémentaire à l'agriculture en amont comme en aval de la filière. Il contribue à l'amélioration des conditions de vie des ménages ruraux. Il leur procure des revenus en espèce, fournit la fumure organique pour les cultures vivrières et les aliments d'origine animale (Sindayihebura, 2019).

Les infrastructures telles que les écoles et les centres de santé sont limités, caractérisés aussi par une insuffisance du personnel, ce qui a un impact direct sur les niveaux d'éducation et la santé publique (DCE Ndava, 2022 et BPS Mwaro, 2023). Ces facteurs peuvent influencer les décisions des femmes en matière de planification familiale, notamment l'utilisation de contraceptifs.

1.1.3. Situation politico-administrative

La commune Ndava est l'une des six communes de la province Mwaro. Elle est subdivisée en 2 zones et 20 collines. En termes de structure administrative, la commune est dirigée par un Administrateur communal. Il est à noter ici que la zone Ndava et Buziracanda qui forment la commune Ndava disposent 5 infrastructures sanitaires : deux hôpitaux et trois CDS Amis des jeunes. Ce qui se remarque c'est que ces infrastructures ne sont pas suffisantes pour satisfaire toute la population de la commune en cas de besoin des services de PF, certaines collines restent éloigner de ces infrastructures de santé (BPS Mwaro, 2023). Cela peut être un facteur contraignant la politique de PF sous prétexte de l'éloignement du centre de distribution de ces MCM.

Figure 2: Carte administratives de la commune Ndava



Source : Auteur, à partir des données des limites administratives du Burundi, 2022

1.1.4. Situation démographique

Les données disponibles au Bureau Central du Recensement montrent que la population était de 63. 493 habitants lors du recensement de 2008 avec 32. 434 femmes et 31.059 hommes, et une densité moyenne de 365 habitants au km² (BCR, 2011). Selon le service d'état civil de la même commune en 2022, elle comptait 98.273 habitants dont 47.181 femmes et 49.092 hommes avec une densité de 565 habitants au km², soit une augmentation de 34.780 habitants durant 11 ans (Etat civil Ndava ,2022).

Tenant compte de cette montée excessive de la population, il est évident que la population de la commune Ndava n'a pas encore compris les avantages de la politique de limitation des naissances à voir la superficie disponible et le taux de croissance de la population. L'administration et le personnel de la santé de la commune Ndava devraient prendre cette question comme pertinente.

1.1.5. Religion

La commune Ndava présente une diversité religieuse notamment la religion catholique en dominance, la religion protestante, la religion musulmane etc. Toutes ces religions qu'on vient d'évoquer sont contre la contraception, cela peut être un handicap majeur à la maitrise de la croissance démographique en commune Ndava (Etat civil Ndava, 2022).

Pour l'église catholique la sexualité et le plaisir sexuel sont des aspects de l'amour conjugal, un moyen de parfaire l'union corporelle et spirituelle entre homme et femme (Semen, 2004). D'après le même auteur, Pour respecter le plan divin et la dignité humaine, la sexualité doit être un don total dans le cadre indissoluble du mariage et doit notamment rester ouverte à la procréation. L'Église catholique rejette donc en particulier la contraception par des méthodes artificielles (Semen, 2004).

L'église propose à ceux qui vivent en couple une méthode de régulation des naissances basée sur l'observation du cycle de la femme (appelée « méthode naturelle de régulation) (semen, 2004). Pour l'église pentecôte, les textes de la bible sont cohérents entre eux et se renforcent mutuellement dans une vision du monde selon Dieu qui permet sans ambigüité de comprendre la contraception comme un péché (Provan, 1989). Les idées de ces différents auteurs sur la contraception montrent que la diversité religieuse peut exercer une influence négative sur la politique de l'Etat de limitation des naissances.

1.1.6. Analphabétisme

L'analphabétisme constitue un facteur d'exclusion sociale, il affecte les différentes catégories de la population. Ces personnes peu scolarisées, ou n'ayant jamais eu l'opportunité d'être l'école se trouvent chaque jours confrontées à des problèmes d'intégration que ce soit d'ordre économique ou social et souffrent d'un stress permanent (Chrétien-Guillemette, 2007). L'alphabétisation en Afrique subsaharienne reste un défi de taille. Plus de 60 % de la population adulte est analphabète. Cette situation est liée en grande partie à la pauvreté, au fort taux de croissance démographique et à la sous-scolarisation (UNESCO, 2011). En 2013, l'estimation de la fréquence de l'analphabétisme chez les personnes de 15 à 49 ans était de 49 % (Alain et al., 2013). Il est néanmoins évident que la capacité à lire et à écrire transforme profondément la vie quotidienne des hommes et femmes en leur permettant de prendre le contrôle de leur vie et d'être maitre de leur avenir (Mahommed et Ahlam, 2022).

Les femmes instruites vont, dans leurs sociétés, être des pionnières : certaines sont codécisionnaires avec leur mari du recours à la contraception ; d'autres utilisent la

contraception souvent contre la volonté de leurs maris et de leur parentèle qui y voient un dangereux facteur d'émancipation sexuelle (Nicole, 2022).

Une étude de l'organisation Proliteracy America (2003), indique que l'alphabétisation affecte positivement la santé, à travers une diminution des problèmes nutritionnels et de santé chez les enfants et des grossesses à l'adolescence. Autrement dit, les mères les plus instruites ont des enfants qui jouissent d'une bonne santé. Par ailleurs, les travaux de Isfahani (2000), Shah et al. (1998), Ramez (1998) aboutissent à la conclusion que les femmes analphabètes sont à peine perceptibles aux méthodes contraceptives que les femmes mieux éduquées. Par contre pour Mamadou (2021), Les femmes instruites sont plus susceptibles d'avoir moins d'enfants et d'utiliser une contraception moderne.

1.2. Historique du planning familial au Burundi

De nos jours, une variété de méthodes contraceptives modernes est disponible pour la planification familiale. Ces méthodes requièrent une explication détaillée de la part des professionnels de santé pour éviter les échecs liés à une utilisation incorrecte. Les couples doivent choisir la méthode qui leur convient le mieux, en tenant compte de leur confort et de leur sentiment de sécurité (OMS, 2011). Il est important de noter qu'aucune méthode contraceptive n'est universellement efficace, car leur efficacité et leur facilité d'utilisation varient considérablement (OMS, 2011).

Au Burundi, c'est lors du troisième plan quinquennal, de 1978 à 1983, que le gouvernement a instauré des mesures visant à modérer l'explosion démographique. Deux stratégies principales ont été adoptées : la mise en place d'un programme de planning familial et la redistribution de la population sur l'ensemble du territoire national (Ministère du plan, 1991).

La province de Muramvya a été sélectionnée comme zone pilote pour entamer une phase préparatoire de six mois. Cependant, les activités de planification familiale n'ont réellement débuté qu'en août 1983 (Ministère du plan, 1991). Lors de la 14ème session ordinaire, le comité central du parti UPRONA a examiné la question du planning familial et du contrôle démographique, aboutissant à l'élaboration de recommandations pour freiner la croissance démographique et à l'adoption d'un programme d'action articulé autour de deux axes principaux :

- 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).

1.2.1. Techniques de contraception et les fournitures contraceptives.

Le Ministère de la Santé Publique joue un rôle clé dans la diffusion des méthodes contraceptives et la distribution des fournitures nécessaires à leur mise en œuvre. Le bureau de Coordination du Programme de Planification Familiale (C.P.P.F.), établi par le décret du 17 janvier 1991, était mandaté pour orchestrer et superviser l'ensemble des initiatives liées à la planification familiale, afin d'aligner la croissance démographique avec le développement économique.

Les responsabilités spécifiques de ce bureau comprennent :

- La sélection et la promotion des méthodes de planification familiale appropriées pour le territoire national ;
- La coordination des efforts d'information, d'éducation et de sensibilisation pour encourager l'utilisation des services de planification familiale ;
- La garantie de la qualité des services de planification familiale offerts.

Dans ce contexte, l'Association Burundaise pour le Bien-Être Familial (ABUBEF), membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (F.I.P.F.), vise à :

- Sensibiliser la population burundaise aux risques associés à une croissance démographique rapide ;
- Inciter une adoption large de la planification familiale parmi les Burundais ;
- Promouvoir des attitudes et comportements positifs envers la santé maternelle et infantile ainsi que la contraception ;
- Préparer les jeunes à une parentalité responsable et informée.

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement en contraceptive, il s'agit du secteur public de l'ABUBEF ainsi que PSI pour le marketing du préservatif. Grace à l'appui de la KWF, de l'UNFPA, du Fonds Global, USAID, les contraceptifs y compris les préservatifs masculins et féminins sont disponibles dans divers points de distribution à travers le pays (PNSR, 2007).

1.2.2. Santé de l'enfant et la planification familiale

D'après le tableau de bord social (ISTEEBU, 2017) le ratio de mortalité maternelle (RMM) est passé de 500 décès maternels pour 100 000 naissances à 392 tandis que le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) est passé de 0,033 à 0,019 sur la période 2010-2017.Le paludisme est la principale cause indirecte de ces décès.

En effet, comme le précise le FNUAP, chaque année, environ 200.000 décès maternels résultent du manque de service contraceptifs chaque année, 585.000 femmes par minute meurent des suites d'une grossesse (FNUAP, 1997). La planification familiale est essentielle pour améliorer la santé maternelle et infantile. Elle contribue à l'amélioration de l'état de la femme en lui permettant d'éviter des grossesses à haut risque, elle permet aux mères d'espacer les naissances, de réduire la taille de la famille (Ntirandekura, 2022). Les enfants issus de familles planifiées ont non seulement de meilleures chances de survie, mais aussi de meilleures perspectives d'une enfance heureuse et saine, d'une bonne éducation et d'un avenir prometteur. La santé et le bien-être des enfants commencent dès la naissance, et une mère en bonne santé est cruciale pour leur développement et leur épanouissement (Henri-Panabière, 2018).

Au Burundi la pratique de la PF est encore faible et était de 23% en 2017. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,5 enfants par femme (ISTEEBU, 2017). 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 » soient une réalité : grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives.

1.3. Différentes méthodes et pratiques contraceptives

Ces méthodes contraceptives 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 (Vekemans et Wollast, 1983). 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.

1.3.1. Méthodes de la planification familiale appliquées par l'homme

Les hommes ont également des options pour la planification familiale. Deux des méthodes les plus courantes sont les préservatifs et le retrait. Les préservatifs, également appelés capotes, sont des barrières en latex ou en polyuréthane qui empêchent le sperme d'entrer dans le vagin pendant les rapports sexuels. Ils sont largement disponibles et offrent une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) en plus de prévenir la grossesse.

Le retrait, quant à lui, consiste à retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation. Cependant, cette méthode est moins fiable que les préservatifs, car elle dépend de la maîtrise de l'homme et ne protège pas les IST. Chaque homme peut choisir la méthode qui lui convient le mieux en fonction de sa santé, de ses préférences et de sa situation personnelle.

1.3.2. Méthodes de la P.F appliquées par la femme

Les femmes ont accès à une variété de méthodes de planification familiale pour contrôler leur fertilité et prendre des décisions éclairées concernant le nombre et l'espacement de leurs naissances. Parmi ces méthodes, citons les contraceptifs oraux combinés à faible dose, qui contiennent à la fois des œstrogènes et de la progestérone pour empêcher l'ovulation et épaissir la glaire cervicale, rendant plus difficile la fécondation (Delvoye cité par Ndayisenga, 2005).

Les contraceptifs oraux progestatifs, également appelés pilules progestatives, contiennent uniquement de la progestérone et agissent de manière similaire. Les implants Norplant sont des dispositifs sous-cutanés qui libèrent lentement des hormones pour prévenir la grossesse sur une période prolongée. La stérilisation féminine est une méthode permanente qui bloque les trompes de Fallope pour empêcher la fécondation. Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont insérés dans l'utérus et peuvent être hormonaux ou en cuivre. Les méthodes vaginales, telles que les spermicides et les éponges contraceptives, sont également utilisées. Certaines femmes choisissent des méthodes basées sur la connaissance de leur fécondité, comme la continence périodique, qui implique d'éviter les rapports sexuels pendant les périodes fertiles du cycle menstruel (Ngendabanyikwa, 1983).

La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) repose sur l'allaitement exclusif et la suppression de la menstruation. Enfin, certaines méthodes dépendent de la communication et de la coopération au sein du couple.

1.4. Inventaire sur l'utilisation des MCM

La commune Ndava, située dans un contexte où les enjeux de santé reproductive sont cruciaux, représente un terrain d'étude pertinent pour comprendre les dynamiques de l'utilisation de la contraception. Cet inventaire vise à dresser un état des lieux exhaustif des pratiques, des perceptions et des obstacles liés à l'adoption des méthodes contraceptives parmi la population en âge de procréer.

Tableau 1 : Données sur le nombre des femmes qui pratiquaient la planification familiale de 2010 à 2023 (pour l'intervalle de 2 ans)

CDS BUZIRACANDA							
Méthodes contraceptives disponibles sur les Hôpitaux et centres de santé	Périodes						
	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
Les pilules de contraception orale	0	57	268	275	228	176	118
Les implants	0	0	85	148	63	39	70
Les contraceptifs injectables	0	188	589	541	376	599	589
Les patchs contraceptifs	0	0	0	0	0	0	0
Les anneaux vaginaux	0	0	0	0	0	0	0
Les dispositifs intra-utérins	0	0	0	0	0	0	0
Les préservatifs	0	7	34	17	19	5	17
La stérilisation masculine ou féminine	-	0	0	0	0	0	0
Total	**0**	**252**	**976**	**981**	**686**	**819**	**794**
HOPITAL NDAVA							
Les pilules de contraception orale	193	164	209	191	141	144	151
Les implants	0	0	27	24	21	28	30
Les contraceptifs injectables	804	774	825	712	700	646	685
Les patchs contraceptifs	0	0	0	0	0	0	0
Les anneaux vaginaux	4	0	0	0	0	0	0
Les dispositifs intra-utérins	21	12	41	26	23	28	16
Les préservatifs	32	28	20	28	17	28	30
La stérilisation masculine ou féminine	0	0	0	0	0	0	4
Total	**861**	**814**	**1122**	**981**	**902**	**874**	**916**
CDS NYABISAKA							
Les pilules de contraception orale	0	7	83	79	46	69	62

Les implants	0	8	105	136	98	83	203
Les contraceptifs injectables	0	30	419	514	622	850	763
Les patchs contraceptifs	0	0	0	0	0	0	0
Les anneaux vaginaux	0	0	0	0	0	0	0
Les dispositifs intra-utérins	0	9	36	36	11	20	140
Les préservatifs	0	1	3	19	47	35	17
La stérilisation masculine ou féminine	0	0	0	0	0	0	0
Total	**0**	**56**	**646**	**784**	**824**	**1057**	**1185**

Source : Archives de l'hôpital Ndava, CDS Buziracanda et Nyabisaka, 2023

Ces données montrent une tendance générale à l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives au fil du temps, avec une préférence marquée pour les contraceptifs injectables et une adoption croissante des implants et des dispositifs intra-utérins. Cela pourrait refléter une évolution des politiques de santé, une meilleure sensibilisation et éducation en matière de santé reproductive, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux services de planification familiale.

La stérilisation masculine ou féminine n'est pas utilisée pendant cette période, ce qui pourrait indiquer une préférence pour des méthodes contraceptives réversibles ou une disponibilité limitée de ces options de stérilisation. Les patchs contraceptifs et les anneaux vaginaux ne sont pas utilisés, ce qui pourrait être dû à un manque de disponibilité ou de popularité de ces méthodes.

Conclusion partielle

Ce chapitre avait pour objet de présenter l'aperçu global du contexte de l'étude en commune Ndava. Il a été question d'examiner la situation géographique, socio-économique, politico-administrative et démographique de notre commune d'étude. De plus, l'historique du planning familial au Burundi a été exploré en mettant en relief sur les mécanismes liés à l'utilisation de la contraception moderne, leur approvisionnement ainsi que fournitures contraceptives, ainsi que sur la santé de l'enfant et la planification familiale. Enfin, nous avons passé en revue les différentes méthodes et pratiques contraceptives appliquées par les hommes et les femmes. Ce chapitre jette les bases nécessaires pour la suite de notre étude qui sera approfondie dans le cadre théorique et conceptuel.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Historiquement, les questions démographiques ont d'abord captivé l'attention des économistes et des politiciens, bien avant l'émergence de la démographie en tant que discipline (Bras, 2013).Les doctrines les plus anciennes traitaient la croissance démographique tantôt comme un facteur de progrès social et économique, tantôt comme un obstacle au développement socioéconomique (Michel &Fréderic, 2002).

Platon, estimait qu'une population croissante entraînait la pauvreté d'une partie des citoyens et pouvait engendrer des troubles sociaux (Semen, 2004). Les mercantilistes associaient la richesse nationale à l'accumulation de métaux précieux, réalisable grâce à une population en expansion. Les physiocrates, quant à eux, considéraient la terre comme source de richesse, favorable à une population croissante seulement si elle était sous-exploitée (Gallois, 2019). Cependant, c'est avec Thomas Robert Malthus que l'étude des liens entre population, agriculture et économie a pris une dimension analytique (Malthus, 1889). De nos jours, les études sur les dynamiques entre croissance démographique et développement économique résonnent particulièrement face à l'augmentation rapide de la population dans les pays du Sud et les préoccupations qui en découlent (Michel &Fréderic, 2002). Nous avons examiné divers courants de pensée en démographie et développement, tels que les approches populationnistes, anti-populationnistes et stationnaristes.

2.1. Théorie malthusienne et les malthusiens

Il est désormais impossible d'aborder la question démographique sans faire référence à Malthus et à sa théorie (Vilquin, 1940). Pour Malthus (1798), la capacité de croissance de la population est bien plus grande que celle de la Terre à fournir de la nourriture pour l'humanité. Il a démontré que, sans obstacles, la population croît selon une progression géométrique, alors que les ressources alimentaires ne s'accroissent qu'en progression arithmétique.

A long terme, cette croissance peut être contenue par des mécanismes régulateurs, tels que les guerres, les famines et les épidémies, que Malthus qualifie de « parques mortels ». Cependant, il préconisait également des freins préventifs, comme la responsabilité individuelle de ne fonder une famille que lorsqu'on peut subvenir à ses besoins. Malthus, qui était pasteur, s'opposait à l'utilisation de contraceptifs modernes et prônait le célibat et la chasteté (Vilquin, 1940).

Les malthusiens, principalement des auteurs du XIXème siècle, ont interprété l'œuvre de Malthus comme un fondement scientifique, s'en inspirant pour développer leurs propres théories sur le rôle de la population dans l'économie socio-économique. Ricardo (1817) a élaboré la loi des rendements décroissants, appuyant ainsi le principe malthusien selon lequel le salaire régule la démographie, se stabilisant au niveau du minimum vital. Il a observé que si la population augmente, les salaires diminuent, et inversement (David, 1817). Mill (1946) pensait que la limitation de la population ouvrière était essentielle pour atteindre le plein emploi avec des salaires décents. Il estimait qu'au-delà d'une certaine densité démographique, tout accroissement supplémentaire de la population entraîne une baisse du niveau de vie en raison de la loi des rendements décroissants. La plupart des auteurs de cette période entre autres Vilquin (1940), David (1817), Mill (1946) cherchaient à renforcer la doctrine malthusienne comme une doctrine de classe. Ils utilisaient l'autorité de Malthus pour affirmer que la misère des ouvriers n'était pas due aux institutions libérales, mais plutôt à leur propre ignorance et imprévoyance, suggérant que si les ouvriers limitaient leur fécondité, la misère disparaîtrait.

Fargues (1988) a affirmé que croître rapidement impose de consentir à des coûts élevés à nouvel individu était vue comme une richesse, tandis que la recherche du plaisir sexuel était parfois jugée honteuse et répréhensible (Fargues, 1988).Toutefois, au XX^{ème} siècle, les mouvements de libération sexuelle en Occident ont transformé cette perception. Aujourd'hui, la contraception est couramment considérée comme un outil d'autonomie personnelle sur la fécondité et la reproduction, favorisant l'épanouissement individuel (Lassi et al., 2023). Les positions religieuses sur la contraception varient : tandis que certains groupes religieux s'y opposent, les autorités musulmanes et protestantes n'ont pas de position unifiée.

Le catholicisme rejette toute forme de contraception artificielle, préconisant plutôt la régulation des naissances par des méthodes naturelles (Père Daniel et al., 2004) .En 1930, le pape Pie XI a interdit les méthodes artificielles qui empêcheraient la procréation. Plus tard, en 1951, Pie XII a accepté l'abstinence périodique et la régulation des naissances pour des motifs économiques, eugéniques, sociaux ou médicaux (Pie XI, 1930). L'encyclique Humanae Vitae de Paul V datée du 29 juillet 1968, condamne l'usage de contraceptifs artificiels, y compris la pilule, tout en encourageant une paternité responsable par des méthodes naturelles. Le Catéchisme de l'Église Catholique souligne que le plaisir et la joie dans la sexualité sont des dons divins destinés aux époux, mais que la régulation des naissances doit se faire dans le respect mutuel et l'amour, en pratiquant l'abstinence durant les périodes de fertilité (Paul VI,

1968). Ces enseignements sont souvent mal interprétés ou mal communiqués, ce qui a conduit à des divergences entre de nombreuses personnes et l'Église Catholique, en particulier sur cet aspect de sa doctrine (Nouhou, 2016). C'est pourquoi, au fil du temps, diverses politiques et programmes de population ont émergé, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, en passant par la Renaissance et la Révolution française. Ces politiques ont été marquées par une multitude d'idées, de doctrines et de théories controversées, issues des courants populationniste et stationnariste, à travers lesquels les sociétés ont abordé leurs problématiques démographiques (Nouhou, 2016).

2.2. Courant populationniste

Ce courant de pensée, connu sous le nom de populationnisme, valorise une population nombreuse et croissante, la considérant comme un trésor national et un moteur de développement et de progrès. Parmi les figures marquantes de ce courant, on peut mentionner : Nicolas Machiavel (1798), et Jean Bodin (1598).

Machiavel (1798) écrivain et philosophe italien, a affirmé dans son œuvre "Le Prince" que l'augmentation du nombre de citoyens renforce la puissance d'un Etat sur des fondations plus solides. Il soutenait que si le territoire national ne peut subvenir aux besoins d'une population grandissante, les colonies peuvent servir de débouché. Ainsi, en cherchant des ressources nécessaires à l'étranger, les citoyens étendent l'influence de leur souverain. Pour Machiavel, la force d'un prince réside donc dans le nombre de ses sujets.

Dans une le même langage l'économiste français Jean Bodin ne voyait pas la surpopulation comme une cause de pénurie. Convaincu que la France ne souffrirait jamais de la faim, tant que les richesses ne seraient pas dilapidées à l'étranger, il recommandait de prohiber l'exportation de céréales pour prévenir la famine. Pour Bodin (1589), la véritable richesse d'un pays réside dans sa population, car c'est elle qui apporte la force et la prospérité à la nation (Inzanza, 2001).

2.3. Modèles théoriques de la planification familiale

Discuter des théories de la planification familiale implique nécessairement de se pencher sur les théories de la fécondité, la planification familiale étant intrinsèquement liée à cette dernière.

2.3.1. Contributions anthropologiques : la théorie des flux de richesses selon John Caldwell

L'étude des populations anciennes et des sociétés modernes offre un riche éventail d'observations sur les pratiques familiales et reproductives, transcendant les simples descriptions pour explorer des contextes diversifiés (Caldwell, 1982). Dans cette théorie, l'auteur postule que la fécondité des pays pauvres est tributaire des flux de richesses actuelles et futures entre les parents et leur descendance (Caldwell, 1982). Il part du système de parenté qui, dans le contexte africain, peut permettre de décrypter le système de production et les « flux de richesse » (Leridon, 2015). Dans les sociétés africaines traditionnelles, la descendance nombreuse n'est pas un désavantage, même sur le plan économique car les enfants et les jeunes adultes constituent des facteurs de production des subsistances, la gestion des biens étant dans les mains des hommes âgés. Ainsi, les flux de richesse vont des jeunes générations à celles avancées (Kourouma, 2011 ; Leridon, 2015). Dans ce cadre, l'enfant est perçu positivement pour sa rentabilité économique et l'intention de recourir à la contraception pour maîtriser la fécondité est faible (Sindayihebura, 2023).

A l'inverse, dans les sociétés modernes, les parents investissent dans l'éducation de leurs enfants sans attendre de retour financier, inversant ainsi le flux de richesse de la génération précédente (Caldwell ,1982). Le même auteur confirme également que la capacité de prendre des décisions indépendantes n'est pas universelle, en particulier pour les femmes qui sont souvent dépendantes de leurs maris pour les décisions reproductives.

2.3.2. Approches micro-économiques

Dans les années 1960, les économistes classiques ont révolutionné l'approche économique de la fécondité, au point qu'ils pourraient être crédités d'une théorie de la fécondité (Leridon, 2012). Les premiers penseurs de la population étaient souvent économistes, mais c'est avec l'émergence de l'*homo economicus*, un acteur rationnel dont les comportements sont prévisibles, que l'étude des comportements reproductifs a été encadrée comme un choix parmi d'autres, nécessitant certaines adaptations (Leridon, 2012). Harvey Leibenstein (1978) a posé les bases de cette approche, analysant la "demande d'enfants" à travers la théorie micro-économique de la consommation de "biens durables", qui, contrairement aux biens de consommation courante, procurent une utilité basée sur les goûts et préférences du consommateur, avec les revenus du ménage comme principale contrainte.

Ainsi, la croissance économique dans un pays n'augmente pas seulement le pouvoir d'achat des ménages, elle se répercute aussi sur le coût des enfants par effet d'augmentation du coût d'opportunité, d'où la relation négative entre revenu et la fécondité (Sindayihebura, 2023). L'augmentation de la consommation d'un bien avec le revenu dépend de son élasticité, mais la qualité du bien et la satisfaction qu'il procure jouent également un rôle (Leridon, 2012). Le coût d'un enfant peut être compensé par les services qu'il rend aux parents. L'offre d'enfants est considérée comme excédant la demande, c'est-à-dire le nombre d'enfants qu'un couple pourrait avoir sans contraception, et n'a donc pas besoin d'être quantifiée (Gallois, 2019).

Le ménage et les enfants étant considèrent dans cette approche comme une unité de production et comme des biens de consommation durable, la fécondité est donc le résultat du choix économique rationnel opère par les parents, qui doivent estimer les couts et les bénéfices de la naissance d'un enfant. La diversification des activités économiques des membres du ménage est aussi une stratégie développée pour faire face à la crise et à la pauvreté (Jean – Bosco, 2015).

D'une manière plus générale, l'approche économique a du mal à intégrer des comportements "irrationnels" tels que le désir de se reproduire ou la capacité des individus à prendre des décisions éclairées dans un contexte d'information imparfaite ou de rapports de force défavorables aux femmes (Gallois, 2019).

2.4. Revue des travaux empiriques

Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les facteurs qui peuvent influencer les décisions des femmes par rapport à l'utilisation des méthodes de contraception moderne à travers différentes approches explicatives. Ces approches font référence aux caractéristiques socioéconomiques, socioculturelles et les facteurs sanitaires contraceptifs. Elles s'appuient sur les motivations individuelles, sur les valeurs et les normes, les coutumes des sociétés africaines, favorables à une fécondité élevée, pour expliquer la faible prévalence contraceptive.

2.4.1. Facteurs économiques.

La situation économique d'un couple peut ou non faciliter son accès au centre de santé ou aux produits contraceptifs lorsque le besoin se fait ressentir (Mbakop, 2010). La pratique contraceptive dépend du niveau de vie des populations. C'est d'ailleurs ce que Nouetagni (1999) a montré en affirmant que le très faible pouvoir d'achat des pauvres annihilera toute volonté de recourir aux méthodes modernes de contraception pour inhiber leur fécondité dans le cas du Cameroun. Mbakop (2010) ajoute que dans les pays en développement, la distance à

parcourir est susceptible de constituer une barrière à l'utilisation des services de planification familiale.

L'étude réalisée par Congo sur l'analyse des données de l'enquête démographique et de sante en 2015 au Burkina Faso confirme que seulement 4 % des femmes en zone rurale utilisent les méthodes contraceptives suite à la considération de l'enfant comme main d'œuvre. Les femmes des ménages les plus riches (18,6%) ont plus recours aux méthodes modernes que les femmes des ménages les plus pauvres (2,4%) (Congo, 2015). D'après la même étude, les plus utilisatrices de la contraception moderne sont les femmes d'un meilleur niveau de vie vivant dans la capitale (39 % de ces femmes utilisent une méthode contraceptive avec 28 % pour les méthodes modernes). Celles qui en utilisent le moins sont celles qui vivent au village avec un bas niveau de vie (8 % pour la contraception de façon globale et 3 % pour les méthodes modernes) ou un niveau de vie moyen (9 % pour la contraception de façon globale et 5 % pour les méthodes modernes).

Des meilleures conditions de vie entraînent donc une forte pratique contraceptive notamment moderne, plus le niveau de vie est élevé, plus l'intention d'utiliser la contraception augmente (Tiruneh et al., 2016). En fait, Les femmes plus instruites sont généralement différentes des autres femmes à plusieurs égards. Elles sont souvent plus aisées, vivent en milieu urbain et ont plus facilement accès aux services de santé (Mbakop, 2010).

L'activité économique procure à la femme une certaine liberté et une certaine aisance dans la gestion quotidienne des tâches et des activités. Les femmes occupées par un emploi quelconque ont plus de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui n'en ont pas (Ahuja et al., 2020). Bien que de niveau faible, la pratique contraceptive de la femme burkinabé est plus élevée quand elle travaille (13 %) que lorsqu'elle ne travaille pas (9 %). Les secteurs moderne, artisanal et commercial sont les trois secteurs qui sont associés à une utilisation contraceptive accrue (respectivement 67 %, 17 % et 15 %) (Congo, 2015). En fait, Les femmes plus instruites sont généralement différentes des autres femmes à plusieurs égards. Elles sont souvent plus aisées, vivent en milieu urbain et ont plus facilement accès aux services de santé (Mbakop, 2010).

La moitié des femmes qui travaillent dans le secteur moderne (public ou privé) utilisent la contraception moderne contre 10 % et 9 % pour les commerçantes et les artisanes. Ceci se traduit dans les faits par un potentiel d'inhibition de la fécondité cumulée de l'ordre de 48 % chez les femmes du secteur moderne, 10 % chez les commerçantes et 9 % chez les artisanes.

Le contexte de pauvreté et le système productif souvent informel et inadapté à la concurrence et à la productivité ne valorisent pas les aspects qualitatifs de la reproduction (Raïmi, 2007).

2.4.2. Facteurs socio-culturels

Bodose (2014) dans une enquête menée à Miti, Bugorhe et Irhambi-Katana, trois de 8 Groupements de la partie Kabare Nord, afin de recueillir des renseignements auprès d'un échantillon de 419 personnes, soit 0,2 % de la population totale, de sexe et âge confondus, habitants de ces Groupements sur problématique de la non-intégration du planning familial et ses conséquences sur le développement des ménages dans les entités rurales de Kabare Nord. A l'issue de ces enquêtes effectuées dans ces Groupements, il ressort que plusieurs causes sont à la base du refus ou de la résistance du paysan à adopter les méthodes de planning familial, notamment les fausses croyances dictées par les responsables des églises à leurs adeptes selon lesquelles l'espacement ou la limitation des naissances qui ne sont possibles que par l'usage des méthodes appropriées est un péché mortel et une subversion à la volonté de Dieu qui veut que les hommes se multiplient et qu'ils remplissent la terre. Cela a été confirmé par 116 personnes lors de ses enquêtes soit 27,7%. Ainsi, le poids de la religion sur les adeptes freine le recours aux méthodes contraceptives modernes (Mamadou, 2021).

Dans le programme national de santé de la reproduction au Burundi, une étude sur l'ampleurs et les causes d'abandons de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familial au Burundi effectuée en Mai 2014 montre que les femmes non utilisatrices des méthodes contraceptives se trouvent plus dans la religion pentecôtiste (protestante) 80,3 %, anglicane 78,7%, catholique 69,1% et méthodiste 67,2 % alors que dans la religion musulmane, la tendance est plus mitigée 50% (Rapport du ministère de la sante publique, 2014). Les résultats obtenus par Tshiala et Ntambue (2017), montrent que 10,9% des femmes n'utilisaient pas les méthodes contraceptives modernes parce qu'elles sont interdites par leur confession religieuse sur la prévalence contraceptive moderne à Dibindi en 2017. Pour Bodose (2014), le refus de l'adoption de méthodes de planning familial se justifierait, selon la déclaration de 130 enquêtés soit 31% de l'échantillon par la sauvegarde des normes et des valeurs coutumières de certaines tribus à l'instar de la tribu Shi où l'enfant est considéré comme une source de productivité, de richesse, de la main d'œuvre. L'insouciance des mariés envers leurs épouses dont la majorité de maris ne se soucie de leurs épouses quant à ce qu'à la période où elles sont enceintes et juste quelques temps après l'accouchement. Par ailleurs 17, 6% n'utilisaient pas les MC à cause de l'opposition de leur conjoint au cours de l'enquête sur la prévalence contraceptive moderne à Dibindi en 2017

(Tshiala et Ntambue, 2017). Les résultats obtenus par Mariko et ses collègues (2009) sur l'étude rétrospective de pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006 en 2009, ont révélés que l'opposition du mari n'est mentionnée que dans seulement 9 % des cas et les interdits religieux n'ont été cités que par 5 % des femmes. Les causes liées à la mentalité archaïque et rétrograde dont lors de ses enquêtes, il a été approuvé par 26 personnes soit 6,2% de l'échantillon que les ruraux agissent le plus souvent suivant ce que leur dicte la mentalité dominée par l'ignorance conduisant au renforcement des préjugés (Bodose, 2014). La prévalence contraceptive moderne à Dibindi en 2017 était de 18,4% Près de la moitié de femmes 45,5 % ne les utilisaient pas à cause de leur désir de maternité.

Le milieu de résidence influence la pratique des méthodes contraceptives : Le milieu rural est favorable au maintien des comportements traditionnels et offre peu d'opportunités économiques tandis que le milieu urbain contribue à la modification des valeurs traditionnelles tout en imposant des contraintes pour la reproduction en raison des opportunités économiques offertes aux femmes (Mamadou, 2021). L'étude réalisée par ce même auteur sur le Statut matrimonial et non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée entre 1999 et 2018 a révélé qu'en 2018, 30,3 % des femmes urbaines utilisaient les méthodes contraceptives modernes contre 21 % des femmes rurales.

2.4.3. Facteurs sanitaires

Il faut cependant noter que la fréquentation des centres de santé peut être limitée pour de nombreuses raisons. Dans certains pays, la qualité des services oblige les gens à se détourner des points de prestations et à recourir à l'avortement. Pour d'autres, l'emploi des méthodes de régulation ainsi que les examens médicaux et les consultations exigées constituent souvent une violation des normes et de la pudeur -sexuelle (Maboa, 2002).

Les résultats obtenus par Tshiala et Ntambue (2017) sur l'étude de la prévalence contraceptive moderne à Dibindi en 2017 confirment que 16,6% avaient peur des effets secondaires des MC (pilule et contraceptifs injectables). Le programme national du PF au Benin dans une enquête menée en 2011-2012 a donné les résultats obtenus au Benin, certaines femmes arrêtent de pratiquer la contraception malgré leur désir de différer ou d'éviter une naissance.

Les raisons les plus courantes d'arrêt de la pratique moderne parmi les anciennes utilisatrices qui ne désirent pas de grossesse sont les effets secondaires (22%), le désir d'une méthode plus efficace (11%), les inconvénients de la pratique (9%) (DSEDSB, 2012).

Selon une enquête réalisée par Sheeren et al. (2015) sur la qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal en juillet 2015, seulement 18 % des clientes ont été conseillées sur les trois aspects importants de leur méthode, à savoir comment utiliser la méthode, les effets secondaires possibles et le moment auquel il faut revenir à l'établissement de santé. Parmi les 872 clientes observées et à qui on a fourni ou prescrit une méthode, moins des deux tiers (63 %) ont reçu des informations sur la façon d'utiliser la méthode, tels que le dosage et la fréquence d'utilisation, la durée de l'efficacité et l'utilisation correcte de méthodes de planification familiale naturelles telles que la méthode des jours fixes et la Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée (MAMA).

Parmi les femmes qui utilisent des pilules, des injectables, des DIU ou des implants, moins d'un tiers (29 %) ont été conseillées sur les effets secondaires de leur méthode ; 37 % ont été informées sur le moment auquel elles doivent revenir pour le suivi. Les conseils liés à la protection de la méthode contre les IST étaient encore moins fréquents. Seulement 9 % des consultations observées comprenaient une discussion sur le rôle protecteur de la méthode contre les IST, y compris le VIH. En ce qui concerne l'examen clinique, seulement 32 % des prestataires ont effectué au moins 8 des 16 procédures énumérées qui devaient être effectuées avant, pendant et après la procédure. L'offre d'un nombre élevé de méthodes modernes de planification familiale est nécessaire pour permettre au client d'avoir plusieurs possibilités, la disponibilité limitée de contraceptifs conduit à une fertilité élevée (Maboa, 2002).

2.4.4. Analphabétisme

L’instruction favorise une meilleure compréhension des messages de sensibilisation sur la contraception, l’instruction était un facteur déterminant de l’utilisation des méthodes contraceptives modernes (Ndiaye et al., 2003). Ainsi, les femmes qui souhaitent moins de 4 enfants, avec un niveau secondaire au plus, vivant en milieu urbain dont les maris ont le niveau d’instruction primaire au plus et qui travaille dans les secteurs moderne ont plus ont des comportements favorables à l’utilisation de la contraception moderne (Itangishaka et al. 2024).

Dans les pays avec de grandes différences de niveaux d'éducation, les femmes sans instruction ont, en moyenne jusqu'à 3 enfants de plus au cours de leur vie que les femmes ayant atteint un niveau d'éducation secondaire ou supérieur (Mamadou, 2021).

Une étude sur la pression foncière face à la croissance démographique au Burundi menée auprès de 355 exploitants agricoles a montré que le taux d'analphabétisme chez les enquêtés était de 42,5%, ce taux d'analphabétisme était un grand handicap sur l'utilisation des techniques culturales modernes, le planning familiale (Bonaventure et al., 2013).

Alain et al. (2013), ont montré qu'au Burundi le taux des analphabètes était de 66,5 % pour les femmes et 51,1 % pour les hommes. Les mêmes auteurs démontrent que ce taux varie aussi selon le milieu de résidence, il est plus fort en milieu rural qu'en milieu urbain avec 61,5 % en milieu rural et 29,8 % en milieu urbain. Les données de l'EDS 2010 ont montré que dans l'ensemble 45 % des femmes en âge de procréer n'ont aucun niveau d'instruction. Les résultats selon le milieu de résidence et la région font apparaitre des écarts importants. En milieu rural, 48 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction alors qu'en milieu urbain les proportions sont respectivement 16 % pour les femmes et 10 % pour les hommes (ISTEEBU, 2010). Le même EDS révèle que les résultats selon les régions mettent en évidence un écart important entre Bujumbura et les autres régions du pays. Dans les régions Ouest et Nord plus de la moitié des femmes sont sans instructions 54 % et 51 % contre 16 % à Bujumbura Mairie. Dans les pays avec de grandes différences de niveaux d'éducation, les femmes sans instruction ont, en moyenne jusqu'à 3 enfants de plus au cours de leur vie que les femmes ayant atteint un niveau d'éducation secondaire ou supérieur

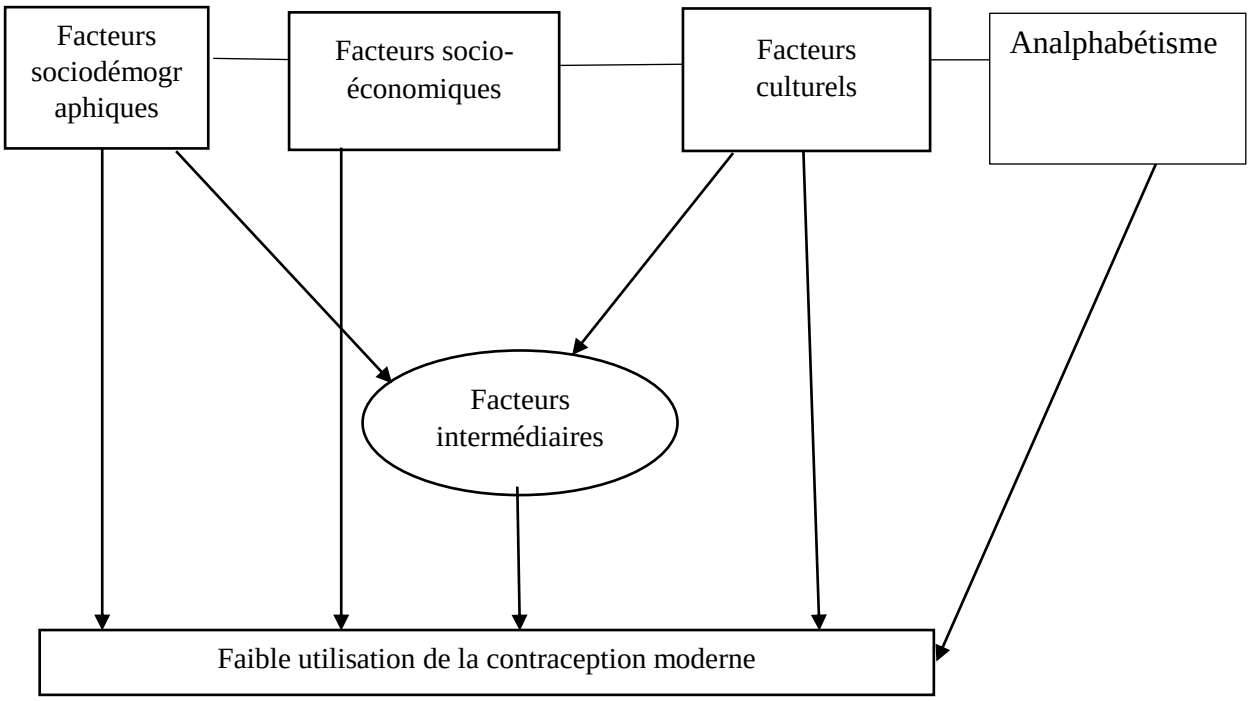
2.4.5. Cadre conceptuel et formulation de l'hypothèse

2.4.5.1. Cadre conceptuel

Pour mieux comprendre comment les différents facteurs influencent l'utilisation limitée de la contraception moderne, il est essentiel d'adopter une approche analytique. Cependant, cette méthode seule ne suffit pas.

Il est donc nécessaire de développer un cadre conceptuel qui permette de relier ces divers éléments afin d'expliquer plus précisément la séquence des mécanismes conduisant à la faible utilisation de la contraception moderne en commune Ndava.

Figure 3 : Schéma conceptuel des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la contraception moderne



Source : Auteur à partir des informations tirées de la revue de la littérature

2.4.5.2. Description du schéma conceptuel : approches définitionnelles des concepts

Facteurs sociodémographiques : Ce sont les caractéristiques de la population qui peuvent influencer l'utilisation de la contraception moderne, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital et l'urbanisation. Ces facteurs sont souvent associés à la connaissance et à l'accès aux méthodes contraceptives(Coulibaly et ali., 2020).

Facteurs socioéconomiques : Ils se réfèrent aux conditions économiques et sociales qui affectent les choix individuels et collectifs concernant la contraception. Cela inclut le revenu, l'emploi, la classe sociale et la pauvreté. Les barrières économiques peuvent limiter l'accès aux services de santé reproductive et à la contraception moderne (Mbacké, 2018).

Facteurs culturels : Ces facteurs englobent les croyances, les normes et les valeurs qui façonnent les attitudes et les comportements envers la contraception. Les traditions, les pratiques religieuses et les rôles de genre peuvent soit soutenir soit entraver l'utilisation de la contraception moderne (Coulibaly et ali., 2020).

Analphabétisme : Il constitue une violation aux droits élémentaires de l'homme au même titre que les droits à la santé à la vie ou à la liberté (Mohammed et Ahlam,2022)

Facteurs intermédiaires : Ils représentent les éléments qui agissent comme des médiateurs entre les facteurs sociodémographiques, socioéconomiques, culturels et l'utilisation de la contraception. Cela peut inclure la communication au sein du couple, la qualité des services de santé, et l'accès à l'information sur la contraception (Fuanda, 2019).

Faible utilisation de la contraception moderne : Cela décrit la situation où il y a un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par rapport au besoin potentiel. Les raisons de cette faible utilisation peuvent être multiples et complexes, incluant les facteurs mentionnés ci-dessus, ainsi que la peur des effets secondaires, le manque d'accès et les préoccupations liées à la méthode (Coulibaly et ali., 2020).

2.4.5.3. Hypothèse

Cette étude est fondée sur l'hypothèse suivante : Le manque d'information, l'interdiction religieuse, la crainte des effets secondaires des contraceptifs, le pouvoir décisionnel de l'homme, l'analphabétisme, les fausses informations sur la contraception et les contradictions socioculturelles influencent l'utilisation de la contraception moderne.

Conclusion partielle

Ce chapitre a exploré en profondeur le cadre théorique et conceptuel de notre étude. Nous avons examiné les travaux de Thomas Robert Malthus et des malthusiens, ainsi que les courants populationnistes. De plus, nous avons analysé les modèles théoriques de la planification familiale, en mettant l'accent sur les contributions anthropologiques telles que la théorie des flux de richesses de John Caldwell et les approches micro-économiques. Nous avons également passé en revue les facteurs socio-économiques, démographiques et culturels qui influencent la planification familiale. Enfin, nous avons schématisé le cadre conceptuel et l'hypothèse pour guider cette recherche. Le prochain chapitre se concentrera sur le cadre méthodologique, où nous détaillerons les méthodes et les outils que nous utiliserons pour collecter et analyser les données**.**

CHAPITRE 3: CADRE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre donne les techniques d'échantillonnage et explique très largement la méthodologie empruntée pour arriver aux résultats de notre étude. Il indique l'ensemble des techniques, des méthodes et d'outils de collecte des données et des outils d'analyse .ce chapitre nous permettra de mettre en lumière Nous allons mettre en lumiere le choix des personnes enquetées et le nombre d'entretiens réalisé ainsi que la techinique utilisée pour l'analyse des données.

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative portant sur les attitudes et les perceptions concernant la faible utilisation de la contraception moderne en commune Ndava, province de Mwaro. L'analyse qualitative est 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 (Paillé et Mucchielli, 2005)

3.2. Population cible

Selon Blanchet et Gotman (2007), définir la population cible, 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. La population cible pour cette étude est constituée par des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui sont en union, es hommes et des guides religieux âgés de 21 ans et plus résidant dans la commune de Ndava depuis plus de six mois. Pour les hommes, nous avons pris comme référence l'âge 21 ans qui est l'âge légal au mariage au Burundi pour les hommes tel que defini par le code des personnes et de la famille de 1993.

3.3. Stratégie d'échantillonnage

Dans le cadre de cette étude sur la planification familiale dans la commune Ndava, l'échantillonnage a été effectué de manière intentionnelle et stratégique, en fonction de la problématique, objectifs et buts spécifiques de la recherche. La population cible est constituée de femmes en âge de procréer qui sont en union résidant à Ndava. La diversification a été un critère clé dans la sélection des participants, afin de capturer un large spectre de perspectives et d'expériences.

La diversification externe a permis de représenter diverses situations socio-culturelles, tandis que la diversification interne a pris en compte des variables telles que l'âge, la religion et le niveau d'éducation pour assurer une variété dans les données recueillies. Chaque participant est vu comme un informateur clé, reflétant un sous-ensemble unique de valeurs et de pratiques liées à la planification familiale. A partir d'un échantillonnage de type « raisonné », à part les femmes en âge de procréer, notre choix s'est porté sur les hommes et les guides religieux de la même commune.

Les guides religieux (musulmans et chrétiens) ont exposé la version islamique et chrétienne du phénomène. Ils ont été choisis parce qu'ils sont les personnes-ressources de leurs communautés respectives.

Voici les critères d'inclusion suivants pour faire partir de notre échantillon :

❖ **Pour les femmes**

- Etre une femme en âge de procréer (15ans-49ans) qui est en union ;
- Manifester un intérêt pour participer à l'étude;
- Etre une femme utilisant ou n'utilisant pas les MCM;
- Etre une femme qui réside en commune Ndava pendant plus de 6 mois.

❖ **Pour les hommes**

- Etre un homme ayant une seule femme et résident en commune Ndava pendant plus de 6 mois;
- Avoir 21 ans et plus.

❖ **Pour les guides religieux**

- Être résidant de la commune Ndava pendant plus de 6 mois;
- Avoir une femme;
- Avoir 21 ans et plus.

3.4. Taille de l'échantillon

Dans la commune de Ndava, l'étude a ciblé des groupes spécifiques de femmes en âge de procréer et d'hommes, conformément aux critères d'inclusion définis. Selon Creswell (2007), pour une recherche phénoménologique, jusqu'à 10 entretiens peuvent être menés, ou 20 à 30 pour une théorie ancrée.

Cependant, dans notre cas, la taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des informations, moment où aucune nouvelle information ne vient compléter les catégories établies. Ainsi, l'étude a continué jusqu'à ce que la collecte d'informations supplémentaires n'apporte plus de nouvelles informations sur le sujet étudié.

Dans le cadre de notre étude qualitative sur l'utilisation des contraceptifs modernes dans la commune Ndava, il était primordial de respecter la confidentialité et l'anonymat de nos participants. Nous avons attribué à chaque participant un code unique, tel que « ND01 » pour le premier participant, « ND02 » pour le deuxième, et ainsi de suite Jusqu'au dernier ayant code de désignation « ND0N ». Le préfixe « ND » représente la commune de Ndava, suivi d'un numéro séquentiel qui garantit l'unicité du code sans révéler l'identité de la personne.

Cette méthode de codification nous a permis de discuter librement des données recueillies sans compromettre la vie privée des participantes. Il est à noter que cette approche de codification offre une double protection : elle préserve l'anonymat des participants tout en permettant aux chercheurs de maintenir une traçabilité des données pour des analyses ultérieures. Cependant, nous reconnaissons que cette méthode peut limiter la possibilité de suivre l'évolution des attitudes des participants sur une période prolongée, car les données sont dépersonnalisées.

3.5. Confidentialité des données

Dans le contexte de notre étude sur les attitudes et perceptions liées à la faible utilisation des MCM, des mesures ont été mises en place pour assurer la protection des informations fournies par les participants. Seul le chercheur principal avait la capacité de relier les transcriptions aux individus concernés. Les enquêtés sont tranquillisées que ces données sont uniquement utilisées confidentiellement dans cette recherche.

Pour faciliter la participation et maintenir la confidentialité, les entretiens se sont déroulés dans des lieux adaptés, tels que le lieu de travail ou le domicile des participants pour instaurer un climat de confiance et garantir une confidentialité absolue, offrant également la possibilité de modifier les déclarations si nécessaire.

3.6. Procédure de recrutement

Pour englober toutes les catégories pertinentes de notre population cible, nous avons collaboré avec des groupes communautaires locaux et des associations de femmes, qui sont des structures bien établies. Nous avons pris contact avec leurs représentants pour identifier les femmes en âge de procréer répondant aux critères de notre étude.

Les rencontres initiales avec les participants ont eu lieu dans des espaces communautaires, où nous avons présenté le projet de recherche et répondu à toutes leurs questions. Ces interactions ont également servi à établir une relation de confiance.

Nous avons partagé notre parcours et notre intérêt pour la planification familiale, et les participants ont été encouragées à partager leurs expériences si elles le souhaitaient. L'accueil favorable à notre démarche a été marqué par un vif intérêt pour le sujet et une volonté de contribuer activement à une recherche qui les touche directement. Nous avons souligné notre flexibilité à nous déplacer pour les discussions, qui dureraient entre 1h et 1h 30 minutes en fonction des informations partagées. La confidentialité des données a été mise en avant. Les discussions ont été planifiées en fonction des disponibilités et préférences des participants, et le recrutement s'est fait en veillant à représenter diverses perspectives au sein de la population cible.

3.7. Techniques et outils de collecte des données

En ce qui concerne les outils, les guides d'entretien individuel et d'animation de focus group ont été adressés aux femmes, aux hommes et aux guides religieux pour recueillir les informations relatives à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava.

Concernant les techniques de collecte des données, il s'agissait d'entretiens individuels pour les interviews des guides religieux et de la technique d'animation de groupe pour les femmes et les hommes. Trois guides d'entretien ont été élaborés : un guide « Religieux », un guide «Femmes en âge de se reproduire » et un guide « Hommes ».

Les verbatims ont été recueillis par la chercheuse à travers des prises de notes couplées à un enregistrement de chaque entretien ou séance au moyen d'un dictaphone. Un journal de bord a été scrupuleusement tenu. Ce dernier a servi de réceptacle pour les notes d'observation prises après chaque entretien, permettant une mémorisation précise des participants et du contexte des échanges. Le journal a été essentiel pour compiler une multitude d'informations authentiques et exhaustives, incluant les observations directes, les implications sous-jacentes, les émotions perçues, l'ambiance des entretiens, ainsi que les comportements non-verbaux tels que la gestuelle et les expressions faciales. De plus, il a constitué un outil d'introspection, où, suite à l'écoute des enregistrements des entretiens, j'ai consigné mes réflexions sur la conduite de ces derniers, identifiant les aspects à approfondir pour enrichir les données recueillies. Ces annotations ont été précieuses pour affiner les entretiens subséquents.

En phase d'analyse, le journal a permis de replacer les propos des participants dans leur contexte, facilitant ainsi une meilleure compréhension et contextualisation des données.

3.8. Déroulement de la collecte des données

Une semaine avant le début de l'enquête, nous nous sommes familiarisées à l'utilisation du guide de focus group et du guide d'entretien individuel. Avant de rencontrer les gens, nous avons d'abord rencontré les autorités politiques (l'administrateur communal, chefs de zone, les chefs collinaires) et les responsables de la santé pour les présenter notre attestation de recherche délivrée par l'Université du Burundi en commun accord avec notre Directeur de recherche. Le but était de discuter avec eux notre sujet de recherche en leur demandant l'autorisation de mener une enquête dans cette commune. La rencontre avec les autorités politiques et les responsables de la santé a été une occasion importante pour nous pour avoir une vue d'ensemble de l'état des lieux de la planification familiale en commune Ndava.

Nous avons personnellement organisé les entretiens individuels approfondis et les focus groupes avec les cibles sélectionnées. Nous sommes assistés par les chefs collinaires, un médecin de santé publique et un agent de santé communautaire. Pendant ces entretiens, nous avons recueilli des informations précieuses pour notre étude sur la planification familiale. Les données sont recueillies à base de l'enregistrement en audio MP3. Les séances d'entretien ont duré en moyenne 1 h Pour chaque séance de focus group, les échanges ont été coordonnés par au moins un modérateur et un facilitateur. La collecte s'est faite auprès des cibles précitées et a couvert la période allant du 19 au 24 Décembre 2023.

3.9. Analyse des données

3.9.1. Transcription des données

L'analyse des données pour cette étude sur la planification familiale en commune Ndava a débuté par la transcription intégrale des entretiens, afin de constituer une base de données fiable. Chaque transcription, réalisée à partir des enregistrements audios au format MP3, a été classée chronologiquement. Les transcriptions ont été effectuées mot à mot, avec une attention particulière à ne pas altérer les propos originaux des participants.

Les enregistrements ont été méticuleusement archivés. Pour préserver l'authenticité des échanges, les nuances telles que les pauses, les hésitations et les rires ont été fidèlement retranscrits, reflétant ainsi la dynamique réelle des conversations.

3.9.2. Processus de codification des données

La codification manuelle des données et leur analyse ont été enrichies par la corrélation avec les notes prises dans le journal de bord. Une grille de codification a été élaborée, intégrant les thèmes émergents des entretiens. Lors de l'analyse des transcriptions, nous avons organisé les données en unités de sens formant des thèmes et sous-thèmes significatifs, en se concentrant sur le contenu plutôt que sur la forme. Les segments de discours ont été catégorisés selon leurs caractéristiques et analogies, permettant une interprétation approfondie et contextualisée des données.

Tableau 2 : Grille d'analyse thématique

Catégorie d'Analyse	Code	Sous-Catégories	Codes	ND01	ND02	ND03	ND04	ND05	…	ND42
Perception relative à la faible utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes en commune Ndava	ND	Manque d'information	n1							
		Interdiction religieuse	n2							
		Analphabétisme	n3							
		Crainte des effets secondaires des contraceptifs	n4							
		Le pouvoir décisionnel de l'homme	n5							
		Fausses informations sur la contraception	n6							
		Contradictions socioculturelles à propos de la contraception	n7							

Source : Auteur

Dans ce tableau de la grille d'analyse thématique, nous avons la colonne pour la catégorie d'analyse qui correspond à notre sujet d'étude, le code « ND » est le code attribué à la commune Ndava, les sous-catégories sont des éléments qui sont liés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava, ils sont au nombre de 7 et ont comme code « n » d'où n1 jusqu'à n7. Le code « ND01 » désigne le premier individu et ainsi de suite jusqu'au dernier individu (ND42).

3.9.3. Interprétation des données

L'approche analytique adoptée pour notre recherche sur les attitudes et les perceptions sur la planification familiale à Ndava a impliqué l'utilisation de codes et sous-codes alignés avec les thèmes et sous-thèmes établis dans le guide d'entretien. Cette stratégie a assuré une uniformité thématique à travers les différents entretiens. De plus, les résultats trouvés sur terrain ont été confrontés avec ceux consignés dans les archives de la commune Ndava. Pour étayer les interprétations et renforcer les conclusions, des extraits significatifs des discours des participantes sur la contraception moderne ont été sélectionnés.

3.10. Considérations éthiques

Tous les participants de l'étude, y compris les guides religieux, les femmes en âge de se reproduire et les hommes, ont donné leur consentement éclairé. Ils ont reçu des informations détaillées sur la recherche, notamment les objectifs, les procédures et les avantages et inconvénients anticipés. Chaque participant a reçu un code unique pour l'identifier dans l'étude. De plus, il leur a été clairement expliqué que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment sans conséquence sur l'étude.

Conclusion partielle

Ce chapitre a détaillé le cadre méthodologique de notre étude. Nous avons examiné le type d'étude, la population d'étude, la stratégie d'échantillonnage, la taille de l'échantillon, la procédure de recrutement, les techniques et outils de collecte des données, ainsi que le déroulement de la collecte et l'analyse des données. Nous avons également mis en exergue l'importance des considérations éthiques dans notre approche de recherche. Le chapitre suivant se penchera sur les attitudes et perceptions en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons examiner en détail les résultats de notre étude. Nous commencerons par présenter les données collectées, puis nous les interpréterons à la lumière de notre cadre méthodologique. Enfin, nous engagerons une discussion approfondie sur les implications de ces résultats pour la pratique et la recherche.

4.1. Présentations des résultats

Au total, 42 personnes ont été interviewées pour cette étude. Parmi elles, 22 étaient des hommes et 20 étaient des femmes. Nous avons constitué deux groupes de discussion de 10 hommes et deux groupes de discussion de 10 femmes. En autre, nous avons mené des entretiens individuels avec deux guides religieux, l'un musulman et l'autre chrétien. Ces entretiens ont permis de recueillir des informations essentielles sur l'utilisation de la contraception moderne en commune Ndava.

4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

La population cible était constituée des hommes et des femmes dont leur âge varie entre 15 et 49 ans et 21 ans et plus respectivement. Les femmes étaient en union, Parmi les cibles de l'étude, certains n'avaient aucun niveau d'instruction, mais très peu avaient un niveau allant du cycle fondamental au cycle supérieur. L'échantillon était principalement composé d'agriculteurs, de commerçants, de fonctionnaires et d'étudiants.

À l'issue des échanges, des thématiques ont été identifiées : les perceptions relatives à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ces informations sont essentielles pour élaborer des stratégies visant à promouvoir l'utilisation de la contraception moderne tout en tenant compte des spécificités sociodémographiques des participants.

4.1.2. Perception relative à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes

Les principaux obstacles à l'utilisation de la contraception moderne exprimés par les enquêtés en commune Ndava comprennent le manque d'information complète et adéquate, l'interdiction religieuse, l'analphabétisme, la crainte des effets secondaires des contraceptifs, le pouvoir décisionnel de l'homme, les fausses informations sur la contraception et les contradictions socioculturelles. Ces facteurs entravent l'accès à des méthodes contraceptives efficaces et influencer les choix des individus.

4.1.2.1. Manque d'information complète et adéquate

Le manque d'information est un facteur clé dans la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Une femme de 34 ans partage son expérience :

> *« Jewe sinigeze numva aho bavuga iv'uburyo bwo gutandukanya imvyaro imbere y'aho ndavyumviye kwa muganga. Nibaza ko uburyo bwonyene bwo gutandukanya imvyaro ari ugutandukanya imibonano mpubabitsina » (ND01F)*
>
> [Je n'avais jamais entendu parler de méthodes contraceptives avant de les avoir évoquées à l'hôpital. Je pense que la seule façon de limiter les naissances est de séparer les rapports sexuels.]

Cette déclaration met en lumière l'ignorance générale autour des options de contraception. Dans le même ordre d'idées, une sage-femme de 42 ans *ajoute :*

> « *Beaucoup de femmes viennent ici sans savoir qu'il existe des méthodes pour contrôler leurs naissances. Elles sont souvent surprises et intéressées, mais aussi méfiantes. » (ND02F)*

Cela souligne le rôle crucial des professionnels de santé dans l'éducation des patients. Poursuivant sur cette lancée, un homme de 43 ans révèle *:*

> *« Aha mukibano ntawe ndingera numvana ivyo biyago.Abagabo co kimwe n'abagore ayo makuru ntayo dufise »* (ND01H)
>
> [Dans notre entourage, je n'ai jamais entendu parler de ces conversations. Les hommes et les femmes n'ont pas accès à cette information.]

Ce témoignage révèle les barrières culturelles qui entravent la communication ouverte sur la contraception moderne.

Une mère de 39 ans confie, elle suggère que même les méthodes bien connues ne sont pas complètement comprises.

> *« Jewe narinzi ko uburyo bwo gutandukanya imvyaro ko ari ibinini gusa ntabwo nigeze menya ko hoba hari ubundi buryo bukoreshwa maze bugashobora gutuma udasama » (ND0 3F)*
>
> [Je savais que les pilules étaient la seule méthode contraceptive existante. Je n'ai jamais su s'il y avait une autre façon utilisable et si cela pouvait vous donner l'impression que vous n'alliez pas pouvoir tomber enceinte.]

Ces résultats mettent en évidence le manque d'information comme un facteur clé dans la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les participants ont exprimé leur ignorance générale concernant ces méthodes avant de consulter un centre de santé. L'éducation sexuelle est insuffisamment abordée à l'école, et les jeunes doivent souvent chercher des informations sur internet et rare auprès des centres de santé Amis des jeunes ce qui leur santé reproductive du fait qu'ils n'ont pas suffisamment d'information en matière.

Les professionnels de santé jouent un rôle essentiel en informant les femmes sur les options de contraception, mais des barrières culturelles entravent la communication ouverte sur le sujet.

Il est donc crucial d'intégrer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires et de sensibiliser davantage la population aux différentes méthodes contraceptives, y compris les options moins connues telles que l'implant ou le DIU. Enfin, des campagnes de sensibilisation sont nécessaires pour éduquer les gens sur les méthodes contraceptives modernes.

4.1.2.2. Interdiction religieuse

L'interdiction religieuse liée à la contraception moderne est souvent perçue comme une source de maladies et d'infidélité conjugale. Un leader religieux a exprimé cette idée en déclarant :

> *« Umudamu w'umu Isilamu ntiyemerewe gukoresha uburyo bwa kijambere bwo gutandukanya imvyaro kuko burashobora kumugirako ingaruka mbi.Buratuma kandi ashobora guhera aho maze ntashobore kubaha umugabo wiwe » (ND02H)*
>
> [Une musulmane n'est pas autorisée à utiliser les méthodes contraceptives car cela peut avoir un impact négatif sur lui. Il se peut qu'elle puisse débuter par-là à ne pas respecter son mari].

Cette perspective est renforcée par le témoignage d'un homme de 35 ans qui affirme :

> *« Eeeeh,hariho abagabo benshi b'ab'isilamu batemerera abagore babo kuja kubwo buryo.Barabankira kuko idini ntiribishimikako cane.nibaza rero ko ari kubera iyo mpamvu » (ND03H)*
>
> [Il y a beaucoup d'hommes musulmans qui ne veulent pas que leurs femmes utilisent ces méthodes. Ils ne les autorisent pas parce que la religion n'est pas ouverte à ce sujet.]

En outre, l'interprétation de l'utilisation de la contraception comme un péché constitue un facteur dissuasif majeur.

Une femme de 45 ans partage cette croyance en disant :

> *« Abagore bamwe bamwe bavuga ko bashaka kuvyara abana benshi ngo kubera handitse muri koroani ko ubwo buryo bwo gutandukanya imvyaro ko ari icaha.ubwo buryo ngo bubuza kuvyara kandi bategetswe kuvyara gushika ku mwana wa nyuma ari muri bo kuko ngo ariko Imana yabitegetse. » (ND4F)*
>
> [Certaines femmes disent qu'elles veulent avoir plus d'enfants parce qu'il est écrit dans le Coran que cette méthode empêche d'avoir des enfants et qu'il est ordonné d'avoir des enfants jusqu'au dernier enfant parce que Dieu l'a ordonné.]

Les croyances religieuses ont des impacts sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Certains leaders religieux considèrent ces méthodes comme néfastes pour la santé des femmes et propices à l'infidélité conjugale.

Un leader religieux musulman a déclaré que les femmes musulmanes ne devraient pas utiliser ces méthodes, car elles pourraient avoir des conséquences néfastes sur leur santé et favoriser l'infidélité. De plus, l'interprétation de l'utilisation de la contraception comme un péché constitue un facteur dissuasif majeur. Certaines femmes préfèrent avoir de nombreux enfants conformément à leur interprétation religieuse, même si cela peut avoir des conséquences sur leur santé. En somme, les croyances religieuses jouent un rôle significatif dans les décisions concernant la contraception, et elles peuvent influencer l'accès et l'utilisation de ces méthodes.

4.1.2.3. Analphabétisme

L'analphabétisme représente un obstacle notable dans la discussion et la compréhension de la contraception. Une femme de 31 ans souligne cette difficulté *:*

> *« Biragoye kubavyeyi nkatwe tutaba twaraciye kuntebe y'ishure kuvuga ibijanye n'ubwo buryo » (ND05F)*
>
> [Il est difficile pour des parents analphabètes comme nous de parler de ces méthodes.]

Cette remarque introduit la problématique de l'éducation dans le dialogue sur la planification familiale.

Prenant le relais, un agriculteur de 43 ans confi :

> *« Sinzi gusoma ndetse sinzi n'ukwandika. nivyo vy'uburyo kijambere sinzi ivyarivyo.Mu mirima ntavyo bavugayo » (ND04H)*
>
> [Je ne sais ni lire ni écrire. Même ces méthodes modernes de contraception je ne sais rien. Dans les champs on n'en parle pas]

Sa perspective révèle le fossé entre les milieux de vie et l'accès à l'information.

Ensuite, une commerçante de 37 ans exprime son sentiment d'exclusion :

> *« Nubwo noba nshaka gukoresha agakingirizo,sinzi ako nohitamwo ukwo koba kameze » (ND06F)*
>
> [Même si je veux utiliser un préservatif, je ne sais pas quoi choisir.]

Cela met en lumière la barrière que l'analphabétisme pose dans le choix éclairé des méthodes contraceptives.

Abordant la dimension relationnelle, une mère de 29 ans partage :

> *« Umugabo wanje ntashaka kumva no mumutwe wiwe ibijanye nivyo.Avuga ko bihushanye n'imico ndundi »(ND07F)*

[Mon mari ne veut pas en parler. Il dit que c'était contraire à nos cultures]

Cette déclaration illustre comment l'analphabétisme peut renforcer les barrières culturelles.

Un enseignant de 52 ans ajoute une note d'espoir :

> *« L'éducation est essentielle. Sans savoir lire, beaucoup de mes concitoyens ne peuvent pas apprendre par eux-mêmes sur la santé reproductive*. » (ND05H)

Il souligne l'importance de l'éducation pour l'autonomisation individuelle.

Une infirmière de 42 ans reconnaît les défis pratiques :

> « *Nous essayons d'utiliser des images et des démonstrations pour expliquer, mais sans éducation de base, c'est un défi de faire comprendre l'importance de la contraception* » (ND08F)

Son témoignage met en avant les efforts pour adapter la communication aux besoins éducatifs.

Le chef de colline de 55 ans propose une solution :

> *« Turakeneye inyigisho zoza kwigishwa zijanye n'uburyo kijambere bwo gutandukanya imvyaro mu rurimi rw'ikirundi kandi zubahirije imico kandi mu buryo bworoshe kuburyo bashobora kuvyumva. » (ND06H)*
>
> [Nous avons besoins des enseignements en rapport avec la planification familiale dans notre langue et respectant notre culture mais aussi dans un langage digérable]

Il appelle à des initiatives qui respectent les réalités linguistiques et éducatives locales.

Enfin, une étudiante de 19 ans exprime son désir d'apprendre *:*

> *« Je veux apprendre, mais il n'y a pas de cours sur la santé des femmes dans notre departement. Si je ne peux pas lire, comment vais-je protéger ma santé ? » (ND9F)*

Sa voix représente l'aspiration des jeunes à une éducation qui leur permette de prendre soin de leur santé reproductive.

L'analphabétisme constitue un obstacle majeur dans la discussion et la compréhension de la contraception. Plusieurs témoignages soulignent cette difficulté. Une femme de 31 ans mentionne que les parents non scolarisés ont du mal à aborder le sujet de la contraception. Un agriculteur de 43 ans confirme qu'il ne sait ni lire ni écrire et qu'il ne comprend pas bien les informations sur la contraception. Dans les milieux ruraux, ce manque d'éducation limite l'accès à l'information. De plus, une commerçante de 37 ans exprime son sentiment d'exclusion. Elle ne saurait pas quel contraceptif choisir. Une mère de 29 ans rapporte que son mari refuse d'entendre parler de contraception, considérant cela comme contraire à leur culture. De plus, il ne comprend pas les explications données en clinique. Un enseignant de 52 ans souligne que l'éducation est essentielle.

Sans savoir lire, de nombreux concitoyens ne peuvent pas apprendre par eux-mêmes sur la santé reproductive. Une infirmière de 42 ans reconnaît les défis pratiques et met en avant les efforts pour adapter la communication aux besoins éducatifs, notamment en utilisant des images et des démonstrations.

4.1.2.4. Crainte des effets secondaires des contraceptifs

La majorité des participants exprimaient des inquiétudes concernant les effets secondaires de la contraception, craignant qu'ils ne soient permanents. Ils ont partagé leurs expériences personnelles ou celles de leurs proches. Par exemple, un homme de 53 ans a déclaré :

> *« Uburyo bwo gutandukanya imvyaro bugezweho bura fise ingaruka mbi iyo haciye igihe ku mugore kubera burashobora gutuma arwara ikindi burashobora gutuma atavyara » (ND07H).*
>
> [Les méthodes contraceptives modernes ont des effets secondaires à long terme sur une femme parce elles peuvent lui rendre malade ou stérile]

Une femme de 41 ans ajoute :

> *« Ndamaze gukoresha ubwo buryo bwo gutandukanya imvyaro rero kubwa bwo mu kwezi mbona ubutinyanka incuro zirenga imwe rero narabuhagaritse, singikoresha ubwo buryo. » (ND10F)*
>
> [J'ai déjà utilisé ces méthodes contraceptives, à cause d'elles les règles viennent plus d'une fois par moi. J'ai donc arrêté de l'utiliser]

Une autre femme de 32 ans dans ses paroles :

> *« Mu buzima bwanje sinigeze narimwe nkoresha ubwo buryo bwo gutandukanya imvyaro kuko ndazi uwabukoresheje vyaramuruhije cane kuko yagumye agira ibibazo vy'amagara,nanje nsinzigera ndabukoresha. » (ND11F)*
>
> [De ma vie, je n'ai jamais utilisé ces méthodes parce que je sais qui l'a utilisée elle a encore des problèmes de santé.]

> *« ...Ego hari ho uburyo bumwe bumwe ntohanura umuntu ngo abukoreshe ; nk'inshinge kuko ntazi ukuntu uyo muti bamuteye uzohava ugahindura imikorere y'imisemburo yiwe.Ndazi ababukoresheje ,vyatumye ivyiyumvo vyabo vya kigore bihinduka.Rimwe na rimwe barabona ubutinyanka ikindi gihe ntibabubone ubundi nabwo buza igihe bataba bavyiteze. » (Pasteur d'une confession chrétienne) (ND08H)*
>
> [… Bien sûr, il existe plusieurs méthodes que je ne peux pas conseiller à une personne d'utiliser. Comme les injectables parce que je ne sais pas comment changer ses hormones. Je connais les gens qui l'ont utilisé, elle a changé leurs sentiments. Parfois, elles voient les règles ou pas.]

Effectivement, certaines femmes ont exprimé des inquiétudes concernant les effets secondaires des contraceptifs, en particulier chez les jeunes femmes sans enfants.

Elles craignaient notamment les saignements prolongés (spotting) et les douleurs abdominales.

> *« Nama numva kenshi ko abadamu bakiri bato nka jewe nukuvuga batararonka abana ko batokoresha ubwo buryo kubw'ingaruka bushobora kuzana.Hari higihe nigeze kubukoresha ico gihe nari hafi kubona amaraso,ivyo bihe ndabishitsemwo rwaranyuzuriyeko.Namaze imisi iri hagati ya cumi n'itanu na mirongo ibiri ndi mu butinyanka.Ico gihe nakimaze mbabara umugongo be no mu nda. » (Femme de 19 ans) (ND12F)*
>
> [J'ai souvent entendu dire que les jeunes femmes comme moi n'ont pas d'enfants pour utiliser ces méthodes à cause des conséquences qu'elles peuvent provoquer. Je l'ai utilisé quand j'ai pu voir du sang, mais cela a été long à venir. J'ai paniqué pendant 15 à 20 jours. À l'époque, j'avais de graves maux de dos et des douleurs.]
>
> *« Mu vy'ukuri novuga ko umugore adafise umwana,ariko biravana ,novugako atokoresha uburyo bwo gutandukanya imvyaro kuko ni imiti ishobora kugira ingaruka ku magara zitari nzinza.Ariko mu gihe ari umupfasoni ari mu bihe vyiwe bituma akoze imibonano mpuzabitsina ashobora gusama,navyo bikaba vyotuma agira ingorane,ico gihe yokoresha uburyo kugira azosamire iyo nda mu gihe nyaco. » (Pasteur d'une confession chrétienne) (ND9H)*
>
> [Je suis sûr qu'une femme qui n'a pas de bébé, mais ça dépend, je dis qu'il ne pourrait utiliser ces méthodes parce qu'elles pourraient provoquer des conséquences mauvaises. Cependant, si une femme est dans une situation où elle a des rapports sexuels qui peuvent l'amener à avoir des rapports sexuels, ce qui peut causer des problèmes, alors elle peut utiliser une méthode pour tomber enceinte au bon moment.]

L'entretien révèle que la crainte des effets secondaires des contraceptifs est répandue parmi les participants. Certains craignent que ces effets soient permanents et puissent entraîner des maladies. Ces inquiétudes sont basées sur leurs propres expériences ou celles de leurs proches. Par exemple, un homme de 53 ans affirme que la contraception moderne peut être nocive à long terme pour la santé des femmes et entraîner l'infertilité. Une femme de 41 ans a abandonné l'utilisation de méthodes contraceptives en raison de saignements fréquents.

De plus, un pasteur d'une confession chrétienne exprime sa méfiance envers certaines méthodes, comme les injections et les implants, en raison des effets potentiels sur le système hormonal. Les jeunes femmes sans enfant sont particulièrement inquiètes des effets secondaires, notamment les saignements prolongés et les douleurs abdominales.

4.1.2.5. Pouvoir décisionnel de l'homme

La contraception moderne est un sujet complexe et souvent influencé par des facteurs socioculturels. Dans certaines communautés, les femmes mariées ressentent le besoin de demander la permission de leurs partenaires masculins avant d'utiliser des méthodes contraceptives. Voici quelques témoignages qui illustrent cette réalité :

Une femme de 35 ans a déclaré :

> *« Umugore yubatse ategerezwa kubwira umugabo wiwe ikintu cose yipfuza gukora.Rero n'imbere yuko uja ku buryo ubanza kubimubwira.Rero umugabo atavyemeye umugore wiwe ntashobora kuja ku buryo ndetse n'ubwo amagara yiwe yoba ageramiwe » (ND13F)*
>
> [Une femme mariée doit dire à son mari tout ce qu'il veut faire. Avant même de partir, vous devez le lui dire. Par conséquent, un mari qui ne consent pas à sa femme ne peut pas partir de sorte que même sa santé soit en danger]

Les hommes, quant à eux, sont conscients de leur rôle décisionnel dans le couple. Un homme de 39 ans a affirmé *:*

> *« Birashoboka ko hari abagabo babwira abagore babo ko badashobora gukoresha ubwo buryo, bakabibankira burundu » (ND10H)*
>
> [Il est possible que certains maris disent à leurs femmes qu'ils ne peuvent pas utiliser cette méthode.]

Un autre homme de 21 ans a souligné que les femmes souhaitent souvent utiliser la contraception, mais elles se heurtent aux interdictions de leurs maris :

> *« Kumvo z'uko abagabo babo babibabuza,nayubundi ho abagore bo ubwabo baba bashaka gukoresha ubwo buryo kuko burabafasha » (ND11H)*
>
> [Par cause que leurs maris les empêchent, les femmes elles-mêmes veulent utiliser ces méthodes car elle les aide.]

Malheureusement, cette dynamique de pouvoir persiste. Un homme de 47 ans a admis :

> *« Birumvikana ko umugore abanza kubibwira umugabo kuko niwe mutwe w'urugo kandi niwe ategerezwa gufata ingingo. Rero ubwo buryo ni bubi kandi ntakindi umugore arenzako » (ND12H)*
>
> [Bien sûr, une femme doit dire à son mari parce qu'il est le chef de famille. Ces méthodes, c'est pire pour une femme, pas d'autre choix pour la femme]

Enfin, un homme de 27 ans a résumé la situation en disant :

> *« N'umugabo n'umugore bafata ingingo yo gukoresha ubwo buryo,ariko umugabo niwe afise ijambo rya nyuma. » (ND13H)*
>
> [Un couple décide d'utiliser ces méthodes, mais c'est le mari qui a le dernier mot.]

Cependant, il est important de noter que certains hommes considèrent que le port du préservatif par leur partenaire est un signe d'infidélité. Un homme de 56 ans a plaisanté *:*

> *« Kuberiki ansaba gukoresha agakingirizo ? Bisigurako yoba afise uwundi mugabo hanze canke jewe noba ngwaye.Igihe nosanga yakambaye,nawene arabizi,twohita twahukana. » (ND14H)*
>
> [Pourquoi me demander d'utilise un préservatif ? Ce qui signifie qu'il a un autre homme ou que je suis malade. Si je découvrais qu'elle l'a portée, elle aussi le sait, nous divorcerions.]

Cette attitude révèle les stéréotypes et les préjugés qui persistent autour de la sexualité et de la contraception.

Les réponses recueillies mettent en évidence une dynamique de pouvoir inégale dans les décisions de contraception au sein des couples, où le consentement masculin est souvent considéré comme crucial. Cette situation peut entraver l'autonomie des femmes en matière de santé reproductive. De plus, la demande d'utilisation de préservatifs par les femmes est perçue comme suspecte et peut être interprétée comme un signe d'infidélité, ce qui peut conduire à des conséquences sévères telles que le divorce.

Ces attitudes reflètent des normes sociales et culturelles profondément ancrées qui accordent aux hommes une autorité décisionnelle prépondérante. Il est donc essentiel de promouvoir une éducation sur les droits des femmes à la contraception et la santé reproductive, ainsi que d'encourager un dialogue ouvert et équitable au sein des couples pour les décisions de contraception. Cela permettrait de reconnaître et de respecter le droit des femmes à prendre des décisions éclairées concernant leur propre corps et leur santé reproductive.

4.1.2.6. Fausses informations sur la contraception

Il est intéressant de noter que des idées fausses sur la contraception ont été relevées lors des discussions. Tant les hommes que les femmes croyaient que les contraceptifs pouvaient interférer avec la fertilité et craignaient d'utiliser ces méthodes, pensant qu'elles pourraient nuire à leur santé. Voici quelques témoignages à ce sujet :

Un homme de 41 ans a exprimé :

> *« Uburyo kijambere bwo gutandukanya imvyaro kubwanje n'umugenzo mubi kuko bushobora gushira mu kaga amagara y'umupfasoni. Nkuko imiti yose igira ingaruka nziza na mbi, ubwo buryo bwoshobora kumutera ubugumba ugasanga arapfuye atavyaye. » (ND15H)*
>
> [Les méthodes contraceptives modernes, pour moi c'est une mauvaise habitude, parce qu'elles peuvent contaminer la santé de la femme. Comme tous les médicaments ont des effets positifs et négatifs, cette méthode peut entraîner la stérilité à cette femme]

Un pasteur d'une confession chrétienne a ajouté :

> « *Les médecins mêmes conseillent que si on n'a pas eu d'enfants en général, ce ne soit pas la peine de faire de la contraception. Il faut avoir ces enfants avant de faire la contraception…* » (ND16H)

En ce qui concerne les hommes, ils considéraient souvent la contraception comme un domaine réservé exclusivement aux femmes. Un homme de 34 ans a déclaré :

> *« Aaah cane,abagore nibo botegerejwe kumenya vyinshi kuri twebwe.Twebwe abagabo uburyo tuzi kandi tumenyereye n'agakingirizo be n'uburyo kama,ariko muri rusangi ubwo buryo bwose burumvikanwako ataruko ntaco bwomara » (ND17H)*
>
> [Oui, les femmes ont besoin d'en savoir plus. En tant qu'hommes, nous connaissons les préservatifs et les méthodes traditionnelles, mais en général, toutes ces méthodes doivent être repensées sinon ça ne sert à rien.]

Enfin, la majorité des participants étaient en faveur de restrictions concernant l'utilisation des méthodes modernes. Par exemple, une femme de 27 ans a expliqué :

> *« Selon moi, il est recommandé de prendre des mesures contraceptives pendant l'allaitement, mais dès que l'enfant cesse de téter, il est préférable d'arrêter la contraception. » (ND14F)*

De même, une autre femme de 30 ans a ajouté :

> *« Kubwanje nibaza ko aruburyo bwiza ariko igihe uba utabona ubutinyanka ntiwemerewe kubukoresha,rero mu gihe usubiye kubona amaraso utipfuza gutwara iyindi mbanyi n'akaryo keza ko guca usubira kubukoresha. » (ND15F)*
>
> [*Je pense que ces méthodes sont bonnes, mais si vous ne voyez pas les règles, vous n'êtes pas autorisé à l'utiliser, donc si les règles reviennent et que vous ne voulez pas avoir une autre grossesse et une bonne occasion de l'utiliser à nouveau.*]

Enfin, un homme de 33 ans a évoqué la fidélité en disant :

> *« Kubwanje ndetse n'uko nama numva abandi bagabo bavyumva umugore arahiye burundu gukoresha uburyo bwo gutandukanya imvyaro n'umwere cane. » (ND18H)*

> [Pour moi et en se basant aux autres propos des hommes, une femme qui refuse catégoriquement ces méthodes contraceptives est fidèle].

Ces témoignages reflètent les croyances et les perceptions variées autour de la contraception, et soulignent l'importance de l'éducation et de la sensibilisation pour démystifier ces idées fausses et promouvoir l'accès à des informations précises sur la santé reproductive.

Les hommes associaient l'utilisation de contraceptifs à la prostitution et à l'escroquerie :

> *« Abagore ndetse n'abakobwa baja ku buryo benshi murabo n'ab'ikirori, baba bafise abantu benshi bahurira muvyo guhuza igitsina.Rero uca wumva ko umukobwa afise abahungu benshi baryamana ko ategerezwa kudatwara inda.Benshi murabo bakoresha ibinini kugira bashobore gusahura abantu ndetse no kwinezereza.Rero ubwo buryo butuma abakobwa n'abadamu bamwe bamwe bishora mu busambanyi no kurenga ibigo. » (Homme de 40 ans) (ND19H)*
>
> [Les femmes et les filles qui fréquentent ces méthodes, la plupart d'entre elles ont des partenaires sexuelles. Il est important de se rappeler qu'une femme qui couche avec beaucoup de garçons ne devrait pas tomber enceinte. Beaucoup utilisent les pilules pour voler et pour rendre les gens heureux. En conséquence, certaines filles et femmes sont impliquées dans la fornication et l'adultère.]

Les discussions révèlent des idées fausses répandues sur la contraception, qui sont souvent ancrées dans des croyances culturelles et sociales. Beaucoup croient à tort que les contraceptifs modernes peuvent nuire à la fertilité à long terme et sont donc réticents à les utiliser. Ces croyances sont renforcées par des déclarations selon lesquelles la contraception devrait être évitée, en particulier chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants.

De plus, il existe une perception que la contraception est principalement une affaire de femmes, avec une connaissance limitée des options parmi les hommes, à l'exception des méthodes naturelles et du préservatif. Certains participants ont également exprimé des restrictions spécifiques sur l'utilisation de méthodes modernes, basées sur des étapes de la vie telles que l'allaitement ou l'absence de menstruation. Par ailleurs, l'utilisation de contraceptifs est parfois injustement associée à la prostitution ou à l'escroquerie, ce qui stigmatise les femmes et les filles qui les utilisent. Ces fausses croyances soulignent le besoin urgent d'éducation et d'information précise pour dissiper les mythes et promouvoir une compréhension exacte de la contraception comme un droit de santé reproductive essentiel.

4.1.2.7. Contradictions socioculturelles à propos de la contraception

La sexualité et la grossesse avant le mariage étaient considérées comme interdites par la plupart des participants et les parents abordaient très peu le sujet de la sexualité avec leurs enfants en raison du poids des traditions.

Cependant, malgré ce rejet de la contraception par la société et les parents, ces derniers ne souhaitaient pas que leurs filles non mariées tombent enceintes :

Un homme de 24 ans a exprimé

> *«Ibijanye n'irondoka n'ibiyago bimeze nk'ibibujijwe.Bibwirwa gake abana ibituma umwana akura atazi ibijanye niyo ngingo bigatuma iyageze mu bigero agira imyitwarire itabereye.Nibazako igihambaye cane ko aruko twobwiza ukuri abana bacu.Rero abavyeyi bategerezwa kwama hafi y'abana babaganiriza kubijanye n'iyo ngingo. » (ND20H)*
>
> [Les conversations en rapport avec la reproduction sont presque interdites. Ce qui fait qu'un enfant grandit sans connaître son comportement. Ce qui est très important c'est dire la vérité à nos enfants. Les parents doivent rester proches de leurs enfants pour discuter ces sujets]

Un autre homme, âgé de 34 ans, a souligné *:*

> *« Indero y'abana babu iraturegeye.Nk'igihe tworerera abana bacu mu mana umwana azomenya ko igihe yubatse ko ariho azogiriranira iyo migenderanire n'umugabo canke umugore wiwe. » (ND21H)*
>
> [L'éducation de nos enfants est très mauvaise. Lorsque nous élevons nos enfants en Dieu, il saura que lorsqu'il sera marié, il aura une relation avec un homme ou sa femme.]

Cependant, malgré ce rejet de la contraception moderne par la société et les parents, ces derniers ne souhaitaient pas que leurs filles non mariées tombent enceintes. Les témoignages mettent en lumière les défis liés à l'éducation sexuelle et à la communication au sein des familles, ainsi que l'importance de briser les tabous pour mieux informer les jeunes sur la santé reproductive et la planification familiale.

4.2. Discussion des résultats

Dans les pays en développement, la contraception moderne est essentielle pour réduire la mortalité maternelle et réguler les naissances (Ali et al., 2012). Selon la Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes était de 23 % parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les raisons profondes de ce faible recours aux méthodes contraceptives sont principalement d'ordre socioculturel (Sebani et al., 2016) malgré le contexte socio-économique. Notre étude, menée dans la commune de Ndava, a mis en évidence les attitudes et les perceptions communautaires, qui doivent être prises en compte pour améliorer les comportements vis-à-vis de la contraception moderne.

L'approche qualitative nous a permis de mettre en évidence les raisons profondes de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. En effet, l'étude s'est déroulée dans la commune Ndava en province Mwaro, une zone géographiquement rurale dans laquelle les infrastructures de base (centres de santé) sont inégalement réparties.

4.2.1. Manque d'information complète et adéquate

L'étude indique que l'information sur les avantages des méthodes contraceptives et la sensibilisation à leur utilisation sont encore peu répandues au niveau communautaire. Le manque d'information complète et adéquate sur la contraception constitue une barrière fréquemment observée dans plusieurs pays en développement (Muanda et al., 2016)

Les résultats mettent aussi en évidence le manque d'information comme un facteur clé dans la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les participants ont exprimé leur ignorance générale concernant ces méthodes avant de consulter un centre de santé. Nos résultats sont semblables à ceux de Sheeren et al. (2015) qui, dans leur étude de la qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal, ont trouvé que seulement 18 % des clientes ont été conseillées sur les trois aspects importants de leur méthode, à savoir comment utiliser la méthode, les effets secondaires possibles et le moment auquel il faut revenir à l'établissement de santé.

Parmi les 872 clientes observées et à qui a été fourni ou prescrit une méthode, moins des deux tiers (63 %) ont reçu des informations sur la façon d'utiliser la méthode, tels que le dosage et la fréquence d'utilisation, la durée de l'efficacité et l'utilisation correcte de méthodes de planification familiale naturelles telles que la méthode des jours fixes et la Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée (MAMA). Parmi les femmes qui utilisent des pilules, des injectables, des DIU ou des implants, moins d'un tiers (29 %) ont été conseillées sur les effets secondaires de leur méthode ; 37 % ont été informées sur le moment auquel elles doivent revenir pour le suivi. Les conseils liés à la protection de la méthode contre les IST étaient encore moins fréquents. Seulement 9 % des consultations observées comprenaient une discussion sur le rôle protecteur de la méthode contre les IST, y compris le VIH. En ce qui concerne l'examen clinique, seulement 32 % des prestataires ont effectué au moins 8 des 16 procédures énumérées qui devaient être effectuées avant, pendant et après la procédure. Cette situation pourrait être due au fait que les programmes de planification familiale ne mettent pas suffisamment l'accent sur la sensibilisation communautaire, limitant ainsi l'accès à l'information lorsque les populations ne se rendent pas dans les centres de santé.

4.2.2. Interdiction religieuse

Dans de nombreuses communautés religieuses, l'utilisation de contraceptifs modernes est considérée comme allant à l'encontre des enseignements religieux. L'Église catholique s'oppose aux méthodes artificielles de contraception, telles que la pilule, le préservatif et le stérilet. Certains leaders religieux considèrent ces méthodes comme néfastes pour la santé des femmes et propices à l'infidélité conjugale (Oumou et al., 2021). Les chercheurs ont examiné les attitudes des fidèles et ont constaté que certaines personnes évitent les contraceptifs modernes en raison de leurs convictions. De l'étude de Bodose (2014), il ressort que plusieurs causes sont à la base du refus ou de la résistance du paysan à adopter les méthodes de planning familial, notamment les fausses croyances dictées par les responsables des églises à leurs adeptes selon lesquelles l'espacement ou la limitation des naissances qui ne sont possibles que par l'usage des méthodes appropriées est un péché mortel et une subversion à la volonté de Dieu.

Ensuite, le programme national de santé de la reproduction au Burundi, montre que les femmes non utilisatrices des méthodes contraceptives se trouvent plus dans la religion pentecôtiste (protestante) (80,3 %), anglicane (78,7%), catholique (69,1%) et méthodiste (67,2 %) alors que dans la religion musulmane, la tendance est plus mitigée (50%) (MSPLS, 2014).

Nos résultats sont aussi confirmés par les résultats obtenus par Tshiala et Ntambue (2017) dans leur étude sur la prévalence contraceptive moderne à Dibindi en 2017.Ils ont trouvé que 10,9% des femmes n'utilisaient pas les méthodes contraceptives parce qu'elles sont interdites par leurs confessions religieuses sur la prévalence contraceptive moderne.

Les études ci-haut mentionnées montrent que les croyances religieuses influencent souvent les décisions en matière de contraception. Les chercheurs ont examiné les attitudes des fidèles et ont constaté que certaines personnes évitent les contraceptifs modernes en raison de leurs convictions religieuses (Smith, 2018). Cependant, il est important de noter que les opinions religieuses varient considérablement d'une religion à l'autre et même au sein d'une même religion.

4.2.3. Analphabétisme

L'analphabétisme des partenaires, combiné à ces croyances religieuses, constitue l'une des principales barrières à l'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, l'instruction favorise une meilleure compréhension des messages de sensibilisation sur la contraception, comme le montre l'étude de Ndiaye et al. (2003) qui a révélé que l'instruction était un facteur déterminant de l'utilisation des méthodes contractives modernes (Ndiaye et al., 2003).

En effet, l'analphabétisme des partenaires, combiné à des croyances religieuses, constitue l'une des principales barrières à l'utilisation des méthodes contraceptives. L'instruction joue un rôle essentiel en favorisant une meilleure compréhension des messages de sensibilisation sur la contraception. L'étude menée par au pays Serer (Sénégal) a montré que l'instruction était un facteur déterminant de l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Il est donc crucial de promouvoir l'éducation et la sensibilisation pour surmonter ces obstacles et améliorer l'accès à la planification familiale.

4.2.4. Crainte des effets secondaires des contraceptifs

Les effets secondaires des contraceptifs modernes peuvent constituer un obstacle majeur à leur utilisation. Des études ont révélé que de nombreuses femmes craignent les effets indésirables tels que les douleurs aux seins, les troubles de l'humeur, les nausées et les saignements irréguliers (Ali et al., 2012). La crainte des effets secondaires des contraceptifs est répandue parmi les participants et constitue un obstacle à l'utilisation de ces méthodes. Nos résultats sont similaires à ceux de Tshiala et Ntambue (2017), qui ont constaté que 16,6 % des participants avaient peur des effets secondaires des méthodes contraceptives (pilule et contraceptifs injectables). Le programme national de planification familiale au Bénin, lors d'une enquête menée en 2011-2012, a révélé que les raisons les plus courantes d'arrêt de l'utilisation des contraceptifs étaient les effets secondaires (22 %), le désir d'une méthode plus efficace (11 %) et les inconvénients pratiques (9 %) (DSEDSB, 2012).

4.2.5. Pouvoir décisionnel de l'homme

Étant donné que les hommes ont souvent le pouvoir décisionnel au sein du couple, en particulier dans les sociétés patriarcales d'Afrique, des études ont montré que lorsque les décisions de l'homme et de la femme divergent, c'est la décision de l'homme qui prévaut (Locoh, 2007). La majorité des femmes en couple ont déclaré avoir toujours besoin de la permission de leurs partenaires pour utiliser la contraception, ce qui reflète la persistance des inégalités de genre (Nouhou, 2016).

Les réponses recueillies mettent en évidence une dynamique de pouvoir inégale dans les décisions de contraception au sein des couples, où le consentement masculin est souvent considéré comme crucial. Nos résultats sont semblables à ceux trouvés par Mariko et al., (2009) dans son étude rétrospective de pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali. Ils ont constaté que l'opposition du mari n'est mentionnée que dans seulement 9 % des cas (Mariko et al., 2009). Aussi, les résultats obtenus par Tshiala et Ntambue (2017) montrent que 17, 6% n'utilisaient pas les méthodes contraceptives à cause de l'opposition de leur conjoint. Bodose (2014) quant à lui souligne l'insouciance des mariés envers leurs épouses quand elles sont enceintes et juste quelques temps après l'accouchement.

En ce qui concerne le manque d'intérêt affiché par les hommes pour l'utilisation des méthodes contraceptives, cela s'explique par leur perception que ces méthodes sont exclusivement réservées aux femmes. Cette perception peut entraver leur utilisation au sein des couples. Des résultats similaires ont été obtenus par Sebbani et al., (2016) : les participants ont affirmé que la planification familiale n'était pas de la responsabilité des hommes. Malgré ces obstacles, certaines femmes font des efforts pour utiliser des contraceptifs en utilisant des stratagèmes (Onokerhoraye et Dudu, 2014).

4.2.6. Fausses informations sur la contraception

Les fausses informations concernant la contraception modernes étaient propagées non seulement par les hommes, mais aussi par les femmes. Cela signifie que dans cette commune, ils manquent de connaissances sur la contraception, ce qui affecte son utilisation. Les idées fausses sur la contraception ne sont pas le seul apanage des adolescents.

L'étude réalisée à l´Est de la RDC, a souligné les idées fausses sur certaines méthodes modernes de contraception de la part des prestataires, des utilisatrices et des membres de la communauté (Ho & Wheeler, 2018). Même dans les pays développés, les idées fausses persistent concernant l´utilisation du stérilet, particulièrement parmi les jeunes et les femmes nullipares. En dehors de ces observations, l´attitude critique des prestataires de soins et le manque de confidentialité peuvent dissuader l´utilisation de la contraception par les adolescents (Yoost, 2018).

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, nous avons examiné les caractéristiques sociodémographiques des participants et exploré leurs perceptions concernant la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava. Les facteurs tels que le manque d'information complète et adéquate, les interdictions religieuses, l'analphabétisme, la crainte des effets secondaires et le pouvoir décisionnel de l'homme ont été identifiés comme des obstacles majeurs. Pour améliorer l'utilisation des contraceptifs modernes, il est essentiel de renforcer les campagnes d'éducation, de respecter les croyances religieuses et de dissiper les mythes sur la contraception. Des recherches futures devraient approfondir ces questions et explorer des solutions adaptées à la réalité locale.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Le faible taux d'utilisation de la contraception moderne en commune Ndava, largement inférieur à la moyenne nationale, au-delà des études faites au niveau national et dans les autres milieux est un problème majeur pour le développement économique de cette région. Cette étude qualitative a pour but, d'identifier les attitudes et perceptions qui influencent la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en commune Ndava. Pour le faire, nous sommes partis d'une hypothèse : le manque d'information, l'interdiction religieuse, la crainte des effets secondaires des contraceptifs, le pouvoir décisionnel de l'homme, l'analphabétisme, les fausses idées sur la contraception et les contradictions socioculturelles influencent l'utilisation de la contraception moderne. Notre hypothèse a été testée grâce à l'entretien avec les femmes en union, les hommes mariés et les guides religieux. L'échantillon a porté sur 42 individus Parmi elles, 22 étaient des hommes et 20 étaient des femmes. Nous avons constitué deux groupes de discussion de 10 hommes et deux groupes de discussion de 10 femmes. De plus, nous avons mené des entretiens individuels avec deux guides religieux, l'un musulman et l'autre chrétien. Ces entretiens ont permis de recueillir des informations essentielles sur l'utilisation de la contraception moderne en commune Ndava.

Notre étude met en évidence les attitudes et les perceptions en défaveur de l'utilisation de la contraception moderne. Elle examine les obstacles liés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ces obstacles entravent la mise en œuvre des activités de planification familiale au niveau de la commune et dans les centres de santé.

Les résultats de cette étude révèlent que la persistance de pratiques socioculturelles, principalement le pouvoir décisionnel de l'homme aggravé par le manque d'informations contribue à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ces obstacles empêchent la mise en œuvre des activités de planification familiale au niveau familiale, communautaire et dans les centres de santé. Ainsi, les décideurs devraient accorder une plus grande attention à la planification familiale en créant un environnement favorable grâce à des politiques et des lois sur la santé sexuelle et reproductive. Les organisations non gouvernementales devraient également mener des activités de terrain, telles que des campagnes de sensibilisation basées sur des approches novatrices (comme l'éducation des maris), afin de favoriser l'utilisation de la contraception moderne.

L'étude que nous avons menée aborde un enjeu de santé publique crucial : la faible utilisation des contraceptifs modernes. En analysant des facteurs tels que le manque d'information complète et adéquate, les interdictions religieuses, l'analphabétisme et les craintes liées aux effets secondaires des contraceptifs, nous prenons en compte des aspects multidimensionnels.

Au regard de ces résultats obtenus, voici quelques recommandations pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Nous recommandons au gouvernement, aux Programmes et projets de PF et à la communauté des chercheurs de mettre en œuvre les mesures suivantes pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives modernes :

❖ Gouvernement :

- Lancer des campagnes d'information et d'éducation sur la contraception moderne.
- Former les agents de santé pour fournir des conseils complets sur les méthodes contraceptives.
- Veiller à ce que les méthodes contraceptives soient facilement accessibles dans les centres de santé.

❖ Programmes et projets de PF :

- Collaborer avec les écoles, les centres de santé et les leaders religieux pour diffuser des informations précises sur la contraception.
- Travailler avec des ONG et des organisations locales pour promouvoir la contraception moderne.

❖ Communauté des chercheurs :

- Mener des études pour comprendre les raisons spécifiques de la faible utilisation des contraceptifs modernes en commune Ndava.
- Adapter les interventions en fonction des résultats de la recherche.

En mettant en œuvre ces recommandations, le gouvernement peut contribuer à améliorer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, ce qui aura un impact positif sur la santé reproductive et la planification familiale en commune de Ndava.

Notre approche contextuelle, en se concentrant spécifiquement sur la commune Ndava, nous permettra de concevoir des interventions adaptées à cette région. La force majeure de cette étude est qu'elle a pu découvrir les facteurs influençant la faible utilisation des méthodes contraceptifs modernes en commune Ndava. Sur base de ces facteurs le gouvernement peut savoir comment il peut gérer cette question.

Cependant, il est essentiel de reconnaître certaines limites. Tout d'abord, notre échantillon est spécifique à la commune Ndava, ce qui signifie que les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. De plus, les biais de réponse peuvent influencer la validité des données, car les participants peuvent ne pas divulguer leurs croyances ou comportements réels liés à la contraception. L'outil de collecte de données utilisé, à savoir le guide de discussion de groupe et le guide d'entretien, bien qu'ils soient valides, pourraient être améliorés pour de futures études. Malgré ces limitations méthodologiques, la qualité de notre travail n'est pas remise en question. Au contraire, ces points soulignent des opportunités pour des recherches ultérieures. Enfin, étant donné que notre étude est transversale, elle ne permet pas de suivre les évolutions au fil du temps. Une approche longitudinale serait plus informative pour comprendre comment les attitudes et les perceptions évoluent dans le temps.

REFERENCES

I. Ouvrages généraux

1. Ahuja, M., Frimpong, E., Okoro, J., Wani, R., & Armel, S. (2020). Risk and protective factors for intention of contraception use among women in Ghana. Health Psychology Open, 7(2), 205510292097597. https://doi.org/10.1177/2055102920975975
2. Alain, M., Francis, N., Adeline, S. (2013). La mesure de l'analphabétisme en question. Le cas d'Afrique Subsaharienne. https://doi.org/10.4000/cres.2288
3. Ali, M. M., Cleland, J. G., Shah, I. H., & World Health Organization. (2012). Causes and consequences of contraceptive discontinuation: Evidence from 60 demographic and health surveys. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/75429
4. Arlette, G. (2004), Les politiques de planification familiale : Cinq expériences nationales, IRD, Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
5. Becker, R. (1992). Hilters Machtergreifung, (2e éd). Paris.
6. Blanchet et Gotman. (2010). L'enquête l'entretien et ses méthodes.
7. Bodose T. (2014). Problématique de la Non-intégration du planning familial et ses conséquences sur le Développement des ménage s dans les entités rurales de Kabare Nord. (C. d. Naturelles (CRSN), Ed. International journal of Innovation and Applied Studies (ISSD), 9 (2).
8. Bonaventure, M., Déo-Guide, R., Philippe, L. (2013). Pression foncière face à la croissance démographique au Burundi : enjeu et perspective pour un développement durable en province Kirundo.
9. Bras, H. L. (2013). Les trois démographies. Socio - La nouvelle revue des sciences sociales, 2, 273-290. https://doi.org/10.4000/socio.487
10. Coulibaly, M., Doukouré, D., Kouamé, J., Ayékoé, I. A., Mélèdje-Koumi, M.-D., Malik, S., Sackou-Kouakou, J., Aké, O., Tiembré, I., & Kouadio, L. (2020). Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire : Santé Publique, Vol. 32(4), 389-397. https://doi.org/10.3917/spub.204.0389
11. David, R. (1817). Des principes de l'économie politique et de l'impôt. John Murray.
12. Delandsheere. (1979). Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation (PUF). Paris.
13. Duesenberry, L.T. (1949). Formation d'habitude et ajustement des stocks dans l'analyse de la demande, PUF, Paris

14. Fargues, P. (1988). « La transition démographique africaine, bilan depuis 1950 et perspectives », Le Harmattan.
15. Henri-Panabière, G. (2018). Socialisations familiales et réussite scolaire : Des inégalités entre catégories sociales aux inégalités au sein de la fratrie. Idées économiques et sociales, 1(191), 22-31.
16. Ho, L. S., & Wheeler, E. (2018). Using Program Data to Improve Access to Family Planning and Enhance the Method Mix in Conflict-Affected Areas of the Democratic Republic of the Congo. Global Health: Science and Practice, 6(1), 161-177. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00365

II. Chapitres d'ouvrages

III. Articles de revues et colloques

1. Inzanza, N. (2001). Sexualité et progrès social : Quels fondements synergiques. Mouvements et Enjeux Sociaux, 1.
2. Itangishaka, P., Manirakiza, R., Rwenge, J., Ndayisenga, A., Toyi, A. (2024). Facteurs associes a l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union au Burundi : Tendances et changements de 1987 à 2017.
3. Lassi, Z. S., Rahim, K. A., Stavropoulos, A. M., Ryan, L. M., Tyagi, J., Adewale, B., Kurji, J., Bhaumik, S., Meherali, S., & Ali, M. (2024). Use of contraceptives, empowerment and agency of adolescent girls and young women: A systematic review and meta-analysis. BMJ Sexual & Reproductive Health, bmjsrh-2023-202151. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2023-202151
4. Leridon, H. (2015). Théories de la fécondité : Des démographes sous influence ? Population, 70(2), 331. https://doi.org/10.3917/popu.1502.0331
5. Locoh, T. (2007). Genre et sociétés en Afrique : Implications pour le développement. Les cahiers de l'Ined. Institut national d'études démographiques. Paris.
6. Maltus, T. R. (1889). Essai sur le principe de population (éd, Française).
7. Manirakiza, R. (2008). Population et développement au Burundi (l'Harmattan).
8. Mbacké, L., Mamadou, M., Faye, A., Wone, I., Sack, I., Ndiaye, P., & Tal Dia, A. (2018). Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). Santé Publique, 27(1), 107-116.
9. Michel & Fréderic. (2002). "L'impact de la croissance démographique sur le développement : Évolution d'une idée", dans Développement durable ? (IRD Éditions). 26P.

10. Mill, J.S (1946). L'univers concentrationnaire, l'Harmattan
11. Mohammed A. & Ahlam Q (2022). Revue Marocaine de l'évaluation et de la Recherche en Education/ N°7. Juin 2022
12. Muanda, M., Gahungu Ndongo, P., Taub, L. D., & Bertrand, J. T. (2016). Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC. PLOS ONE, 11(12), e0167560. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167560
13. Ndiaye, C. A. T., Delaunay, V., & Adjamagbo, A. (2003). Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Serer au Sénégal. Cahiers Santé, 13, 31-37.
14. Nouhou, A. M. (2016). Liberté reproductive et recours à la contraception : Les influences religieuse et sociale au Niger. African Population Studies. https://doi.org/10.11564/30-2-870. https://doi.org/10.11564/30-2-870
15. Onokerhoraye, A. G., & Dudu, J. E. (2017). Perception of Adolescents on the Attitudes of Providers on Their Access and Use of Reproductive Health Services in Delta State, Nigeria. Health, 09(01), 88-105. https://doi.org/10.4236/health.2017.91007
16. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (5e éd). Armand Colin.
17. Provan, C. D. (1989). The Bible and Birth Control.
18. Raïmi, F. (2007). Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle, Paris 2007
19. Sebbani, M., Adarmouch, L., Azzahiri, I., Quiddi, W., Cherkaoui, M., & Amine, M. (2016). Connaissances et comportements au regard de la santé reproductive : Enquête chez les marocains en zone rurale. Pan African Medical Journal, 25.
20. Semen, Y. (2004). La sexualité selon Jean-Paul II. Presses de la Renaissance. Paris. 240 p.
21. Sheeren, D., Fabrice, B., Nicolas, B., Benoit, G., Christophe, L., (2015). La qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal en juillet 2015.
22. Tabah, L. (1993). Les conférences mondiales sur la population, in Population et Sociétés, N° 290.
23. Tiruneh, F. N., Chuang, K.-Y., Ntenda, P. A. M., & Chuang, Y.-C. (2016). Factors associated with contraceptive use and intention to use contraceptives among married women in Ethiopia. Women & Health, 56(1), 1-22.https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074640

24. Tshiala et Ntambue (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en RDC : prévalence et barrière dans la zone de sante de Dibindi à MBUJI-MAYI. The Pan African Medical Journal.
25. Vekemans, M. &Wollast, E. (1993). Pratique et gestion de la planification dans les pays en voie de développement, Bruxelle, 1993
26. Vilquin, E. (2006). Histoire de la pensée démographique jusqu'en 1940. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, Démographie : Analyse et Synthèse : VII : Histoire des idées et politiques des populations. Ined. pp. 11-53.
27. Yoost, J. (2014). Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. Patient Préférence and Adherence, 947. https://doi.org/10.2147/PPA.S45710.

IV. Article de Magazines et Pages web

1. Caldwell, J. C. (1982). Theory of Fertility Decline, Population and Social Structure: Advances in Historical Demography. Academic Press, 458-493.
2. Gallois, N. (2019). Les mercantilistes (1450-1750) Accumuler les richesses. Sciences Humaines : Dossier : Les 100 penseurs de l'économie, Hors-Serie : Les essentiels (5). https://www.scienceshumaines.com/les-mercantilistes-1450-1750-accumuler-les-richesses_fr_40701.html#:~:text=Nicolas%20Gallois&text=Les%20penseurs%2C%20ou%20les%20États,%27exportations%20que%20d%27importations.
3. Harvey, L. (1978). General X-Efficiency Theory and Economic Development, New York,. Oxford University Press.
4. Oumou, K., McLarnon-Silk, C., Diakité, M., & Quirke, F. (2021, septembre). Leadrs religieux : Alliés pour le bien-être des jeunes et des femmes. Knowledge SUCCESS. https://knowledgesuccess.org/fr/2021/12/07/leaders-religieux-allies-pour-le-bien-etre-des-jeunes-et-des-femmes/?lang=sw
5. Père Daniel et al. (2004). Contraception et amour au naturel : Quelle est la vision de l'Eglise sur la contraception ?https://qe.catholique.org/contraception-et-amour-au-naturel/149-quelle-est-la-vision-de-l-eglise-sur-la contraception.

V. Rapports

1. ASM. (2020). Santé de reproduction en Afrique subsaharienne.
2. BCR. (2011). Recensement général de la population et de l'habitat 2008.
3. BPS Mwaro. (2023). Rapport annuel sur le taux d'utilisation des méthodes contraceptives.

4. CONGO, (2015). Analyse des données de l'enquête démographique et de sante de 1998/99. Burkinafaso. (2015).
5. ENPSF. (2018). Facteurs associés à l'utilisation de la planification familiale
6. FNUAP. (1997). Le droit de choisir : droit et sante en matière de reproduction, New York1983
7. FNUAP. (2023). Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable 2023-2027
8. INSTAT. (2001). Enquête démographique et de santé au Mali. (2001).
9. ISTEEBU. (2010). Enquête Démographique de Santé du Burundi. (2010).
10. ISTEEBU. (2017). Enquête Démographique de Santé du Burundi. (2017).
11. Mariko, S., Ayad, M., Hong, R., Keita, O., & Diop, M. (2009). Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006 (p. 31) [Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006]. CPS/DNSI et ICF Macro.
12. Ministère du Plan, (1991). Séminaire National sur la population et le développement au Burundi.
13. MSPLS. (2014). Profil sanitaire du Burundi
14. Nations Unies. (1994). Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement.
15. Nations Unies. (2004). Fertility and familly planning in Europe
16. OMS. (2011). L'efficacité des moyens contraceptifs.
17. Paul VI. (1968). Humanae Vitae : Lettre Encyclique de Sa Sainteté le Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances [Encyclique]. https://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html
18. Pie XI. (1930). Lettre encyclique du souverain pontife Pie xi sur le mariage chrétien considéré au point de vue de la condition présente, des nécessités, des erreurs et des vices de la famille et de la société.
19. PNSR. (2007). Plan National de développement de la santé reproductive
20. PNSR. (2023). Programme d'accélération de la planification familiale

UNESCO. (2011). Genre et alphabétisation : comment renforcer les capacités de recherche en Afrique

VI. Thèses et mémoires

1. Chrétien-Guillemette. K. (2007) : Les stratégies d'enseignements pour l'alphabétisation en français langue seconde des immigrants allophones adultes, Université du Québec.
2. Fuanda, M.-J. K. (2019). Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer : Cas de la zone de santé de Gombe Matadi. RIPSEC RD Congo.
3. Jean- Bosco, F. (2015). Entraide familiale et fécondité en contexte de pauvreté : le cas du Cameroun. Université de Paris.
4. Kourouma, N. (2011). Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée. Université de Montréal.
5. Kubwimana, A. (2023). Analyse de la fécondité au Burundi : Cas de la commune Muramvya, UB.
6. Maboa, N. (2002). La planification familiale au Cameroun : les facteurs limitants, Université de Yaoundé II.
7. Mamadou, S. (2021). Statut matrimonial et non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en Guinée entre 1999 et 2018, Université Bourgogne Franche-Comté.
8. Mbakop, T. (2010), Facteurs explicatifs des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes en union au Cameroun, Université de Yaoundé II.
9. Ndayisenga, C. (2005). Etude des facteurs de l'échec du planning familial : Etude menée en province de Bujumbura rural, UB.
10. Ngendabanyikwa, N. (1983). Une expérience de planning familial au Burundi : à propos de 350 consultante, UB.
11. Nicole, B. (2022). Population et questions de développement, Université de Paris.
12. Ntirandekura, P. (2022). Connaissances, perceptions et pratiques des méthodes de planification familiale : Cas de la Commune BUBANZA, UB.
13. Sarah, V. (2008). De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas, Université de Genève
14. Sindayihebura, J. F. R. (2019). Facteurs associés à la prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer au Burundi, Université de Yaoundé II.
15. Sindayihebura, J. F. R. (2023). Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi : Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union, UB

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien pour les femmes en âge de procréer en Français

Je m'appelle MUHIMUNDU Félicité j'organise cette recherche pour mon mémoire de maîtrise à l'Université du Burundi. Je voudrais vous poser des questions. J'espère que vous allez accepter d'y répondre.

D'abord, je voudrais vous renseigner sur cette recherche. Elle est conduite dans le cadre des travaux de recherche réalisés par l'Université du Burundi et vise à comprendre les attitudes et perceptions relative à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les discussions vont durer environ 1h et va couvrir les aspects liés à la faible utilisation des méthodes contraceptives en commune Ndava.

Au cas où vous acceptez de participer, vous n'avez pas à répondre aux questions avec lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment. Je voudrais aussi vous rassurer que tout ce que vous allez me répondre sera traité confidentiellement. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas y participer, SVP faites-moi le savoir maintenant.

Voulez-vous participer à l'entretien ?

1. Nom et prénom :…….

2. Age :……..

3. Sexe :……..

4. Niveau d'étude :……..

5. Quelles sont vos connaissances actuelles sur les méthodes contraceptives modernes ?

6. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? Si oui, laquelle et pourquoi ?

7. Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez concernant l'utilisation des contraceptifs ?

8. Comment percevez-vous le rôle de l'homme dans la prise de décision concernant la contraception ?

9. Quelles sont les idées fausses courantes sur la contraception dans votre communauté ?

10. Comment pourrions-nous améliorer l'information et l'accès aux contraceptifs modernes ?

Guide d'entretien pour les femmes en âge de procréer (Kirundi)

Nitwa MUHIMPUNDU Félicité ndi umunyeshure wo muri kaminuza y'u Burundi.Ndiko nkora ubu bushakashatsi kubw'igitabo ndiko ndandika kugira ngo nshobore kuronswa impamyabumenyi y'igice ca kabiri ca kaminuza kuri kaminuza y'u Burundi.Nipfuje ko tuganira kugira ngo mufashe mw'ico gikorwa,nizeyeko muja kwemera kunyishura.

Ubwa mbere nipfuje kubanza kubamenyesha ibijanye n'ubu bushakashatsi.Buriko bugirwa mu rukurikirane rw' ibikorwa bitegurwa na kaminuza y'u Burundi bikaba bigamije inyifato zituma uburyo kijambere bwo gutandukanya imvyaro budahurumbirwa muri komine ya Ndava.

Hamwe mwokwemera kwifadikanya natwe mw'iki gikorwa,ikibazo kitabanyuze canke mudatahura ntabwo muhatiwe kucishura kandi mushobora guhagarika iki gikorwa umwanya wose muza kuba mubishakiye.

Ndabijeje cane ko ivyo muza kutwishura vyose ko bizogirwa ibanga.Rero mwumve ko kuba kumwe natwe ari ugushaka kwanyu.

Mukaba mudashaka kuba kumwe natwe murafise uburenganzira bwo kubitumenyesha mw'aka kanya.

1. Amazina :…….
2. Imyaka :……..
3. Igitsina :……..
4. Amashuri mwize :……..
5. Ni ubuhe bumenyi ufise ku bijanye n'uburyo bwo gutandukanya uruvyaro muri iki gihe?
6. Woba warigeze gukoresha uburyo bwo gutandukanya imvyaro? Nimba warabukoresheje,wakoresheje ubuhe kuberiki?
7. Ni izihe nzitizi zikomeye uhura nazo ku bijanye no gutandukanya imvyaro?
8. Ubona gute uruhara rw'umugabo mu gufata ivyemezo ku bijanye n'ubwo buryo bwo gutandukanya imvyaro?
9. Ni ibihe bihuha bikunze kuvugrwa kuri ubwo buryo bwo gutandukanya imvyaro aha mu kibano iwanyu ?
10. Ni gute tworushaho kubona amakuru meza no kugira uburenganzira ku miti yo gutandukanya imvyaro ?

Annexe II : Guide d'entretien pour les hommes mariés en Français

Je m'appelle MUHIMUNDU Félicité j'organise cette recherche pour mon mémoire de maîtrise à l'Université du Burundi. Je voudrais vous poser des questions. J'espère que vous allez accepter d'y répondre.

D'abord, je voudrais vous renseigner sur cette recherche. Elle est conduite dans le cadre des travaux de recherche réalisés par l'Université du Burundi et vise à comprendre les attitudes et perceptions relative à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les discussions vont durer environ 1h et va couvrir les aspects liés à la faible utilisation des méthodes contraceptives en commune Ndava.

Au cas où vous acceptez de participer, vous n'avez pas à répondre aux questions avec lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment. Je voudrais aussi vous rassurer que tout ce que vous allez me répondre sera traité confidentiellement. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas y participer, SVP faites-moi le savoir maintenant.

Voulez-vous participer à l'entretien ?

1. Nom et prénom :…….
2. Age :……..
3. Sexe :……..
4. Niveau d'étude :……..
5. Quelles sont vos connaissances actuelles sur les méthodes contraceptives modernes ?
6. Comment percevez-vous le rôle de l'homme dans la planification familiale et la contraception?
7. Quels sont les facteurs qui influencent la décision d'utiliser ou de ne pas utiliser des contraceptifs ?
8. Quelles sont les croyances religieuses ou culturelles qui peuvent affecter l'utilisation des contraceptifs ?
9. Comment pourrions-nous encourager une communication ouverte sur la contraception au sein des couples mariés ?

Guide d'entretien pour les hommes mariés (Kirundi)

Nitwa MUHIMPUNDU Félicité ndi umunyeshure wo muri kaminuza y'u Burundi.Ndiko nkora ubu bushakashatsi kubw'igitabo ndiko ndandika kugira ngo nshobore kuronswa impamyabumenyi y'igice ca kabiri ca kaminuza kuri kaminuza y'u Burundi.Nipfuje ko tuganira kugira ngo mufashe mw'ico gikorwa,nizeyeko muja kwemera kunyishura.

Ubwa mbere nipfuje kubanza kubamenyesha ibijanye n'ubu bushakashatsi.Buriko bugirwa mu rukurikirane rw' ibikorwa bitegurwa na kaminuza y'u Burundi bikaba bigamije inyifato zituma uburyo kijambere bwo gutandukanya imvyaro budahurumbirwa muri komine ya Ndava.

Hamwe mwokwemera kwifadikanya natwe mw'iki gikorwa,ikibazo kitabanyuze canke mudatahura ntabwo muhatiwe kucishura kandi mushobora guhagarika iki gikorwa umwanya wose muza kuba mubishakiye.

Ndabijeje cane ko ivyo muza kutwishura vyose ko bizogirwa ibanga.Rero mwumve ko kuba kumwe natwe ari ugushaka kwanyu.

Mukaba mudashaka kuba kumwe natwe murafise uburenganzira bwo kubitumenyesha mw'aka kanya.

1.Amazina :…….

2.Imyaka :……..

3.Igitsina :……..

4.Amashuri mwize :……..

5.Ni ubuhe bumenyi ufise ku bijanye n'uburyo bwo gutandukanya uruvyaro muri iki gihe?

6.Ni gute womenya uruhare rw'abagabo mu gutegura no mu gutandukanya uruvyaro?

7.Ni izihe ngaruka zishobora gutuma umuntu afata ingingo yo gukoresha canke afata ingingo yo kudakoresha imiti yo gutandukanya imvyaro?

8.Ni ibihe bintu vy'idini canke umuco bishobora kugira ingaruka kw' ikoreshwa ry'imiti yo gutandukanya imvyaro?

9.Ni gute twokomeza ibiganiro ku bijanye no gutandukanya imvyaro ku bubakanye ?

Annexe III : Guide d'entretien pour les leaders religieux en Français

Je m'appelle MUHIMUNDU Félicité j'organise cette recherche pour mon mémoire de maîtrise à l'Université du Burundi. Je voudrais vous poser des questions. J'espère que vous allez accepter d'y répondre.

D'abord, je voudrais vous renseigner sur cette recherche. Elle est conduite dans le cadre des travaux de recherche réalisés par l'Université du Burundi et vise à comprendre les attitudes et perceptions relative à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Les discussions vont durer environ 1h et va couvrir les aspects liés à la faible utilisation des méthodes contraceptives en commune Ndava.

Au cas où vous acceptez de participer, vous n'avez pas à répondre aux questions avec lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise et vous pouvez arrêter l'entretien à n'importe quel moment. Je voudrais aussi vous rassurer que tout ce que vous allez me répondre sera traité confidentiellement. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas y participer, SVP faites-moi le savoir maintenant.

Voulez-vous participer à l'entretien ?

1. Nom et prénom :…….
2. Age :……..
3. Sexe :……..
4. Niveau d'étude :……..
5. Quelle est la position de votre communauté religieuse sur l'utilisation des contraceptifs ?
6. Comment abordez-vous la question de la contraception dans vos enseignements et Prédications ?
7. Quels sont les défis spécifiques que vous observez concernant l'utilisation des contraceptifs dans votre communauté ?
8. Comment pourrions-nous collaborer pour sensibiliser davantage sur la planification familiale et la santé reproductive ?

Guide d'entretien pour les leaders religieux (Kirundi)

Nitwa MUHIMPUNDU Félicité ndi umunyeshure wo muri kaminuza y'u Burundi.Ndiko nkora ubu bushakashatsi kubw'igitabo ndiko ndandika kugira ngo nshobore kuronswa impamyabumenyi y'igice ca kabiri ca kaminuza kuri kaminuza y'u Burundi.Nipfuje ko tuganira kugira ngo mufashe mw'ico gikorwa,nizeyeko muja kwemera kunyishura.

Ubwa mbere nipfuje kubanza kubamenyesha ibijanye n'ubu bushakashatsi.Buriko bugirwa mu rukurikirane rw' ibikorwa bitegurwa na kaminuza y'u Burundi bikaba bigamije inyifato zituma uburyo kijambere bwo gutandukanya imvyaro budahurumbirwa muri komine ya Ndava.

Hamwe mwokwemera kwifadikanya natwe mw'iki gikorwa,ikibazo kitabanyuze canke mudatahura ntabwo muhatiwe kucishura kandi mushobora guhagarika iki gikorwa umwanya wose muza kuba mubishakiye.

Ndabijeje cane ko ivyo muza kutwishura vyose ko bizogirwa ibanga.Rero mwumve ko kuba kumwe natwe ari ugushaka kwanyu.

Mukaba mudashaka kuba kumwe natwe murafise uburenganzira bwo kubitumenyesha mw'aka kanya.

1. Amazina :…….

2. Imyaka :……..

3. Igitsina :……..

4. Amashuri mwize :……..

5. Ni iyihe myitwarire y'idini ryanyu ku bijanye no gutandukanya imvyaro?

6. Ni gute muvuga ku kibazo co gutandukanya imvyaro munyigisho zanyu no mumasengesho mukora?

7. Ni izihe ntambamyi mubona zerekeye ikoreshwa ry'uburyo bwo gutandukanya imvyaro aha mukibano iwanyu ?

8. Ni gute twofatanya mu kumenyekanisha biboneka ibijanye no gutandukanya imvyaro ndetse n'amagara ndoragitsina ?