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

Etude socio-anthropologique de la perception du recours aux méthodes contraceptives pour la régulation des naissances au Burundi : Cas de la Commune Bukeye

Ntakarutimana, Régis

2021-10
UB, Faculté des lettres et sciences humaines
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/240

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 SOCIO-ANTHROPOLOGIE

ETUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA PERCEPTION DU RECOURS AUX METHODES CONTRACEPTIVES POUR LA REGULATION DES NAISSANCES AU BURUNDI : Cas de la Commune Bukeye

Par :

Régis NTAKARUTIMANA

Mémoire

Soutenu et défendu publiquement en vue de l'obtention d'un diplôme de maîtrise en Socio-anthropologie

---

Identification des membres du jury:

Président : Pr. Nicodème BUGWABARI

Directeur : Dr Aloys TOYI

Secrétaire : M.A Jean Berchmans NDIHOKUBWAYO

Bujumbura, octobre 2021

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président : Pr. Nicodème BUGWABARI

Directeur : Dr Aloys TOYI

Secrétaire : M.A Jean Berchmans NDIHOKUBWAYO

DEDICACE

A nos parents, pour votre soutien et votre amour, pour nous avoir fait aimer l'école ;

A notre épouse, pour nous avoir compris ;

A nos frères et sœurs, pour votre fraternité et collaboration intime ;

A tous les couples ayant la conscience d'une progéniture réfléchie.

REMERCIEMENTS

Au Directeur de mémoire, Monsieur TOYI Aloys, qui sans son apport, le travail ici présent n'aurait pas été réalisé ainsi. Vous avez fourni tant de conseils, accordé votre disponibilité et patience. Que vous sentiez ici l'expression de notre reconnaissance.

A Madame Oda, pour votre soutien matériel. Ce travail est le couronnement de votre générosité. Le moment est venu pour vous adresser nos vives reconnaissances.

A notre nièce Huguette Christie HABONIMANA, pour avoir mis à notre disposition au moment opportun l'outil de travail. Sans votre détachement, nous ne verrions pas le présent travail réalisé ainsi. Recevez nos remerciements.

A nos chers interlocuteurs (hommes et femmes), vous avez facilité avec dynamisme nos entretiens. Sans vous, notre travail n'aurait pas raison d'être. Veillez accepter ici mes sincères remerciements.

Enfin, à tous qui, sans être cité ici, sachiez que sans votre clémence et générosité, nous arriverions à faire le travail ici présent. Vos soutiens nous ont marqué durant le moment de la formation. Que vous trouviez ici l'expression de nos vives reconnaissances.

NTAKARUTIMANA Régis

RESUME

Le présent travail porte sur la planification familiale et ses méthodes connexes. Il s'agit d'abord de se rendre compte de l'actualité sur la planification familiale en générale et d'évaluer le niveau de connaissance et de pratique en matière de planning familial.

Le Burundi rejoint officiellement cette cadence depuis 1983 avec l'instauration du Bureau national de Coordination du Programme de Planification Familiale (CPPF) qui mute vers la PNSR vers les années 1997. Notre travail entre dans la logique de bien vouloir déceler les différentes perceptions que la population attribue à la planification familiale et ses mécanismes mise en place.

Pour atteindre à cette préoccupation, des objectifs nous ont aidé à fractionner notre thème jusqu'aux détails les plus possibles. La prise de conscience, la responsabilité (paternelle ou maternelle), l'usage de la raison, le dialogue et la formation assise contribuent à la bonne compréhension et intégration de la planification familiale.

Au niveau théorique et méthodologique, l'approche qualitative nous a servi des techniques de collecte de données et des informations nécessaires d'une part. D'autre part, l'individualisme méthodologique nous a servi de donner sens aux constats du terrain et à approfondir l'interprétation. En outre, la rationalisation de la vie, la médicalisation de la santé, la modélisation ainsi que l'approche socioculturelle de la planification familiale nous ont aidé à bien comprendre le rôle (et / ou la place) de la raison dans cette affaire de planification familiale (phénomène de régulation des naissances). L'analyse et l'interprétation des données nous prouvent que le phénomène de la planification familiale n'est pas compris de la même façon : plusieurs facteurs en l'occurrence socioculturelle et socioreligieux sont à la base de ces perceptions. Donc, les thèmes relatifs à la planification familiale tels qu'espacement des naissances, limitation des naissances, santé reproductive ne sont pas tenus et intériorisés au même niveau suite à un faible taux d'instruction ou d'information.

Les mots clés : Planification familiale, Régulation des naissances, santé reproductive, Méthode de régulation des naissances, Contraception, Limitation des naissances.

ABSTRACT

This Mather's thesis is about Family Planning and its related methods. It aims first of all to discover current information on family planning in general and assigns know ledge level and practices in family planning matters.

Burundi has officially joined the Family Planning Program since 1983 with the founding of the national office for the Coordination of the Family Planning Program (CPPF) which moved to the PNSR in 1997. This research tries to identify different perceptions of the population on Family Planning and its mechanisms to be put in practice.

To respond to this preoccupation, we started with objectives; these objectives have helped us to split our theme as much as possible details. Awareness responsibility (paternal and maternal), usage of the reason, dialogue, training have contributed to a good understanding and family planning integration.

Concerning theory and methodology, the qualitative approach provides us with data collection and necessary information on one hand. On the other hand, methodological individualism helps us to give meaning to ground observations and deepen interpretations. In addition, the rationalization of life, the medicalization of health, the modeling as well as the anthropological and socio-cultural approach to fertility have help us to understand well the role of reason the family planning matters.

The analysis and interpretation of data show that the phenomenon of family planning is not understood in the same way by everyone: several factors mainly socio-cultural and socio-religious are the basis of various perceptions. Therefore, the themes related to family planning such as birth spacing, birth control, reproductive health are not understood and internalized at the same level due to poor level of local people's education.

Key words: Family planning, Birth control, Reproductive health, Birth control method, Cultural context of the fertility, Contraception, Birth limitations.

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i
DEDICACE ii
REMERCIEMENTS iii
RESUME iv
ABSTRACT v
TABLE DES MATIERES vi
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES xi
LISTE DES SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES xii
AVANT-PROPOS xiii
0. INTRODUCTIONGENERALE 1
0.1. Présentation du sujet 1
0.2. Motivation et intérêt du sujet 3
0.3. Objectifs 3
0.4. Délimitation spatio-temporelle du sujet 3
0.5. Articulation du sujet 4
CHAPITRE I. ETAT DE L'ART 6
I.1. Historique de la planification familiale ou de la contraception 6
I.1.1. L 'Antiquité 8
I.1.2. La religion Chrétienne et le Moyen-âge 11
I.1.3. La Renaissance 12
I.1.4. La période contemporaine 12
I.2. Adoption de la planification familiale en Afrique 13
I.3. Adoption et historique de la planification familiale au Burundi 14
I.4. Catégorisation des méthodes de régulation des naissances 15
I.4.1. Les méthodes mécaniques ou méthodes barrières 16
I.4.2. Les méthodes chimiques contraceptives 16
I.4.3. Les méthodes chimiques contragestives 17
I.4.4. Les méthodes chirurgicales 17
I.4.5. Différentes méthodes de régulation des naissances ou de la planification familiale 18
I.4.5.1. Les méthodes naturelles 18

I.4.5.1.1. Méthode du calendrier 19
I.4.5.1.2. Méthodes de Température Basale du Corps (TBC) ou méthode thermique 19
I.4.5.1.3. Méthode de la glaire cervicale 19
I.4.5.1.4. Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) 20
I.4.5.1.5. Le retrait 20
I.4.5.1.6. Méthode d'observation des changements du col de l'utérus 20
I.4.5.1.7. Méthode sympto-thermique ou Méthode d'Auto Oservation (MAO) 21
I.4.5.1.8. La méthode des deux jours 21
I.4.5.1.9. L'abstinence provisoire 21
I.4.5.2 Les méthodes contraceptives modernes 21
I.4.5.2.1. Les pilules (ibinini) 22
I.4.5.2.2. L'injectable (urushinge) 22
I.4.5.2.3. Le stérilet (akanyuzi) et l'implant sous-cutané (akagegene) 22
I.4.5.2.4. Le condom 22
I.4.5.2.5 La vasectomie et la ligature des trompes 22
I.4.6. Urgence et nécessité de la planification familiale 23
I.5. Les obstacles ou résistances de la planification familiale 25
CHAPITRE II. APPROCHES CONTEXTUELLE, THEORIQUE ET CONCEPTUELLE 27
II.1. Contexte culturel de la fécondité 27
II.2. Théories de régulation des naissances 30
II.2.1. La rationalisation de la vie 30
II.2.2. La médicalisation de la procréation 30
II.2.3. La modélisation et l'approche socioculturelle de la planification familiale 31
II.3. Problématique 32
II.3.1. Schéma théorique et conceptuel 32
II.3.1.1. L'individualisme méthodologique 33
II.3.1.2. Les concepts clés 37
II.3.1.2.1. Planification familiale et santé de la reproduction 37
II.3.1.2.2. La contraception 40
II.3.1.2.3. Limitation des naissances 41

II.3.2. Questions de fond et hypothèse 41
II.3.2.1. Questions de fond 41
II.3.2.2. Hypothèse 41
CHAPITRE III DISCUSSIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE 42
0.1. Introduction 42
III.1. Présentation du terrain d'enquête 42
III.2. Population d'étude et échantillon 43
III.2.1. La constitution de l'échantillon 43
III.3. Méthodologie de recherche 44
III.3.1. Technique de recueil de données : entretien semi-directif 44
III.3.2. Techniques du choix des sujets: interlocuteurs 45
III.4. Les démarches de l'enquête 46
III.4.1. La pré-enquête ou l'enquête exploratoire 46
III.4.2. L'enquête proprement dite 46
III.4.3. Considérations éthiques 47
CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 48
IV.1. Présentation des résultats du terrain 48
IV.1.1. Description de la population étudiée : caractéristiques sociodémographiques et culturelles 48
IV.1.1. 1. Age et sexe 48
IV.1.1.2. Activités professionnelles 48
IV.1.1.3. Appartenance religieuse 49
IV.1.1.4. Etat matrimonial et mode de vie conjugal 49
IV.1.1.5. Taille actuelle de la famille 50
IV.1 .1.6 L'idéale de la famille et de l'intervalle d'espacement des naissances 50
IV.1.1.7. Niveau d'études 51
IV.1.2. Connaissance sur le Planning Familial 51
IV.1.2.1. Information sur le Planning familial 51
IV.1.2.2. Sources d'information sur la planification familiale 51
IV.1.2.3. Les émissions diffusées en rapport avec le Planning Familial 52
IV.1.2.4. Compréhension de la planification familiale 52

IV.1.2.5. La nécessité du planning familial 53
IV.1.2.6. Connaissance des méthodes de régulation des naissances 53
IV.1.2.7. Perceptions d'une femme sous traitement de la contraception dans un environnement local 54
IV.1.2.8. Différentes ressources/fournisseurs des méthodes de régulation des naissances 54
IV.1.3. Pratique du planning familial 55
IV.1.3.1. Etat actuel de la pratique du planning familial 55
IV.1.3.2. Les méthodes préférées 55
IV.1.3.3. L'initiative d'admission 55
IV.1.3.4. Raisons d'abandons des méthodes de régulation des naissances 55
IV.1.3.5. Les effets secondaires relevés 56
IV.2. Analyse et interprétation des données 56
IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles 57
IV.2.1.1. Age 57
IV.2.1.2. Activités professionnelles 58
IV.2.1.3. Appartenance religieuse 58
IV.2.1.4. Etat matrimonial et mode de vie conjugal 59
IV.2.1.5. Taille actuelle de la famille 59
IV.2.1.6 Niveau d'instruction 61
IV.2.1.7. L'idéal de la famille et de l'intervalle d'espacement des naissances 61
IV.2.2. Connaissance sur le Planning Familial 65
IV.2.2.1. Une population bien informée sur le Planning familial 65
IV.2.2.2. Sources variées d'information 66
IV.2.2.3. L'implication de l'Eglise en matière de procréation 67
IV.2.2.4. Qu'en est-il des centres de santé? 68
IV.2.2.5. Sources de voisinage 68
IV.2.3. Connaissance des méthodes de régulation des naissances 71
IV.2.3.1. Degrés de connaissances diversifiés 71
IV.2.3.2. Pourquoi ces différences ? 72
IV.2.3.3. Le cas des méthodes moins connues 73
IV.2.4. Différentes perceptions de la planification familiale 74

IV.2.4.1. Différentes considérations ou perceptions face à la planification familiale .. 74
IV.2.4.2. Conceptions et attitudes face à une femme admise aux méthodes contraceptives 76
IV.2.4.3. La nécessité de la planification familiale 80
IV.2.5. Pratique de la planification familiale 84
IV.2.5.1. Etat actuel de la pratique du planning familial 84
IV.2.5.2. Obstacles, résistances et raisons d'abandons de la planification familiale ... 86
CONCLUSON GENERALE 94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 96
ANNEXES 101

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

Tableau 1 : La constitution de l'échantillonnage 44
Tableau 2 : Répartition des cas selon la tranche d'âge de mariage (hormis les titulaires des centres de santé) 48
Tableau 3 : Répartition des cas selon le sexe et couple (y compris les titulaire des centres de santé) 48
Tableau 4 : Répartition des cas selon les activités professionnelles (les titulaires des centres de santé y compris)..... 49
Tableau 5 : Répartition des cas selon les appartenances religieuse 49
Tableau 6 : Répartition des cas selon l'état matrimonial 49
Tableau 7 : Répartition des cas selon le mode de vie conjugal..... 50
Tableau 8 : Répartition cas selon le nombre d'enfants : taille actuelle de la famille..... 50
Tableau 9 : Répartition des cas selon l'idéal d'enfants souhaités 50
Tableau 10 : Répartition des cas selon l'idéal d'espacement de naissance..... 51
Tableau 11 : Répartition des cas selon le niveau d'étude 51
Tableau 12 : Répartition des cas selon les sources d'information sur la planification familiale..... 52
Tableau 13 : Répartition des cas selon la compréhension de la planification familiale..... 53
Tableau 14 : Répartition des méthodes de régulation des naissances selon l'ordre de fréquence 54
Tableau 15 : Réparation des fournisseurs des méthodes de régulation des naissances selon l'ordre de fréquence..... 54
Tableau 16 : Répartition selon les méthodes de régulation des naissances préférées..... 55
Tableau 17 : Grille des émissions axées sur la promotion sanitaire à la première chaîne de la radio nationale du Burundi 70
Tableau 18 : Utilisation des méthodes de planification familiale. 72
Tableau 19 : Les effets de la contraception..... 91

Figures

Figure 1 : Schéma d'analyse des déterminants de la fécondité..... 36
Figure 2 : Panneau publicitaire comme sources d'information..... 71

LISTE DES SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

ABUBEF : Association Burundaise pour le Bien Etre Familial
Apr. J.C : Après Jésus Christ
Av. J.C : Avant Jésus Christ
CEM : Centre d'Enseignement des Métiers
CPPF : Coordination du Programme de Planification Familiale
DCEN : Direction Communale de l'Education Nationale
ECOFO : Ecole Fondamentale
EDSB : Enquête Démographique de Santé au Burundi
EPS : Education pour la Santé
FIDAF : Fédération Internationale de l'Action Familiale
Gn : Genèse
IEC : Information, Education et Communication
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MAO : Méthode d'Auto-Observation
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PF : Planification Familiale ou Planning Familial
PNSR : Programme National Santé de la Reproduction
PSA : Personne Sexuellement Active
RDC : République Démocratique du Congo
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitant
RU : Roussel-Uclaf
SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SR : Santé de la reproduction
TBC : Température Basale du Corps

AVANT-PROPOS

L'étude socio-anthropologique de la perception du recours aux méthodes contraceptives pour la régulation des naissances au Burundi constitue l'objet de notre travail de recherche. La présente thématique situe son point de départ dans l'actualité et documentation sur l'état actuel de la politique de planification familiale au Burundi. Différents intervenants (politiques, religieux, organisations gouvernementales et non gouvernementales, etc.) soulignent le bien-fondé de cette dernière. Pas mal de couples adhèrent au programme de planification familiale pour réguler les naissances. Cependant, il s'observe différentes conceptions face au recours aux méthodes contraceptives de régulation des naissances.

Le but de notre recherche était de comprendre comment les hommes et les femmes (de la commune Bukeye en particulier) perçoivent la planification familiale et ses effets. Pour y arriver, nous avons mis en évidence une méthodologie nous permettant de récolter des données nécessaires pour la compréhension de ce phénomène. L'accent est mis sur la documentation, l'enquête de terrain, l'analyse et l'interprétation des données recueillies sur terrain.

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré pas mal de contraintes dont les contraintes socioculturelles. Pour la majorité, il était difficile de répondre ouvertement à notre entretien car les éléments clés de notre guide d'entretien relèvent un caractère tabou selon la culture et la tradition burundaise. Les questions liées à la sexualité et à la vie du couple ne sont nulles parts révélées en dehors du couple. Un bon nombre de question n'a pas été répondu.

Malgré ce blocage, nous sommes parvenus à des résultats fiables. La méthodologie à laquelle nous nous sommes appuyés (l'entretien semi-directif) nous a permis de nous adapter sur terrain et enfin d'y recueillir des données grâce à son caractère compréhensif, interactionnelle et sa flexibilité.

0. INTRODUCTIONGENERALE

0.1. Présentation du sujet

La planification familiale est l'une des préoccupations du gouvernement pour le bien-être de la population. En effet, les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)[1] de 2008 estime la population du Burundi à 8.05 millions d'habitants (8 053 574 d'habitants). Les statistiques montrent que cette population a doublée en 29 ans entre le premier recensement et le dernier recensement. Par conséquent, si l'accroissement de la démographie suivait ce rythme, le Burundi pourrait compter 10.2 millions d'habitats en 2018 et 11.5 million d'habitants en 2023 selon les mêmes sources.

Selon l'Enquête Démographique de Santé du Burundi (EDSB)[2] de 2010, chaque femme donne naissance en moyenne à 6.4 enfants durant sa vie féconde. Les écarts varient selon les régions où le nombre moyen d'enfant par femme varie d'un minimum de 4.2 enfant en milieu urbain contre 7.1 enfants par femme en milieu rural. Les facteurs socioculturels sont à l'origine du taux élevé selon les experts de la fécondité. Certes, « *les comportements des Burundais en matière de sexualité, de mariage et de procréation ont été et sont encore déterminés par les normes et les valeurs traditionnelles, dans un contexte de faible prévalence contraceptive*»[3]. Ainsi, pour faire face à la problématique de la population galopante, le Burundi comme les autres pays du monde entier, fait la sienne la politique de la planification familiale. Le gouvernement, les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les confessions religieuses, etc. sont sensibles à ce sujet. Ils sont à l'œuvre pour la sensibilisation.

Les données statistiques du planning familial effectuées en 1997 par l'Eglise catholique du Burundi, montrent que pas mal de gens (couples) emploient les contraceptifs pour espacer les naissances[4]. Or, selon cette même source, très peu de couples utilisent les méthodes naturelles.

[1] Les résultats du RGPH ont été publiés officiellement par le décret n°100/55 du 5 avril 2010.Voir République du Burundi-Ministère de l'intérieur-, *Recensement général de la population et de l'habitant du Burundi,* Bureau central du recensement, Bujumbura, 2011 disponible en ligne sur www.isteebu.bi visité le 21/05/201.

[2]République du Burundi, *Pan d'accélération de la planification familiale 2015-2020*. Disponible en ligne sur www.planning familial.org consulté le 28/5/2021.

[3]www.jimbere.org consulté le 22/05/2021.

[4]M-J NYANDURUKO, « L'Association d'Action Familiale est déjà à l'œuvre à Gitega », *Vivons en église* (Bulletin de la Conférence des Evêques Catholiques du Burundi), n°7-8, Gitega, 1998, pp. 239-241. Cité In I-M.

Ceci a poussé l'Eglise catholique de s'engager pour la promotion de la planification familiale naturelle dans sa mission de la pastorale familiale. Celle-ci traite de façon rigoureuse cette question sous l'égide de la morale chrétienne sociale : le respect de la loi naturelle.

Le personnel de santé public a aussi mis son attention sur cette question dans les programmes de santé mère-enfant, la santé reproductive et la planification familiale. Notre passage sur terrain nous a fait relever quelques problèmes majeurs pouvant ralentir, voir freiner cette politique : le manque d'information suffisante et la gestion des effets secondaires, les rumeurs qui sèment la désinformation, etc. Cependant, certains de nos interlocuteurs nous ont avoué qu'ils sont sous traitement de certaines méthodes. Les statistiques montrent que par mois, selon les rapports des centres de santé (commune sanitaire de Bukeye), 135 à 170 patients sont accueillis dans le service de planning familial dont les « nouvelles acceptantes » et les « renouvelantes » répondant aux rendez-vous du médecin[5]. Par contre, par l'an, [paroisse Bukeye], 46 couples sont admis au programme de planification familiale naturelle contre 22 couples déclarés autonomes après six mois de formation[6].

Sur le plan national, selon le bilan de 2018 du Programme National de la Santé Reproductive (PNSR), le taux d'adhésion aux méthodes de planification familiale [les méthodes contraceptives modernes] a passé de 42% en 2016 à 35% en 2018[7]. Dans cette même optique, l'Association Burundaise pour le Bien-être Familiale (ABUBEF) enregistre pour l'exercice de 2016 plus de 21 mille clientes au cours du premier semestre de cette même année dont plus de 7 mille âgées de moins de 25 ans. En 2018, plus de 41 mille clientes ont adhéré aux méthodes contraceptives[8]. Toutefois, il ressort des uns et des autres, que les méthodes de régulation des naissances sont perçues de façon différente selon des raisons multiples.

KAZINA, « Propositions pour une pastorale familiale inculturée au Burundi », *Au cœur de l'Afrique*, 1-2, pp 139-175.

[5] Ces données sont les résultats issus de notre exploration où nous nous sommes entretenus avec les titulaires des centres de santé.

[6] Bureau diocésain de la pastorale familiale de l'archidiocèse de Bujumbura. Les données de références sont de trois années précédentes : 2018, 2019 et 2020. Pour l'année pastorale de 2018, 41 couples sont admis au programme de la planification familiale naturelle contre 17 couples déclarés autonome après la formation. L'année pastorale 2019, 50 couples admis au programme de la planification familiale naturelle contre 22 couples déclarés autonomes. L'année pastorale 2020, 47 couples admis au programme de la planification familiale naturelle contre 27 couples déclarés autonomes.

[7] https://www.iwacu-burundi.org consulté le 28/ 5/ 2021.

[8] https://www.iwacu-burundi.org consulté le 28/ 5/ 2021.

Le présent travail, focalise son attention sur différentes perceptions et attitudes attribuées aux méthodes de régulation des naissances dites méthodes contraceptives. Ces dernières soulèvent des controverses liées à la conception et à la mentalité socioculturelle face à la progéniture nombreuse mise en cause.

0.2. Motivation et intérêt du sujet

Différentes controverses émanant d'un débat politique au sujet de l'urgence et la nécessité d'une loi pour la limitation des naissances[9] au Burundi marquent l'origine et les motivations de nos préoccupations autours de ce sujet : la planification familiale. Ces débats et controverses visent à : repenser l'éducation de la jeunesse pour espérer à un résultat à long terme dans la planification familiale (le Ministre de l'intérieur), la mise en place d'une commission d'enquête afin de se rendre compte de l'état de la question et voir si la loi de limitation des naissances peut ou ne peut pas être mise en place (le Ministre des affaires sociales) et privilégier une bonne politique de santé reproductive; notamment en éduquant et en augmentant la gamme des produits contraceptifs pour enfin arriver à réguler les naissance (le Ministre de la santé publique et de la lutte contre le SIDA)[10]. Donc, par cette recherche, nous voulons comprendre les différentes conceptions et avis données à ce programme et ses effets appropriés de la part de la population (de la commune Bukeye en particulier).

0.3. Objectifs

Nous trouvons intérêt d'exploiter ce sujet pour plusieurs raisons :

1. Comprendre comment les femmes et les hommes perçoivent la planification familiale et les stratégies mises en œuvre pour y réussir ;
2. Mettre en considération les effets sociologiques émanant de ces méthodes dans la vie ordinaire dans les ménages ;
3. Evaluer le niveau de connaissance et de pratique en matière de planning familial.

0.4. Délimitation spatio-temporelle du sujet

Pour essayer de trouver des réponses aux différentes préoccupations mentionnées, nous nous sommes proposé de prendre un temps suffisant auprès des différentes femmes et hommes afin de recueillir des informations à propos de cette question.

[9] Il s'agissait d'une intervention des trois ministres burundais invités dans le parlement nationale pour une séance parlementaire autour du thème de la limitation des naissances du 6 juin 2019. Disponible en ligne sur http://burundi-new.org *Des députes pour une loi de régulation des naissances*, consulté le 4/7/2020.
[10] http://burundi-new.org *Des députes pour une loi de régulation des naissances*, consulté le 4/7/2020.

Quelques raisons nous ont poussées à préférer la commune Bukeye comme lieu d'enquête : la commune Bukeye est parmi les communes les plus peuplées de la province de Muramvya (la deuxième après la commune.

Muramvya avec 66090 habitants en 2008 [11] et 93 407 habitants en 2021 [12]) avec une dynamique de fécondation assez remarquable : une population la plus jeune[13]. Sa population est d'ailleurs pour la plupart moins instruite et vit aussi une vie moyennement faible. Plus encore, dans la plus part des cas, malgré le taux d'instruction moyennement faible, la population qui campe au centre, parmi elle, la majorité de nos interlocuteurs, est de plus en plus mieux informée de ladite politique de la part des sources diverses. Elle est aussi confrontée aux contraintes majeures telles que le chômage (les jeunes), la vie chère, le coût élevé des soins de santé, les contraintes socioéconomiques qui sont des moteurs de la politique de la planification familiale.

Nous comptons faire notre recherche en se basant sur les données du moment, au préalable, nous sommes partis des données officielles (recensement 2008) pour bien situer notre champ d'enquête. L'enquête de terrain couvre la période du mois d'avril au mois de juin de l'an 2021.

0.5. Articulation du sujet

Notre travail va couvrir quatre chapitres. Le premier chapitre nous renvoie dans l'histoire pour nous mettre au courant de l'historique du phénomène de la planification familiale et de son évolution dans le temps. Il est aussi question des différentes méthodes de régulation des naissances, de la nécessité de la planification familiale voir ses obstacles et ses résistances. Le second chapitre va nous permettre de nous rendre compte du contexte culturel de la fécondité. Différentes notions relatives à la planification familiale vont être aussi détaillées afin de nous mettre dans l'aubin de notre problématique ainsi que de l'hypothèse qui fait partie des éléments de ce chapitre. Le chapitre suivant renvoie à la méthodologie mise en place pour aboutir aux meilleurs résultats. Et enfin le dernier (le quatrième) chapitre va être consacré à la présentation et l'interprétation des résultats recueillis. Ce chapitre va répondre aux questions centrales de notre travail.

[11]République du Burundi-Ministère de l'intérieur, *Recensement général de la population et de l'habitant du Burundi*, Bureau central du recensement, Bujumbura 2011. Disponible en ligne sur www.isteebu.bi visité le 21/05/201.
[12] Secrétariat de la commune de Bukeye.
[13]www.isteebu.bi,

Nous sommes conscient que notre sujet est très sensible et recouvre pas mal d'aspects, mais pour notre cas, nous nous sommes bornés uniquement sur une étude socio-anthropologique de la perception des méthodes de régulation des naissances. En plus, la sensibilisation nous semblerait nécessaire chez les conjoints, et en générale tout le monde face à la fécondité. Il ne nous appartient pas d'autres aspects qui peuvent être liés à ce sujet.

CHAPITRE I. ETAT DE L'ART

Le présent chapitre s'articule en trois grands moments. Le premier moment part de l'historique et l'évolution de la planification familiale, l'adoption de la planification familiale en Afrique et au Burundi. Quant au deuxième moment, il est question des méthodes de régulation des naissances tandis que le troisième consiste aux obstacles et résistances de la planification familiale.

I.1. Historique de la planification familiale ou de la contraception

La contraception, autrement dit le désir de contrôler ou de limiter les naissances a existé depuis l'antiquité. Des diverses inventions et pratiques sont caractérisées toutes les périodes de l'histoire afin de limiter ou d'espacer les naissances. En guise d'exemple, en Afrique, des méthodes contraceptives sont pratiquées depuis la nuit des temps : « *la séparation prolongée d'avec la femme, de l'utilisation des bagues préparées, de l'emploi de la ceinture magique et de la prise de certaines potion buvables* »[14].

Le contrôle de la fécondité se faisait par différentes méthodes. On se servait dans le monde entier, en particulier en Afrique d'un grand nombre de plantes et d'autres substances pour favoriser, nuire ou empêcher la conception[15]. Toutes ces pratiques concernaient chez les femmes que chez les hommes pour l'unique finalité de rendre la femme ou l'homme temporairement infertile voir aussi la stérilisation définitive. Les inquiétudes relevées d'elles, sont quelques fois la non certitude de leur fiabilité, leur non scientificité et le caractère magique de certaines parmi elles d'où le constant d'un problème majeur, selon OMS en matière de leur efficacité. Cependant, depuis la nuit des temps, le contrôle de la fécondité s'est fait par l'utilisation des plantes indigènes préparées de différentes manières. L'OMS rassemble selon ses documentations sur l'Afrique uniquement, 500 plantes et substances différents à l'usage en tant que contraceptifs et abortifs et bien d'autres méthodes pour espacer des naissances. Il s'agit par exemple de : (1) l'huile extraite des graines de *Buchholzia macrophylla* utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les menstruations ; (2) de nombreuses plantes pour stimules l'écoulement du lait maternel consommées soit sous forme de tisanes comme *l'Osyris wigh-tiana* au Kenya, soit passées sur les seins comme les feuilles de *l'Hibiscus surattensis* en Tanzanie ; (3) des plantes servaient de spermicides comme la

[14] T. AKOHA, *Fécondité et régulation des naissances*, Editions Amour et Vie, [Bénin], 2017, pp. 42-43.
[15] H-F. WILLIAM et al. *Planification familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique*, CDC, Atlanta, 1985, p.22.

Saponaria officinalis ou l'*Enterolobium cyclocarpum* utilisés en Egypte, ou de contraceptifs comme le Sphaeranthus *cythuloides* en Tanzanie et le *Parinari excelsa* en Guinée ; (4) le *Combretodendron africanun* pour empêcher la nidation utilisée en Côte d'Ivoire ; (5) la continence et la lactation pour la grande partie de l'Afrique ; (6) l'allaitement maternel ; (6) la séparation périodique ; (7) la polygamie constitue comme moyen important dans la planification familiale : en ayant plus d'une femme, elle renforce la continence en fournissant au mari une autre partenaire sexuelle pour empêcher que les relations sexuelles soient prématurées avec la femme qui venait d'avoir l'enfant ; (8) le coït interrompu ou le retrait pour la libération des tensions sexuelles ; (9) la circoncision des femmes (l'excision) ; une pratique ayant pour effet de limiter les désirs des femmes de s'adonner aux rapports sexuels d'où son effet sur la fécondité[16].

Particulièrement pour le Burundi traditionnel, des chercheurs convergent sur certains procédés traditionnels comme moyens contraceptifs et abortifs. Les plus connus sont de deux sortes selon l'enquête de Juan NAVAS: (1) les pratiques magiques, telles qu'incantation, pose d'amulette ou d'autres objets magiques ; et (2) l'utilisation de certains produits réputés à caractère contraceptifs ou abortifs tels que « umuravumba » (moshosma) ou « umubirizi » (vernomia amygdalina)[17].

Ces pratiques et ses procédés, poursuivent les chercheurs, sont surtout connus des anciens. Ils ne sont communiqués aux jeunes qu'en cas de nécessité (jeune fille enceinte). Même si l'intéressée y a recours, elle n'a généralement pas accès au secret ni à la nature du remède utilisé.

Bref, la contraception ou le contrôle de la fécondité fut une question d'actualité au cours du temps. Des différentes méthodes contraceptives ont marqué par ailleurs les grandes périodes et/ou courants de l'histoire[18].

[16] *Ibid*. pp.22-23.
[17] J. NAVAS et al. , *Famille et fécondité au Burundi. Enquête sociologique*, Centre de Recherche Socioreligieuse de l'Episcopat du Burundi, la Faculté des Sciences Economiques et Administrative de l'Université du Burundi et Presse Lavigerie, Bujumbura, 1977, p. 77.
[18] P. LACHAMBRE, *Représentation et ressentis des femmes à propos de leur contraception de nos jours*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Université de Limoges, novembre 2019, p.25, disponible en ligne:http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/12441905-6d58-4240-be10-1ec44632b254/blobhlder :0 Consulté le 4/11/2020.

I.1.1. L 'Antiquité

Depuis l'antiquité, différents courants contraceptifs ont été appliqués en fonction des croyances, des régions du monde, de la démographie, etc. « *De nombreux papyri médicaux prouvent que la contraception était déjà pratiquée à cette époque, notamment chez les prostituées (pour lesquelles une grossesse aurait été une entrave à leur activité professionnelle), pour les filles non mariées ou encore pour des motifs médicaux* »[19]. Certaines découvertes égyptiennes rapporteraient pour d'autres raisons Ramsès[20] (1304-1213 av. J-C) qui, pour limiter la surpopulation et les risques de famine, aurait distribué à la population des contraceptifs. Pour ce fait, plusieurs moyens contraceptifs auraient été utilisés à cette époque[21] :

- Les premiers préservatifs masculins auraient été confectionnés à cette époque, en Egypte, avec des intestins de petits animaux : « *Une statuette égyptienne vieille de 6000 ans montre déjà un égyptien muni d'un étui anti-contraceptif et affirme que le préservatif aurait été utilisé 6000 ans av. J.C. Le Roi de Crète Minos aurait utilisé un sachet en vessie de chèvre en 1500 av. J.C*»[22].
- Dans le papyrus de Kahun (qui est un des plus anciens traités de médecine connus, qui date d'environ 2000 ans av. J.C) ; on retrouve la préparation suivante : « *Des épines d'acacia finement broyées, mélangées à des dattes et du miel et étendues sur un tampon de fibre introduit profondément dans le vagin*»[23]. Plus récemment, la recherche biologique aurait d'ailleurs montré que les épines d'acacia renferment une sorte de latex qui s'enrichit en acide lactique au fur et à mesure du processus de fermentation et c'est cet acide qui entre dans la composition de certains spermicides modernes.
- Le papyrus d'Ebers[24] (qui est un des traités médicaux de cette époque : date du XVI^{e} siècle av. J.C) décrit plusieurs recettes contraceptives composées d'excréments de crocodile, de natron (roche cristalline), de miel et de gomme arabique (aujourd'hui utilisée comme épaississant alimentaire).

[19] *Ibid*. p. 26.
[20] http://fr.m.wikipedia.org/wiki/contr%C3%B4le_des_naissances consulté le 2/11/2020
[21] P. LACHAMBRE, *Op.cit.,* p. 26.
[22] http://leroidelacapote.com/history.php
[23] http://fr.m.wikipedia.org/wiki/contr%C3%B4le_des_naissances consulté le 5/11/2020.
[24] http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Papyrus_Ebers consulté le 5/11/2020.

- De plus, sans connaître le rôle des hormones dans la fécondation, les Egyptiens avaient déjà pensé à une contraception orale en proposant aux femmes de prendre des graines de grenades moulues mélangées à de la cire. La grenade contiendrait des œstrogènes. De la grenade, les chercheurs auraient découvert d'ici la première contraception orale hormonale.

  Ailleurs, dans la Grèce antique comme le montre Parménide au IV^{e} siècle av. J.C, la théorie de la conception était l'une des théories dominantes. Selon lui, « *les hommes comme les femmes produisent de la semence* »[25]. C'est aux environ à cette période que date des découvertes sur le cycle menstruel de la femme. Des explications sur ce dernier sont élaborées par le médecin Soranos d'Ephèse (II^{e} siècle apr. J.C) selon lesquelles il met l'accent sur la fertilité et le désire de la femme pour concevoir :

  > De même que toute saison n'est pas propre pour faire pousser les semailles, de même aussi tout mouvement n'est pas favorable à la semence projetée dans l'utérus par les rapprochements sexuels (…). Le meilleur pour la conception est celui de la cessation de l'écoulement menstruel, les femmes sont alors portées vers l'acte vénérien et le désirent (…) La conception peut avoir lieu à d'autres moments, quand les femmes le désirent vraiment, car de même qu'il ne peut se faire d'éjaculation chez les hommes sans excitation vénérienne, il ne peut se faire aussi que les femmes conçoivent sans désir[26].

Cependant, pour lutter contre la surpopulation, quelques mesures sont mis sur place pour limiter les naissances : le recul de l'âge du mariage pour l'homme et la femme afin, pour cette dernière surtout, de limiter le nombre d'années pendant lesquelles elle est fertile. Platon et Aristote ont défendu cette idée de limiter les naissances en cas de surpopulation de la cité, non seulement sur cette mesure, et bien d'autres. Platon avait perçu le problème de la démographie galopante et limite la population à un chiffre qu'il compte indépassable de cinq mille quarante. Les magistrats ont pour rôle d'assurer le respect de cette mesure pour maintenir l'équilibre de la population. Quant à lui, Aristote fixa l'âge du mariage à trente-sept ans pour les hommes et dix-huit ans pour les femmes avec proposition d'un nombre d'enfants indépassables pour chaque famille. C'est ainsi que si une femme devient enceinte après avoir atteint le nombre fixé, il faudra que l'enfant soit détruit avant d'avoir vu le jour[27].

[25] P. LACHAMBRE, *Op.cit.* p.26.
[26] *Ibid*. p.27.
[27] T. MALTHUS, *Essai sur le principe de population*, Éditions Gonthier, Paris 1963, pp.29-30. (Collection : Bibliothèque Médiations. (Préface et traduction par le docteur Pierre Theil), réalisée par Jean-Marie Tremblay).

Il faut retenir que, pour Platon que le mariage et la procréation sont des affaires de l'Etat et soient harmonisés pour garantir l'équilibre de la société. Quelques mesures sont par conséquent établies : l'adoption du mariage par les magistrats avant d'avoir lié, la procréation dirigée et d'une loi délimitant l'âge de procréer pour l'homme que pour la femme. Ainsi donc, pour Platon :

> Pour ce qui est du nombre des mariages, nous laisseront aux magistrats le soin de le régler de telle sorte qu'ils maintiennent le même nombre d'homme (…) et que notre cité, dans la mesure du possible ne s'agrandisse pas, ni ne diminue (…), la procréation des enfants devrait se faire à la fleur de l'âge : la durée moyenne de la fleur de l'âge est de vingt ans pour la femme et trente ans pour l'homme. La femme enfantera pour la cité de sa vingtième à sa quarantième année. L'homme engendrera pour la cité jusqu'à cinquante-cinq ans[28] .

Passé outre ces mesures, pour un vieux ou un jeune, et se mêler de l'œuvre commune de génération [la procréation], le sujet est déclaré « *coupable d'impureté et d'injustice* »[29] puisque une pareille naissance sera le fruit de l'ombre et de la terrible incontinence, les enfants fruits de ce genre de mariage ne seront favorisés ni de la nature, ni de la fortune, cela donne lieu par conséquent à une génération moins activée qui, partout où elle se rencontre engendre toujours « *la guerre et la haine* »[30].

Les romains employaient différentes techniques pour réguler ou limiter les naissances : le coït interrompu pour les hommes et l'allaitement maternel pour les femmes (des découvertes montrent que l'allaitement arrêtait l'ovulation d'où chez les grecs les femmes n'hésitaient pas à prolonger cette période), aussi que le calcul des cycles menstruels pour connaître leur période de fécondité[31].

Dans un traité de botanique intitulé *De materia medica* Dioscoride (I ^{er} siècle apr. J.C) énumère de nombreuses nouvelles recettes contraceptives : breuvage à base d'écorce d'aubépine, de feuilles de lierre, de saule et de peuplier. Les baies de genièvre permettaient une stérilité temporaire si elles étaient placées sur le pénis ou sur la vulve. Il préconise aussi l'utilisation de suppositoires à la menthe et au miel avant le rapport et un pessaire poivré, de la pommade à base d'excréments de crocodile, aux huiles de figue dans le vagin après le

[28] Platon, *La République*, trad. Par R. BACCOU, Garnier-Flammarion, paris, 1966, pp. 214-215.
[29] *Ibid.* p.215.
[30] *Ibid*. p.306.
[31] Ces différentes méthodes sont classées actuellement parmi les méthodes de planification familiales naturelles pour certains auteurs malgré quelques divergences surtout sur le coït interrompu dite méthode traditionnelle. Voir T.AKOHA, *Op.ci*t. et T. MIBURO, *Disciples de la nature*, Gitega, 2012.

rapport[32]. Il est aussi recommandé [pour Aristote] d'utiliser les feuilles de saule comme contraceptif. Pour éviter la fécondation, certains écrits préconiseraient aux femmes de sauter plusieurs fois après le rapport sexuel pour faire sortir un produit composé de glaire et de sperme, et ou la douche vaginal à l'eau froide pour tuer le sperme, etc. « *En cas d'échec de ces techniques, ils n'hésitent pas à utiliser l'avortement voire l'infanticide* »[33].

La contraception est aussi pratiquée chez les hébreux malgré qu'elle soit autorisée pour certains cas et pour une durée définie pour cause de santé de la femme (lors de la pratique habituelle de la polygamie). Les araméennes utilisaient le « moukh **»**, qui est une éponge que l'on place dans le vagin pour empêcher le sperme d'atteindre l'utérus[34].

I.1.2. La religion Chrétienne et le Moyen-âge

L'arrivée de la religion chrétienne marque un tournant majeur dans la mentalité. Dès le I er siècle l'Eglise [Catholique] prônait l'abstinence sexuelle et condamne toute pratique contre nature de la sexualité. Pour condamner l'usage de tout moyen contraceptif et coït**,** elle se fonde sur l'anecdote biblique d'Onan[35] selon laquelle, Onan fut condamné par Dieu, après avoir refusé d'assurer la postérité selon la tradition juive. L'Eglise considère les femmes ayant recours à une quelconque méthode contraceptive, comme poussées par l'avarice et le désir et ces dernières se font des prostituées selon Saint Augustin[36]. Cependant, en dépits de l'influence de la religion au Moyen-âge, la pratique de la contraception n'est pas absente. Des matrones accoucheuses participent au contrôle des naissances, elles sont accusées d'utiliser les maleficium[37] qui sont en quelques sortes des moyens contraceptifs accompagnés de la magie [la sorcellerie] : boire à telle fontaine, cracher trois fois dans la bouche d'une grenouille, se faire une ceinture avec des poils d'oreilles de mulet (animal stérile), ou boire son urine, ou encore réaliser des talismans avec ses oreilles ou ses testicules, etc.[38] Le progrès de la science et de la connaissance contribue à l'expertise de l'avortement et l'infanticide.

[32] P. LACHAMBRE, *Op.cit.*, p. 27.
[33] *Ibid*.
[34] *Ibid.*, p.28.
[35] Selon le commentaire de *La Bible de Jérusalem,* Dieu condamna à la fois l'égoïsme d'Onan et sa faute contre la loi naturelle et donc divine du mariage. Gn 38,4-46.
[36] P. LACHAMBRE, *Op.cit.* 28.
[37] Mot latin signifiant « méfiant » ou « malice », utilisé pour désigner la magie malveillante, dangereuse, nuisible. Ce terme s'applique à tout geste magique destiné à causer du tort à une personne ou à provoquer sa mort, aussi s'applique à tout geste destiné à détruire ou abîmer des objets.
[38] P. LACHAMBRE, *Op.cit.* p.29.

I.1.3. La Renaissance

La Renaissance est caractérisée par le début des grandes découvertes des différentes méthodes contraceptives. Ainsi donc, *« il faut attendre le XVI^e siècle, pour qu'apparaissent les premiers préservatifs à but contraceptif*»[39].

D'autres découvertes ont marqué cette période : « *on expérimente aussi différentes injections intra vaginales, on parle alors d'étreintes réservées et de manœuvres post-coïtales(…). En 1677, les premiers spermicides voient le jour* »[40]. En plus, c'est en 1775, que John Hunter pratiquait la première vasectomie[41].

I.1.4. La période contemporaine

Cette période est marquée par des multiples découvertes des méthodes contraceptives (naturelles ou artificielles) telles qu'elles sont connues actuellement. Les années 1803-1880 sont dominées par le courant malthusien. Selon Thomas Malthus, la misère[42] de la population pourrait être résolue par la limitation des naissances pour un équilibre et la survie de la population. Malthus proposa quelques conseils : se marier tardivement, pratiquer la continence conjugale et une absence de relation sexuelle en dehors du mariage, qui par conséquent donnent naissance au courant néomalthusien, qui se développera dans les années 1880 dans les pays anglo-saxons[43]. Ce courant a le même objectif mais avec des moyens différents : par exemple, l'utilisation du diaphragme et d'autres moyens contraceptifs du genre[44].

[39] *Ibid*. Pour plus d'information sur le préservatif, son historique, utilité et efficacité, rendez-vous sur : http://www.leroidelacapote.com/history.php

[40] *Ibid*.

[41] T. AKOHA, *Fécondité et régulation des naissances*, Edition Amour et vie, [Bénin], 2017, pp, 39-40. La vasectomie et la ligature des trompes sont classes parmi les méthodes contraceptives chirurgicales. « La vasectomie est la coupure du canal déférent, voie normal d'acheminement du sperme vers le vagin de la femme. Le canal n'existant pas, le liquide n'a plus d'issue». Par contre, « la ligature des trompes est la section où le ligotage des trompes dans lesquelles le spermatozoïde de l'homme rencontre ordinairement l'ovule de la femme pour la fécondation».

[42] T-R MALTHUS, *Essai sur le principe de population* (Préface et traduction par le docteur Pierre Theil). Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, Disponible en ligne sur : http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques. Voir aussi P. LACHAMBRE, *Op.cit.*, p. 33.

[43] P. LACHAMBRE, *Op.cit*. p. 30.

[44] *Ibid*.

Différentes découvertes marquent le XX^{e} siècle dont le stérilet (1928), la pilule (1930), le dispositif intra-utérin (1959), l'implant cutané (1993), la contraception d'urgence (1999)[45].

I.2. Adoption de la planification familiale en Afrique

C'est en 1974 lors de la conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest au cours de laquelle les gouvernements africains étaient convaincus que la meilleure pilule, c'est le développement [46] . L'autorité ecclésiastique africaine ne tourne pas le don à cette préoccupation. Vue son importance et son urgence elle revisite le message pontificale sur la famille et la paternité responsable de 1968 (*Encyclique Humanae Vitae* voir aussi *familaris consortio* sur les contraceptifs) qui, à sa sortie, était vue à moindre considération pour l'Afrique. Lors du synode sur la famille en 1980, l'Episcopat africain met l'attention sur la planification familiale et la paternité responsable, en s'appropriant du dit encyclique qui, à sa sortie ne semblait pas intéresser pour l'Afrique[47].

Lors de la conférence sur la démographie africaine en 1984, la majorité des gouvernements de l'Afrique subsaharienne admettaient l'importance d'une action volontaire pour maîtriser la croissance démographique. Au cours de cette conférence, ils adhèrent aux politiques de population visant à assurer un contrôle accru de la fécondité afin de favoriser le ralentissement de la croissance démographique. Il s'agit de l'adoption d'une déclaration de *Kilimandjaro* lors d'une conférence tenue à Arusha, en Janvier de cette même année. Cette déclaration prédétermine la prise de position des pays africains à la 2^{e} conférence mondiale de population de Mexico au cours de la même année[48].

Les années 1990, correspond pour l'Afrique, à la campagne proprement dit de l'espacement des naissances : distribution des contraceptifs et la publicité à travers les médias. En plus des propagandes et publicités des moyens contraceptifs disponibles pour l'espacement des naissances, intervient pour la première fois, un autre volet couvrant le programme de planification familiale sous le concept de *santé de la reproduction*[49]. C'était donc au cours de la Conférence internationale sur le développement tenu au Caire en 1994 qui marque une

[45] *Ibid*. p. 31.
[46] P. RUTAYISIRE, « Réalité socioculturelles africaines : questions posées à l'enseignement de l'église sur la famille », *Au cœur de l'Afrique*, vol. LX n° 2-3, pp.275-334, Les Presses Lavigerie, Bujumbura, 1992, p. 315.
[47] *Ibid*. p.316.
[48] T. LOCOH, « Famille dans la crise et politique de population en Afrique subsaharienne », *Politique Africaine n° 44 : Politique de population*, KARTHALA, Paris, 1999, p.80.
[49] P. RUTAYISIRE, *Op.cit.* p.316.

rupture dans la manière d'aborder la fécondité et la régulation des naissances en introduisant le concept de santé de la reproduction. Celle-ci donne la possibilité pour tous, femmes et hommes, d'avoir une sexualité sans danger, de se reproduire ou non, en ayant le nombre d'enfant souhaités, au moment voulu et sans danger pour la mère et l'enfant[50] d'où le paradigme de *santé mère-enfant* ou *santé de la reproduction*, non seulement pour la régulation des naissances, mais aussi pour l'accès libre à l'information et aux services pour exercer ce droit. En 1998, est organisé par l'Union pour l'Etude scientifique de la population[51] [au Caire], le colloque sur le rôle des hommes dans la santé de la reproduction sous le thème la *place des hommes dans la santé de la reproduction*.

I.3. Adoption et historique de la planification familiale au Burundi

Le Burundi incarne depuis 1983[52], la politique de la planification familiale. Pour cet effet, un bureau national de Coordination du Programme de Planification Familiale (CPPF) fut mis en place en 1987[53]. Ce bureau fut adopté officiellement en 1991 par le décret n° 100/010 du 17/1/ 1991. Plus tard, en 1997, le CPPF est devenu le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR). Ainsi, le décret n° 100/033 du 30/3/1999 réaffirme officiellement cette mutation [CPPF en PNSR][54]. Le PNSR depuis sa création, est devenu la référence nationale de toutes les activités en rapport avec la santé de la reproduction.

En outre, afin d'atteindre les objectifs de la Vision 2025 présenté le 21 juillet 2011 par le président de la République, le Burundi instaure une politique volontariste de maîtrise de la démographie[55]. Cette vision est adoptée en unanimité ensemble avec les confessions religieuses, la société civile et les organisations nationales et internationales. Le lancement de la présente politique met l'accent sur l'accès à l'information, l'éducation sur le planning familial et la santé reproductive. Pour cet effet, cette volonté de faire relève à la problématique de la démographie galopante a conduit le gouvernement burundais à adopter le

[50] A. ANDRO et al. « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?* Vol 52, *Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et Les Presses Po.,* 2009, p. 4.
[51] *Ibid*. p. 5.
[52] République du Burundi, *Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi,* Ministère de la santé publique et de lutter contre le Sida- PNSR, Bujumbura, 2014, p.4.
[53] *Ibid.*
[54] République du Burundi, *Plan d'accélération de la planification familiale 2015-2020,* p. 25 Disponible en ligne sur : PlandactionPF_Burundi_Final.compressed.pdf (familyplanning2020.org) Consulté le 28/5/2021.
[55] http://www.iwacu-burundi.org/*les huit piliers de la vision du Burundi 2025* consulté le 28/5/2021.

19 octobre 2011, une déclaration de politique démographique nationale ayant l'objectif de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de la qualité de la vie[56].

En plus, l'autorité burundaise confirme son engagement en exprimant dans le cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté du 1er décembre 2011 sa volonté d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, en particulier la planification familiale par le renforcement des techniques afin de maîtriser la fécondité. Par la suite, le pays s'est doté en février 2013, d'un plan stratégique révisé couvrant la période de 2013-2015 au niveau de la composante planification familiale[57]. C'est ainsi que le gouvernement a posé des actes concrets en faveur de la planification familiale : un environnement favorable à la planification familiale, l'offre des services de planification familiale, le financement de la planification familiale et le suivi-évaluation. Pour la troisième stratégie par exemple le financement, il s'agit de mettre l'accent sur la mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du plan d'accélération de la planification familiale qui comprend les activités y relatives :

1. Identifier d'autres bailleurs potentiels pour le financement de la planification familiale en générale et pour l'achat des contraceptifs en particulier,
2. Organiser une table ronde de mobilisation des ressources pour financement du plan 2015-2020,
3. Impliquer les compagnies privées dans le financement des campagnes sur la planification familiale au travers des moyens attractifs de mobilisation de ressources (publicité)[58].

I.4. Catégorisation des méthodes de régulation des naissances

Dans la partie précédente, nous avons distingué deux volets de la planification familiale: la planification familiale naturelle et la planification familiale moderne. Celles-ci se distinguent sur base des méthodes desquelles, elles mettent en exercice.

En effet, «*les méthodes naturelles sont celles qui sont inscrites directement dans la nature de la femme et dont l'observation intelligente permet de faciliter l'avènement ou le report d'une nouvelle vie* »[59]. C'est-à-dire, elles déterminent par conséquent la période féconde ou inféconde pour la femme.

[56] République du Burundi, *Plan d'accélération de la planification familiale 2015-2020,* p.4. Disponible en ligne sur : PlandactionPF_Burundi_Final.compressed.pdf (familyplanning2020.org) Consulté le 28/5/2021.
[57] *Ibid*. p. 9.
[58] *Ibid.* p.14.
[59] T. AKOHA, *Op.cit.* 2017, p.1.

Le commun de toutes ces méthodes ci-dessous est la continence ou l'abstinence sexuelle pour une période fixe, lorsque le couple veut éviter une grossesse. Au contraire, les méthodes modernes, sont dites artificielles pour deux raisons : d'abord « *parce qu'elles ne respectent pas les déterminants naturels existant déjà dans le cycle féminin de la femme pour l'espacement des naissances* »[60]. Ensuite, « *parce qu'elles sont produites par le génie scientifique qui, après des recherches méthodiques, en est venu à mettre en place des éléments chimiques ou mécaniques pour entraver la fécondité* »[61].

Tenant compte de l'évolution de ces méthodes, deux aspects sont à retenir en elles à savoir l'aspect contraceptif et celui contragestive puisqu'elles donnent lieu à plusieurs pratiques différentes selon la catégorie des méthodes : les méthodes mécaniques, les méthodes chimiques contraceptives, les méthodes chimiques contragestives, l'avortement légal, les méthodes chirurgicales[62].

I.4.1. Les méthodes mécaniques ou méthodes barrières

Leurs utilisations constituent une sorte de barrière et empêche toute rencontre entre l'ovule de la femme et le spermatozoïde de l'homme. Elles sont entre autres le préservatif masculin ou féminin, le stérilet et le diaphragme vaginal. Ce dernier se diffère de ces deux autres du fait qu'il a une dimension double c'est-à-dire la dimension contraceptive en réduisant la mobilité et la vitalité des spermatozoïdes ainsi que les cellules reproductrice de la femme. Et la dimension contragestive en empêchant toute nidation ce qui ne les sont pas ces autres[63].

I.4.2. Les méthodes chimiques contraceptives

Ces méthodes utilisent des procédés chimiques pour détruire les spermatozoïdes d'un homme et rendre inféconde la femme pour une période déterminée. Elles sont entre autres : (1) le spermicide, substance chimique qui, introduit dans l'appareil génitale de la femme pour rendre inactif ou détruire les spermatozoïdes ; (2) les pilules orales, comprimés dont la prise est quotidienne, avec une indication à respecter rigoureusement. Elles ont pour effet principal de bloquer l'ovulation ; (3) la pilule de veille, comprimé ayant pour effet de bloquer la fécondation pendant 24heures. Son usage recommande de la prendre trois heures avant les rapports sexuels ; (4) l'implant sous-cutané, petit bâtonnet, plus petite qu'une buchette d'allumette, placé sous la peau du bras et émet

[60] *Ibid*. p. 23.
[61] *Ibid*. 24.
[62] *Ibid*. pp. 25-35.
[63] *Ibid*. pp. 25-28.

des hormones perturbatrices qui bloquent l'ovulation, épaisses la glaire cervicale contre le passage des spermatozoïdes et amincissent l'endomètre ; (5) le patch, fixé sur le bras, l'estomac, le ventre ou les fesses une fois par semaine pour bouleverser le cycle ovarien de la femme ; (6) la piqûre trimestrielle, une injection intramusculaire qui fait tous les trois mois contenant une dose hormonale pour embrouiller le cycle féminin[64].

I.4.3. Les méthodes chimiques contragestives

Ce sont des méthodes ayant pour l'unique finalité de détruire l'œuf fécondé. Premièrement, la pilule du lendemain ou contraception d'urgence, ou encore contraception post coïtale, comprimé qu'on prend juste après l'acte sexuelle à risque pour éviter la grossesse. Elle empêche les ovaires de libérer un ovule qui pourrait être fécondé par un spermatozoïde. Cependant, si une grossesse intervient avant son utilisation, elle empêche la nidation de l'œuf dans l'utérus en modifiant la composition de la paroi et par conséquent, l'œuf finit par être éjecté. Deuxièmement, la pilule RU 486, même chose avec la pilule du lendemain. Mais c'est un produit spécialement conçu pour l'avortement. Troisièmement, le stérilet hormonal conçu grâce à leurs substances, pour tuer soit, le spermatozoïde, soit l'œuf fécondé et empêcher ainsi sa nidation dans l'utérus[65].

I.4.4. Les méthodes chirurgicales

Les méthodes chirurgicales consistant à rendre inopérant les organes de procréation. Elles sont entre autre la vasectomie qui consiste à la coupure du canal qui, d'ordinaire permet l'acheminement du sperme et la ligature des trompes qui consiste au ligotage des trompes pour empêcher la rencontre d'ovule avec du sperme pour la fécondation[66].

Quant aux méthodes naturelles, elles sont aussi classées en deux catégories : les méthodes d'auto-observation qui considèrent l'observation et l'interprétation de la nature de la femme pour déterminer les moments fort de fertilité et d'infertilité et les méthodes traditionnelles (le retrait, la séparation des couples, l'abstinence totale etc.)[67].

[64] *Ibid*. pp. 29-33.
[65] *Ibid*. pp. 34-35.
[66] *Ibid.* pp. 39-40.
[67] *Ibid*. pp. 42-43.

I.4.5. Différentes méthodes de régulation des naissances ou de la planification familiale

I.4.5.1. Les méthodes naturelles

Les méthodes naturelles coïncident d'un commun accord sur certains indicateurs[68] qui sont à la base d'une auto-observation pour déterminer des moments forts de la fertilité et de l'infertilité : les indicateurs majeurs et mineurs.

D'un côté, trois indicateurs majeurs sont à distinguer et ces derniers sont partagés chez toutes les femmes pendant la période féconde même si quelque fois pas mal de femmes peuvent n'est pas être conscientes de cette période d'où l'urgence et la nécessité d'une éducation à la matière qui à ce que, après une série d'observations la femme parvient à identifier sa période féconde grâce à ses manifestations. Ces dernières sont les modifications de la température basales du corps, de la glaire cervicale et du col utérin[69].

De l'autre côté, des indicateurs mineurs sont à distinguer, et ces dernières ne sont nécessairement pas présentes chez toutes les femmes ni dans toutes les périodes fécondes. Certaines femmes peuvent en sentir, ce qui n'est pas le cas pour les autres. L'important est que, une fois présentes, contribuent pour une meilleure interprétation des indicateurs majeurs cités. Il s'agit donc de : la douleur ovulatoire ressentie, les saignements inter-mensuels survenant au milieu du cycle, les symptômes des seins, l'augmentation de l'appétit, prise de poids, gonflement abdominal et la rétention d'eau, les changements de couleur et le gonflement de la vulve, l'acné et les démangeaisons, les migraines et la nausée, le changement d'humeur, l'excitabilité ou la somnolence et une sensibilité plus marquée à certaines odeurs[70].

Nous jugeons de voir les méthodes naturelles de régulation des naissances en deux moments. Le premier moment constitue les méthodes les plus connues et les plus pratiquées au Burundi selon la PNSR[71]: méthode du calendrier, méthode thermique, méthode de la glaire cervicale, méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) et la méthode du retrait. Le second moment constitue les méthodes évoluées sur base de celles citées dans un premier moment : méthode d'observation des changements du col de l'utérus, méthode sympto-thermique ou Méthode d'Auto Observation (MAO), méthode des deux jours ainsi que la

[68] T. MIBURO. *Op.cit.*, pp. 162-163.
[69] *Ibid*. p. 162.
[70] *Ibid*. p. 163.
[71]République du Burundi, *Manuel PNSR*, Ministère de la santé publique et de lutter contre le Sida-PNSR, 2014, pp. 22-23.

méthode d'abstinence provisoire. Il convient de souligner le fait que le recours aux méthodes naturelles de régulation des naissances à des liens avec l'enseignement du christianisme faisant lieu de possibles effets secondaires relatifs à l'usage des méthodes modernes.

I.4.5.1.1. Méthode du calendrier

Cette méthode est valable pour les femmes ayant un cycle régulier de vingt-huit jours. Elle permet la prise de conscience des jours du cycle féminin. Elle est à la base d'une formule pour déterminer les moments féconds et inféconds du cycle menstruel. Les calculs commencent dès l'apparition des règles jusqu'au quatorzième jour : le jour déterminant l'ovulation. Par précaution, le comptage tient compte de la possibilité d'une durée de vie du spermatozoïde et de l'ovule dans les voies génitales: cinq jours environ avant l'ovulation pour le spermatozoïde et deux jours environ après l'ovulation. Ce qui implique par conséquent, une fois ne désirant pas une grossesse, d'éviter tout rapport sexuel entre le neuvième et le seizième jour et de profiter cette période au cas contraire[72].

I.4.5.1.2. Méthodes de Température Basale du Corps (TBC) ou méthode thermique

On appelle « *température basale du corps, la température interne du corps au repos habituellement après une nuit de sommeil* »[73]. Cette méthode consiste à la prise de température régulière du corps de la femme à commencer dès le début de ses règles. La température est prise de préférence la matinée avant de se lever. Le décalage thermique permettra de guetter l'ovulation : les températures basses appartenant à la phase pré-ovulatoire et les températures hautes à la phase post-ovulatoire. Soulignons que la variation de la température peut être occasionnée par d'autres effets secondaires[74] ce qui constitue le point faible de cette méthode.

I.4.5.1.3. Méthode de la glaire cervicale

La glaire cervicale, par sa présence ou par son absence, constitue un indicateur majeur de la fertilité ou de l'infertilité. Trois impressions marquent les différents moments au niveau de la vulve ou des voies génitales inférieures : la sécheresse, la lubrification ou mouillée et l'humidité. La sensation de sécheresse indique l'infertilité ; une sensation de mouillé et/ ou de lubrification**,** une sensation d'humidité pouvant se manifester avant l'ovulation est considérée

[72] T. AKOHA, *Op.cit.* p. 14.
[73] T. MIBURO, *Op.cit.* p.163.
[74] T. AKOHA, *Op.cit.* p.17.

comme signe de fertilité[75]. En outre, par l'observation, la glaire étirée entre les deux doigts de la main contribue à une bonne interprétation : glaire de type fertile (une impression de mouillé, une glaire transparente, fine et filante qui peut s'étirer en un long fil sans se casser), glaire de type moins fertile (une glaire opaque, épaisse et collante qui ne s'étire pas). D'où *« il y a une période féconde dès que la glaire apparaît élastique et translucide. Lorsque cette élasticité se remarque, il faudra éviter l'acte sexuel si on ne veut pas une nouvelle grossesse*»[76].

I.4.5.1.4. Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA)

Cette méthode est valable pour les femmes allaitantes. Elle estime que si la femme allaite continuellement son enfant, elle ne peut pas être féconde au moins pour une durée de six mois. Cela reste valable si la femme allaite son enfant régulièrement toutes les quatre heures pendant la journée et toutes les six heures pendant la nuit[77].

I.4.5.1.5. Le retrait

Cette méthode dite traditionnelle pour certains, reste d'actualité. Elle consiste pour l'homme, à une éjaculation en dehors de l'appareil génital féminin. C'est-à-dire que, lors des rapports sexuels, cette méthode exige pour l'homme une maîtrise de soi pour ne pas éjaculer dans l'appareil génital féminin.

I.4.5.1.6. Méthode d'observation des changements du col de l'utérus

La méthode d'observation des changements du col de l'utérus consiste à tirer attention sur les deux lèvres qui font saillie dans le vagin et circonscrivent une petite ouverture qui est l'orifice externe du col. Le moment où le col commence à remonter, à s'amollir et/ou à s'ouvrir indique le début de la fertilité. Au contraire, le col se ferme lors de la période de l'infertilité[78].

[75] T. MIBURO, *Op.cit.* p.166.
[76] T. AKOHA, *Op.cit.* p. 18.
[77] *Ibid*. p.20.
[78] T. MIBURO, *Op.cit.*p.163.

I.4.5.1.7. Méthode sympto-thermique ou Méthode d'Auto Oservation (MAO)

Cette méthode combine à la fois l'observation thermique du corps, la palpation du col de l'utérus pour déceler ses changements et l'observation du mucus cervical. Certes, la femme observe la température et à la fois se focalise à observer la densité de la glaire cervicale[79].

I.4.5.1.8. La méthode des deux jours

La méthode des deux jours est liée à l'observation et l'absence de sécrétion cervicales en deux jours consécutifs. La femme qui n'a noté aucune sécrétion cervicale en elle, hier et aujourd'hui, a de faibles chances de tomber enceinte si elle accomplit l'acte sexuel le jour suivant[80].

I.4.5.1.9. L'abstinence provisoire

Cette méthode « *consiste à s'abstenir de l'acte sexuel pendant une période déterminée, décidée de commun accord pour une raison ou pour une autre* »[81]. C'est une méthode qui nécessiterait un engagement du couple.

En sommes, il faut retenir que « *cette abstinence est au fait le principe de toute méthode naturelle* »[82]. En plus, la planification familiale naturelle (ses méthodes) est utilisée dans le but d'avoir une grossesse ou de la retarder. Au moment opportun et au cas voulu, chaque femme doit opter pour la méthode qui lui semble la plus convenable suivant une éducation et des connaissances sur elle.

I.4.5.2 Les méthodes contraceptives modernes

Les méthodes de planification familiale modernes sont regroupées dans différentes catégories selon le mode pratique. Maintenant, voyons les méthodes disponibles les plus utilisées sur le territoire burundais selon la PNSR[83].

[79] T. AKOHA, *Op.cit.* p.20.
[80] *Ibid*. p.19.
[81] *Ibid.* p.21.
[82] *Ibid.*
[83] République du Burundi, *Manuel PNSR*, Ministère de la santé publique et de lutter contre le Sida-PNSR, 2014, pp.9-21.

I.4.5.2.1. Les pilules (ibinini)

Les pilules sont assimilées à des comprimés dont la prise est quotidienne, à la même heure, à commencer le premier jour des règles. On distingue les pilules pour une femme allaitante d'un enfant de moins de trois mois de celles pour une femme allaitante d'un enfant de plus de six mois.

I.4.5.2.2. L'injectable (urushinge)

Une injection à travers le bras. Pour une femme ne voulant pas une grossesse, l'injection se fait une fois les trois mois. Cette injection contient une dose hormonale pour embrouiller le cycle féminin.

I.4.5.2.3. Le stérilet (akanyuzi) et l'implant sous-cutané (akagegene)

Le stérilet et l'implant sous-cutané sont des méthodes contraceptives à long terme. L'implant sous-cutané se présente sous forme de tige qu'on met dans la peau à travers le bras pour perturber le cycle féminin. Il empêche l'ovulation. Celui-ci est recommandé pour les femmes qui ont déjà mis au monde. Il a une durée valable allant de trois ans. Le stérilet est une membrane en fil en deux implanté dans l'utérus pour empêcher la nidation. Il est valable dans une période allant de douze ans.

I.4.5.2.4. Le condom

C'est une membrane empêchant la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. Les condoms sont de deux sortes : condom masculin qui couvre le pénis de l'homme et retient les spermatozoïdes lors que l'homme éjacule pendant des rapports sexuels et le condom féminin placé dans l'appareil génital de la femme pour récupérer et retenir les spermatozoïdes lors des rapports sexuel.

I.4.5.2.5 La vasectomie et la ligature des trompes

Ce sont des méthodes chirurgicales consistant à rendre inopérant les organes de procréation. Elles sont définitives une fois pour toutes. La vasectomie consiste à la coupure du canal qui, d'ordinaire permet l'acheminement du sperme tandis que la ligature des trompes donne lieu au ligotage des trompes pour empêcher la rencontre de l'ovule et du sperme pour la fécondation.

I.4.6. Urgence et nécessité de la planification familiale

L'urgence et la nécessité de la planification familiale sont relatives à « *la survie des enfants, leur santé et leur croissance, la survie, la santé et la capacité d'engendrer des femmes enceintes, le bien-être des familles en général* »[84].

D'un côté, selon une étude menée en Colombie, en Egypte, au Pakistan, et en Syrie, les résultats convergent sur le fait que « *les complications à la maternité augmentent suivant le nombre d'âges et de grossesses. En effet, la proportion des grossesses qui se sont terminées par des mort-nés et par des avortements (échecs de grossesses) tendait à augmenter avec l'âge de la femme enceinte et le nombre croissant de grossesses* »[85]. Si ce n'est pas le cas et que la femme finit de s'en sortir, mais dans l'étant de courts intervalles entre les naissances, intervient momentanément la malnutrition. Selon la même source, lorsque l'intervalle entre les naissances des deux enfants est très court, ce n'est pas seulement le plus jeune qui court des risques. La survie ou la santé de son aîné sont aussi en danger. Par conséquent, le Kwashiorkor[86] est aussi l'un des problèmes remarquables qui entrent en jeux. Il est aussi confirmé que les enfants souffrant de malnutrition sont victime de pas mal de maladies : la rougeole, infections, diarrhée, etc.[87]

De l'autre côté, l'intervalle entre les enfants issus d'une même mère est aussi l'un des facteurs influençant le développement intellectuel de l'enfant. D'où il est d'une grande importance que l'espacement des naissances octroi à l'enfant un temps suffisant de goûter le lait maternel fort contribuable pour la croissance de l'enfant, voir son développement intellectuelle: l'allaitement pour l'enfant, une nourriture bien équilibrée qui contribue au développement intellectuel de l'enfant. Insistent différentes sources et les émissions radios diffusions[88].

En outre**,** la planification familiale vise à l'amélioration des conditions de vie de la mère. Elle diminue d'une part, des risques des morts maternelles, des avortements et octroie de l'autre part aux femmes, les possibilités de vaquer à d'autres occupations.

[84]H-F. WILLIAM et al. *Op.cit.*, p.3.
[85]*Ibid.* p.5.
[86] « Kwashiorkor » est un mot Ghanéen qui signifie « enfant sevré trop tôt » parce que sa mère est à nouveau enceinte. Voir H-F. WILLIAM et al. *Op.cit.* p.5.
[87] H-F.WILLIAM et al. *Op.cit.* p.9.
[88] Nous soulignons ici les messages de Population Média Center donnés par exemple à travers *le feuilleton Agashi*, diffusé par la majorité des stations émettant sur le territoire national (par exemple *Agashi 3*, *épisode 127*).

Autrement dit, la femme trouve accès au développement socio-économique[89]. Son corps repose et reprend la dynamique quotidienne. BARRO en explique davantage dans ces mots en guise d'exemple : « *en RDC dans le tribut des Havu, une femme qui n'est pas capable d'espacer les naissances est souvent stigmatisée par l'entourage : taxée de kulikisa, la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles* »[90]. Autrement dit, il est incompatible que dans ces conditions de grossesses trop rapprochées, une mère pourrait sauvegarder un équilibre entre ses différents rôles de femme, d'épouse et de mère[91].

De plus, on peut énumérer les avantages de la planification familiale pour le couple (la famille en générale). Pour commencer, l'homme et la femme peuvent avoir des rapports sexuels plus détendus lorsqu'ils sont sûrs que l'acte conjugal ne mènera pas à une grossesse survenant à un moment inopportun. En outre, grâce à l'adoption et l'intégration de la planification familiale, le couple opte pour retarder l'enfant X pour espacer l'enfant Y suivant son idéal type. Celui-ci multiplie les chances d'un avenir certain. De plus, si la planification familiale mène à établir une meilleure sécurité de la famille entière et d'une base économique sûre, fort possible est d'observer chez le couple un « *sens accru du respect de soi* »[92], puisqu'il se sentira capable de donner à ses enfants le type d'éducation et d'environnement qu'il désire (maison, nourriture, vêtement, loisirs). Enfin, si le couple donne à ses enfants un exemple positif dans la manière dont on espace les naissances, et s'il prend le temps de leur expliquer le bien-fondé de la planification familiale dans leur vie, il est très probable que les enfants eux-mêmes planifieront leur vie en guise d'exemple observé chez eux.

En sommes, la planification familiale bien employée peut apporter des conséquences positives pour la communauté et la société entière : (1) Une meilleure santé pour la population en générale ayant par conséquent une population plus active et productive, (2) l'amélioration des conditions de travail car sont moins réduits les moments spontanés de congés de maternité et le nombre d'heures demandées au personnel des institutions d'assister les victimes des complications liés aux grossesses à risque,(3) fournir une base à la compréhension des mécanismes permettant de saisir, où et quand se fait la croissance de la population.

[89] T. MIBURO, *Op.cit*, pp 42.
[90] A. BARRO, *Leaders religieux et promotion de la pratique contraceptive moderne des femmes dans la commune urbaine de Dori*, IFRISSE, Ouagadougou, 2018, p.3.
[91] W. HADDAD et al. *Guide pour la formation aux aspects psycho-sociaux de la planification familiale*, Centré International de l'Enfance, Paris, 1986, p. 28.
[92] H-F. WILLIAM et al. *Op.cit.* pp.16-17.

C'est sur ces atouts auxquels le plan de développement d'une nation pourrait être établi en fonction du nombre de citoyens à servir et/ ou actif[93].

I.5. Les obstacles ou résistances de la planification familiale

Selon le rapport de la PNSR, quelques défis sont à relever pour parler des obstacles et résistances remarquables de la planification familiale à savoir: l'existence des barrières socioculturelles et religieuses face à la planification familiale, la faible implication des hommes dans la prise de décision en faveur de la planification familiale, la faible implication des décideurs et des leaders d'opinion, la réticence politique, le faible taux d'alphabétisation particulièrement chez les femmes, la persistance des rumeurs liées aux différentes méthodes de planification familiale, l'insuffisance de la sensibilisation et de la mobilisation sociale en faveur de la planification familiale, l'insuffisance d'outils de communication pour la promotion de la planification familiale et la faible qualité des services de planification familiale dans les structures de soins de santé[94].

HAKIZIMANA regroupe en quatre catégories toutes ces considérations en les baptisant des « *raisons d'abandons de la contraception moderne*»[95] expliquant la méfiance de la population face à la planification familiale. Premièrement les raisons liées aux caractéristiques individuelles de la femme : Il s'agit du désir de grossesse, l'ingérence des effets secondaires liés aux produits contraceptifs, le non consentement du conjoint, le manque de nécessité d'utiliser ces méthodes en cas d'absence du conjoint, ou par malheur en cas de divorce ou de la mort du conjoint. Deuxièmement les raisons socioculturelles dont les rumeurs, les situations politiques défavorables en cas de guerre, les valeurs culturelles et la tradition. Troisièmement, les raison de santé : absence d'examen clinique avant la prescription de la méthode, l'insuffisance d'instruction sur le choix de méthodes optées pour, une longue durée, la distance à parcourir pour arriver au centre de santé, la non disponibilité du personnel à laquelle on ajoute un personnel incompétent ainsi que une longue file d'attente au centre de santé.

---

[93] *Ibid*. p.17.

[94] République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique (Brochure n°5)*, PNSR, Bujumbura,2010, pp. 9-10.

[95] A. HAKIZIMANA, *La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi: Contraintes issues de la contradiction entre communication et de culture dans un contexte de développement*,
Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de philosophae Doctor en communication, 2000, p. 214. A approfondir dans A. HAKIZIMANA, *Naissance au Burundi entre tradition et planification*. Harmattan, Paris, 2002.

Et enfin la quatrième catégorie se constitue d'autres raisons multiples comme l'oublie de la date de rendez-vous, la maladie de la patiente ou de son enfant, le manque du temps causé par les charges ménagères réservées uniquement à la femme. Nous pouvons ajouter aujourd'hui aussi les cas de fléau ou d'épidémie-pandémie occasionnant le sentiment de honte ou le confinement. Exemple, la pandémie du covid-19 qui ravage le monde. Le confinement bloque pour pas mal de femmes l'accès aux moyens de contraception selon l'analyse du Fond des Nations Unies. Selon son rapport, «*47 millions de femmes […] seraient dans l'impossibilité d'accéder à des moyens de contraception modernes et que 7 million de grossesses non désirées seraient à prévoir si les mesures de confinement étaient prolongées de six mois et que les services de santé continuaient à être considérablement perturbés*»[96].

Grosso modo, pas mal de couples souhaitent bien espacer les naissances mais difficile est d'y réussir, ceci est lié à deux obstacles majeurs : (1) manque de choix, d'un accès limité et la craintes des effets secondaires (notamment pour l'enfant et la mère, la peur de l'infertilité, etc.) occasionnés par un manque d'instructions suffisants en matière de la planification familiale et ses mécanismes, (2) une opposition culturelle ; la mentalité nataliste et celle socioreligieuse : « *avoir beaucoup d'enfants est une bénédiction de Dieu, (…) les enfants sont un don divin (…)* »[97].

[96] A. GOUTERES (Secrétaire Générale de l'ONU), *Message pour la Journée Mondiale de la population*, 11 Juillet 2020.
[97] J. NAVAS et al. *Op.cit*. p.55.

CHAPITRE II. APPROCHES CONTEXTUELLE, THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

II.1. Contexte culturel de la fécondité

La culture africaine en générale, celle burundaise en particulier, accorde une grande importance à la progéniture[98]. En effet, « *la richesse d'un homme est mesurée, en partie, au nombre de ses enfants. Les enfants sont importants pour le travail aux champs et comme source de soutien pour les parents dans leur vieillesse* »[99]. En plus de cette valeur économique et sécuritaire, la fécondité joue une fonction à la fois institutionnelle et classificatoire (intégration de la femme dans le clan de son mari)[100]. La tradition burundaise en exprime dans les expressions populaires lors des berceuses. Ainsi dit-elle :

> (…) wanshize mu bavyeyi, kera narabatinya. Kera nari igikoko, nari imfyisi nari intambwe. Kera naca mucanzo, none ubu nca mw'irembo, hora mama huum (…)
> Traduction :
> (…) tu m'as fait accéder au rang des mères. Autrefois, je fuyais les mères. J'étais un animal sauvage et féroce, une hyène, une lionne. Je fuyais le public. Maintenant, je passe par l'entrée solennelle (...)

Ainsi, la culture burundaise est fortement bâtie sur cette mentalité nataliste. Au vrai, la fécondité est une des valeurs fondamentales pour la conservation et la survie de l'espèce humaine. Une personne qui meurt sans laisser de progéniture est célébrée comme éteinte est vraiment anéantie[101] pendant que la mort d'un parent se vit comme une ascension vers les immortels. Le bonheur d'une famille est d'avoir le plus grand nombre d'enfants possible. De là ressort certaines caractéristiques de l'enfant vis-à-vis de la famille en tant qu'une composante active, ce qui accentue un rythme de fécondité : la valeur socioculturelle de l'enfant se remarque donc à travers certaines expressions et pratiques populaires. L'enfant est l'image et la garantie de la perpétuation de la famille, le futur héritier du patrimoine et de la richesse de ses parents ou de ses aïeux, le futur agent producteur des biens économiques pour

[98] *Ibid*. p.51.
[99] *Ibid.*
[100] H-F. WILLIAM et al. *Op.cit*. p.55.
[101] J. NAVAS et al. *Op.cit.*, p.48. L'expression populaire rundi insiste sur le fait qu'une personne qui meurt sans laisser un enfant est éteint raison pour laquelle lors de son enterrement, est posé dans la main un morceau de charbon signe que celle-ci est catégoriquement éteint, anéanti.

sa famille et le défenseur de cette dernière en cas d'attaque par tout agresseur. Il est le don le plus précieux de Dieu et le trésor le plus enviable[102].

Selon MANIRAKIZA[103], en tant qu'agent producteur des biens économiques, sa valeur économique apparaît à un certain moment. Il s'agit du moment où il est sollicité pour certains services : puiser de l'eau, chercher du bois de chauffage, s'occuper de la cuisine, porter au dos les petits enfants, cultiver, etc. Pour ce fait, il devient une unité supplémentaire pour accroître la production familiale. Donc, plus d'enfants s'évalue à une main-d'œuvre qui conjugue les efforts pour assurer la prospérité de la famille. Dans cette même optique, « *les parents sont davantage soutenus et secondés dans leurs activités quotidiennes* »[104]. Cela reste de mise. Selon HAKIZIMANA, « *(…) les enfants scolarisés jusqu'à l'enseignement universitaire, devenus fonctionnaires, ont parfois la chance de venir en aide à leurs parents et à leurs frères et sœurs* »[105].

En tant que futur héritier du patrimoine et de la richesse de ses parents, le garçon est prix garant de stabilité de famille et de respect envers la femme par son mari. La culture et la tradition burundaise (sans doute pour toute l'Afrique), accordent une grande importance à la progéniture surtout masculine ce qui peut favoriser une progéniture nombreuse au cas où une femme met au monde à mainte reprise les filles. Elle continue de procréer en espérant bénéficier un jour de la clémence divine, d'un ou de deux garçons. D'ores et déjà, l'intégration d'une femme devenait d'autant plus réelle dans la tradition que lorsqu'elle mettait au monde le plus grand nombre des garçons[106]. Ces derniers sont considérés comme des garants de la sécurité pour toute la famille. Dans ce cas, le père, entouré de ses fils, se sent très fier et sécurisé. Quelques fois, ils s'exclament et narguent les autres exaltant la dimension sécuritaire de la progéniture en ces termes : « *Iyo bugorovye iwanje sinugara inzugi* » qui peut se traduire, « *il n'est même pas utile de fermer les portes de la maison pendant la nuit* ». Les célébrations culturelles et rites de passage peuvent nous aider à approfondir et comprendre ce dont nous sommes en train d'évoquer c'est-à-dire la mentalité pro-nataliste.

[102] Z. MANIRAKIZA, « la famille burundaise en mutation » in *Au cœur de l'Afrique, vol*. LX n°1-2, pp.242-274, Les Presses Lavigerie, Bujumbura, 1992, p. 272.
[103] *Ibid.*
[104] H. MEYER, et al. *Les Barundi : Une étude ethnographique en Afrique orientale*, Société française d'histoire d'outre-mer, Paris, 1984, p. 147.
[105] A. HAKIZIMANA, *Op.cit*, p.201.
[106] Z. MANIRAKIZA, *Op.cit*. p. 273.

Parmi eux, retenons-en deux : le rite de célébration de mariage et les cérémonies autour du nouveau-né. Dans les discours et les chansons d'envoi et d'accueil de jeune fille, la procréation se dessine comme la fin du mariage. « *Je vous souhaite d'abord de vous reproduire, de faire bourgeonner toutes les semences* » (« *murondoke muvyare hungu na kobwa* ») extrait le plus répété lors de mots de circonstances, c'est-à-dire donc le souhait d'avoir des filles et garçons. Les chants et danses traditionnelles, les paroles incantatoires qui accompagnent, félicitent et encouragent les jeunes abondent dans le même sens : « *muvyare mushitse no kuri karenzo* », qui peut se traduire : « *multipliez-vous sans cesse* », De même, lors d'un nouveau-né lors des cérémonies de félicitation de la mère ; « ugukeza umuvyeyi », encouragent à la fécondité. En guise d'exemple, lorsqu'une femme met au monde, lors de la pratique d' « ugukeza umuvyeyi », « ugusohora ikibondo » (sortie de la réclusion) ou « uguhekereza », certaines expressions sont explicatives et intériorisées: « *uravyara benshi : seha uzana kamwe kamwe* » (« *sois encore plus féconde ; amène encore des enfants un à un* »), « *subirayo ntihahanda* » (qui peut se traduire littéralement : « *reprends le même chemin, il n'y a pas d'embuche* ») etc. tous cela pour encourager les parents de procréer constamment et inlassablement . Intériorisé et vécu par le biais du contexte socioculturel, le désir d'une progéniture nombreuse, est extériorisé à travers les pratiques de rites de passage. Par ailleurs, la culture, l'ensemble des valeurs et normes socioculturelles, reflète la conscience d'une nation, oblige de se demander continuellement en quoi consiste son caractère spécifique, de chercher et de consolider sans cesse ses frontières politiques et spirituelles répondant précisément à ce processus historique[107]. D'où la culture au vrai sens, désigne le système des valeurs et de normes transmis et intégrés par la socialisation de génération en génération. C'est la société qui précède et prime sur l'individu. Et d'ailleurs, si la socialisation incarne « *un processus par lequel chaque individu forge son identité et sa personnalité tout en s'intégrant à son environnement social, sous des formes variées, elle se concrétise en un apprentissage et un ajustement qui se poursuivent durant toute la vie. Elle est, au moins en partie, une contrainte exercée sur l'individu par le cadre social*»[108].

[107] E. NORBERT trad. par K. PIERRE, *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, S.L, 1969, p.16.

[108] B. BARBUSSE et D. GLAYMANN, Introduction à la sociologie, Sup'Foucher, Paris, 2004, p. 86. Cité par, C-B.MFOUNGUE, *Le mariage africain, entre tradition et modernité: étude socio-anthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise*, Université Paul Valéry - Montpellier III, 2012 p. 10 ; Disponible en ligne sur : http : // tel.archives-ouvertes.fr/tel-00735563.

C'est ainsi que grâce à toutes ces pratiques ci-haut mentionnées, cette idée de progéniture nombreuse demeure malgré les contraintes socioéconomiques. Procréer [109] prime sur toute chose : la richesse ne sert à rien si on n'a pas d'héritier car « *le riche sans descendance travail pour les autres* » [110], au contraire, « *l'homme avec descendance, même s'il est pauvre arrivera toujours à se tirer d'affaire, il ne sera jamais accablé. Ses enfants l'aideront*»[111].

II.2. Théories de régulation des naissances

II.2.1. La rationalisation de la vie

La rationalisation de la vie[112] centre sur le génie intellectuel en l'occurrence le progrès de la médecine. Cette dernière vise en effet, l'amélioration de condition de vie qui, par conséquent, prolonge l'espérance de vie. Le progrès de la médecine sous-entend la lutte contre la mort, mais aussi la maîtrise de la vie. D'où naît le désir de restreindre la taille de la famille et d'espacer les naissances, autrement dit la régulation des naissances pour garantir l'équilibre proportionnel dans les familles. Pour lui, la régulation et /ou la limitation des naissances s'expliquerait par des facteurs économiques, l'augmentation du niveau de vie, l'élévation du niveau d'instruction, l'augmentation du coût de l'enfant, le changement du statut de la femme, l'urbanisation.

II.2.2. La médicalisation de la procréation

Le Breton explique la médicalisation de la procréation[113] (et/ ou de vie), l'explique sous l'égide de certains phénomènes entre autre : (1) le refus des contraintes de la grossesse pour certaines femmes, le dégoût implicite de la maternité et le fait de contrôler et maîtriser le corps pour l'orienter selon une finalité précise ; (2) le corps humain, et particulièrement celui de la femme, de la conception à la mort, est sous le contrôle de la médecine ainsi que (3) le fait que le corps féminin soit fouillé, exploré, hyperstimulé, et ponctionné.

[109]Le fore intérieur de tout murundi se réfère à plusieurs éléments pour mettre en évidence la progéniture. Engendrer selon les chercheurs enquêteurs c'est : (1) le signe qu'on « est un homme mûr, un notable », (2) « élargir la famille : la fierté de la famille », (3) « affermir l'amour des époux », (4) « avoir un statut pour la mère ». Au contraire ne pas engendrer et être sans enfant c'est cependant « être nu, sans défense ni prestige». Voir J. NAVAS et al. *Op.cit*., pp 49-51.

[110] J. NAVAS et al. *Op.cit*., p.51.

[111] *Ibid*.

[112] A. AKUN et P. ANSART, *Le Robert. Dictionnaire de Sociologie*, Seuil, Paris 1999, p.402.

[113] D. LE BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, Presse Universitaire Française, Paris, 1990, pp. 295.301.

Toutefois, en s'appropriant d'une réflexion de MIBURO[114], certains facteurs moteurs se croisent pour la promotion de la planification familiale. Le progrès de l'hygiène et de la médecine, qui assure et perpétue le bien-être des individus en essayant de limiter les morts, ce qui n'était pas le cas jadis où une famille devrait avoir plus d'enfant étant consciente qu'il y aurait des morts et des survivants restants d'une part. D'autre part la situation démographique qui semble actuellement une problématique sur le plan international. En outre la mise en évidence de la raison pousse à une procréation réfléchie, selon laquelle il appartient aux parents d'être maître et responsable de leur fécondité au lieu de céder la place à la nature instinctif. MIBURO embrasse l'élément moteur de l'encyclique Humanae vitae (1968) : la paternité responsable précisément sur son dixième numéro. La paternité responsable exige aux époux, une prise de conscience de leurs missions considérées sous divers aspects légitimes et liés entre eux. Certes, concernant la planification familiale, ce fameux document stipule que « *par rapport aux conditions physiques, économiques, psychologiques et sociales, la paternité responsable s'exerce soit par la détermination réfléchie et généreuse de faire grandir une famille nombreuse, soit par la décision, prise pour de graves motifs et dans le respect de la loi morale, d'éviter temporairement ou même pour un temps indéterminé une nouvelle naissance* »[115].

La rencontre entre les deux théories précédentes se trouve au point d'une affirmation que la problématique de la planification familiale concorde d'une part avec l'usage de la raison à la suite d'autres phénomènes qui incombent la vie ordinaire dans le temps et dans l'espace. Le progrès de la médecine ainsi que la problématique démographique doivent être de l'autre part, à la portée de la raison pour maintenir efficacement l'équilibre et pour la gestion des problèmes qui devraient avoir lieu.

II.2.3. La modélisation et l'approche socioculturelle de la planification familiale

La modélisation au sens large consiste à « *concevoir, élaborer un modèle permettant de comprendre, d'agir, d'atteindre un but*»[116]. En matière de fécondité, elle renvoie à une élaboration des conditions visant à modeler ou réguler les naissances. Trois conditions sont impérativement nécessaire pour réussir à la régulation des naissances, autrement dit, à la baisse de la fécondité : (1) La fécondité doit entrer dans la sphère des conscients du calcul

[114] T. MIBURO, *Op.cit,* 2012, p. 41.
[115] M. SCHOOYANS, *La prophétie de Paul VI. L'encyclique Humanae Vitae (1968),* François-Xavier de Guibert, Paris, 2008, p.75.
[116] Dictionnaire Français http://play.google.com/store/apps/détails?id=livio.pack.lang.fr_FR

rationnel ; (2) Une fécondité réduite doit être jugée avantageuse, compte tenu de l'environnement économique et social ; (3) Des techniques efficaces de maîtrise de la fécondité doivent être disponibles[117].

La complémentarité de ces trois conditions nous permet de comprendre pourquoi les programmes de planification familiale ont toujours connus d'échecs. Car « *il ne suffit pas d'offrir aux femmes des moyens contraceptifs si les deux conditions précédentes ne sont pas remplies* »[118]. Le même constat est repris et souligné par le magistère et la doctrine sociale de l'Eglise Catholique. Pour elle, « *la distribution des pilules ou des capotes sans aucune surveillance médicale ni formation des consciences, surtout pour les femmes paysannes et les jeunes ne peut constituer une solution au contrôle des naissances (…)* »[119].

En outre, l'approche socioculturelle ou la théorie des « valeurs », tourne beaucoup autour de la notion de « valeur » guidant les décisions des individus ou des couples, dont on s'efforce de mesurer la nature, la portée et les déterminants. Cette approche met en évidence le terme « value » pour parler de la valeur que les parents attachent à l'enfant. Cependant, tenant compte des mutations survenues, certains facteurs signifieraient la raison ou la tendance de vouloir limiter la fécondité: adopter librement la planification familiale. Il s'agit de : (1) la disparition du rôle économique de l'enfant ; (2) la montée des aspirations pour le couple et la vie familiale et (3) la prise en compte des satisfactions futures pouvant être apportées par l'enfant[120].

II.3. Problématique

II.3.1. Schéma théorique et conceptuel

Il est impossible de parler du phénomène de la planification familiale (régulation des naissances) sans parler de la fécondité car l'une appelle l'autre. Dans notre recherche, nous allons nous appuyer sur certaines découvertes réalisées sur la planification familiale et ses facteurs. En effet, le phénomène de régulation des naissances et /ou de la planification familiale mis en évidence se limite sur quelques facteurs moteurs: la raison, le progrès de la médecine, les facteurs démographiques, les facteurs socioéconomiques et les facteurs socioculturels. Notre visée théorique combine quatre moments (dont les trois premiers constituent les théories précédemment citées).

[117] http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr) consulté le 22/01/2021.
[118] http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr) consulté le 22/01/2021.
[119] P. RUTAYISIRE, *Op.cit.* p. 318.
[120] http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr)

Le premier moment constitue la rationalisation de la vie, une théorie qui met en exergue le génie intellectuel à travers la médecine avec une finalité d'améliorer les conditions de vie. Le moment suivant est l'héritage de David Le Breton : la médicalisation de la vie, expliquée sur base des attitudes des femmes face à la maternité et la nature du corps face à la médecine moderne. Le troisième moment consiste à une élaboration d'un modèle type pour l'unique finalité de réussir à la planification familiale. Celle-ci est à la suite d'une approche socioculturelle basée sur la logique de la parenté et de la valeur de l'enfant qui implique par conséquent le phénomène de la planification familiale par la maîtrise de la fécondité. Enfin, le dernier et quatrième moment consiste à mettre en évidence la théorie du choix rationnel qui enveloppe les théories énoncées précédemment pour justifier de façon rationnelle le choix d'un acteur face à un phénomène particulier. Il s'agit d'un courant socio-anthropologique ; l'individualisme méthodologique, fondé de façon générale sur trois postulats tel qu'il est introduit par Raymond Boudon : postulat de l'individualisme, postulat de la compréhension et postulat de la rationalité.

II.3.1.1. L'individualisme méthodologique

Le courant socio-anthropologique de l'individualisme méthodologique ou la théorie du choix rationnel de Raymond Boudon est basé sur la justification rationnelle d'un choix de l'acteur. Il est ici interpellé et construit comme une couverture ou le toit de tous les énoncés et théories précédemment présentés pour essayer de comprendre le phénomène de planification familiale mis en jeux selon notre problématique. Nous l'avons jugé bon, d'une façon synthétique de pouvoir nous aider à bien comprendre et justifier rationnellement les résultats issus de notre travail pour enfin répondre à notre problématique.

En effet, l'individualisme méthodologique ou la théorie du choix rationnel selon R. Boudon[121], désigne un paradigme, qui se définit selon trois postulats : (1) tout phénomène social résulte de la combinaison d'actions, de croyances ou d'attitudes individuelles (P1: postulat de l'individualisme). (2) Le moment essentiel de toute analyse sociologique consiste à «comprendre» le pourquoi des actions, des croyances ou des attitudes individuelles responsables du phénomène qu'on cherche à expliquer. «Comprendre» les actions, les croyances et les attitudes de l'acteur individuel, c'est en reconstruire le sens qu'elles ont pour

[121] B. RAYMOND, « Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique », *Sociologie et sociétés*, 34 (1), 9–34., Les Presses de l'Université de Montréal, Paris, 2002, p.9. Disponible en ligne sur : https://doi.org/10.7202/009743ar, consulté le 26/21/2021.

lui, ce qui, en principe, est toujours possible (P2: postulat de la compréhension). (3) L'acteur adhère à une croyance, ou entreprend une action parce qu'elle a du sens pour lui. Autrement dit, la cause principale des actions, croyances, etc. du sujet réside dans le sens qu'il leur donne, plus précisément dans les raisons qu'il a de les adopter (P3 : postulat de la rationalité). Tels sont les éléments majeurs permettant de comprendre sous les lunettes de cette théorie, les attitudes et les différentes perceptions qu'adoptent les femmes et les hommes face aux différentes méthodes de régulation des naissances. Certes, il faut comprendre selon Boudon, que le sujet, en posant ou en préférant une ou tel autre acte, est clairement conscient du sens de ses actions et de ses croyances puisque les raisons de l'acteur ne dépendent que des causes, telles que ses ressources cognitives ou d'autres variables caractéristiques de sa situation, au sens large de ce terme, et du contexte dans lequel il se trouve.

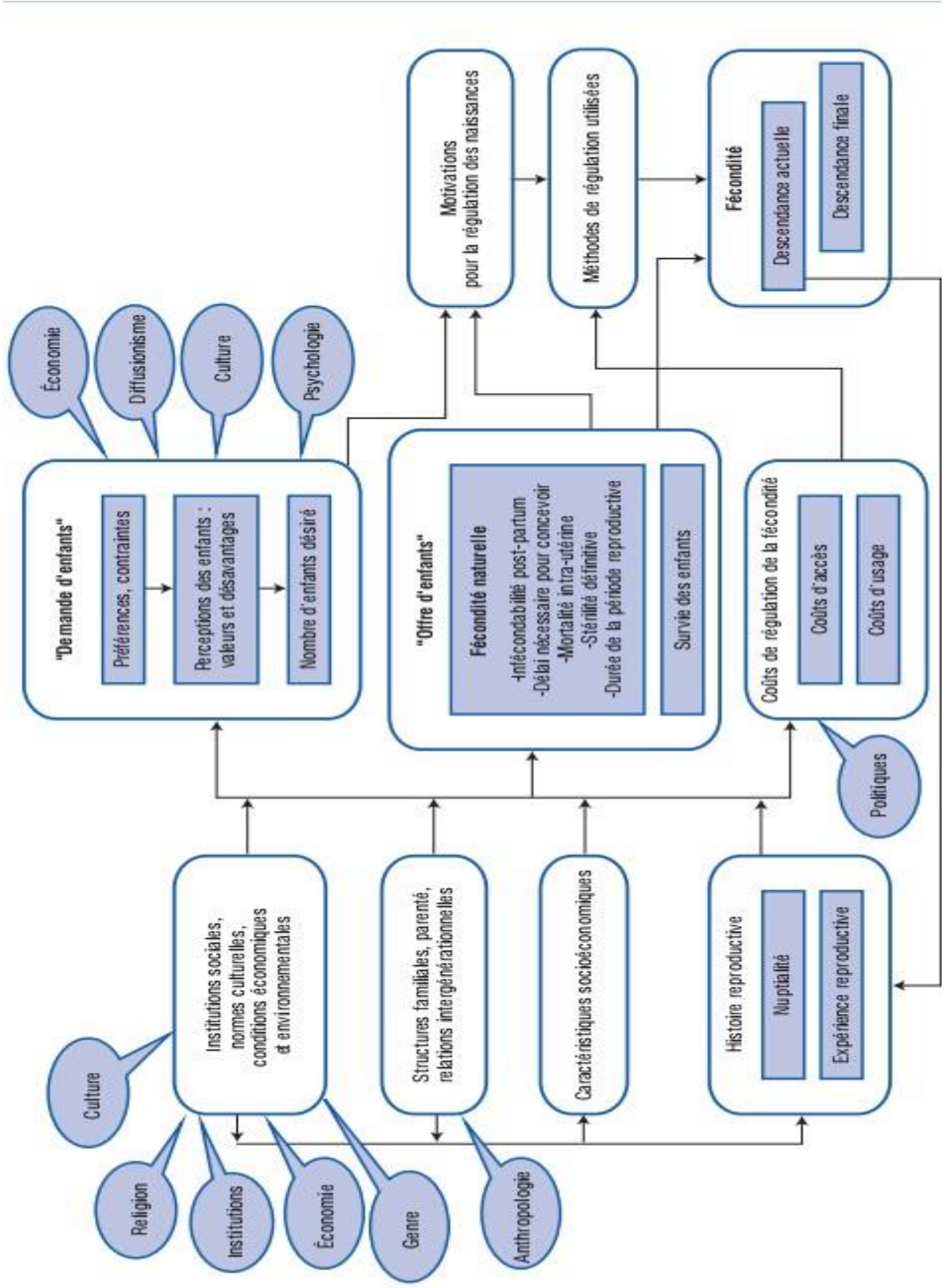
Le caractère dynamique de l'individualisme méthodologique qui le clarifie davantage, associe à celui-ci des postulats complémentaires pertinents pour expliciter davantage les phénomènes sociaux. Les économistes associent généralement aux postulats de l'individualisme méthodologique, le postulat selon lequel les actions individuelles obéiraient à des motivations utilitaristes[122]. L'individualisme méthodologique suit la logique selon laquelle l'individu agit sous l'empire d'un «calcul des plaisirs et des peines» ou, dans un langage plus moderne, d'un «calcul coût-avantage» ou «calcul coût-bénéfice» (P4 : postulat calcul coût-bénéfice), un point de vue partagé avec clarté avec les sociologues notamment Max Weber. Pour celui-ci, l'acteur fait ce qu'il fait, croit ce qu'il croit parce qu'il a raison de faire ce qu'il fait ou de croire ce qu'il croit. Pour d'autres, le sens de l'action pour l'acteur réside toujours pour lui dans les conséquences de ses actions (P5 : postulat conséquentialiste ou d'instrumentaliste), ce qui nous permet de comprendre pourquoi tout le monde n'adopte pas en unanimité de la même façon la planification familiale. D'autres encore admettent de surcroît que, parmi les conséquences de son action, les seules qui intéressent l'acteur sont celles qui le concernent personnellement (P6 : postulat de l'égoïsme). En outre, l'individualisme méthodologique se situe selon les sociologues d'inspiration nietzschéenne et/ou marxienne dans l'ordre de la volonté de puissance (P7) et/ou qu'il est avant tout concerné par ses intérêts de classe (P8).

[122] *Ibid*. p.10.

En peu de mots, la spécificité de l'individualisme méthodologique réside dans la mesure où « *elle fournit des explications dépourvues de boîtes noires, c'est-à-dire ne débouchant pas sur des questions additionnelles* »[123]. C'est ici que réside la pertinence de notre travail et le centre de notre objectif. Déceler sur base des résultats obtenus, lesquelles sont les perceptions que les populations attribuent aux méthodes de régulation des naissances. Nous nous servirons de cette grande théorie socio-anthropologique qui nous éclaire. De surcroît, les raisons de l'acteur sont de nature cognitive. Cela est bien compris sous l'égide de la définition philosophique de la rationalité selon laquelle *«(…) la rationalité est de par sa nature même téléologique et orientée vers des fins ; (…) la rationalité cognitive cherche à atteindre des croyances vraies. La rationalité évaluative cherche à atteindre des évaluations correctes. La rationalité pratique cherche à viser de façon efficace des objectifs appropriés* » [124].

[123] *Ibid*.p.13.
[124] *Ibid*. p.22.

Figure 1 : Schéma d'analyse des déterminants de la fécondité



Source : [http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr)](http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf) consulté le 22/01/2021.

II.3.1.2. Les concepts clés

II.3.1.2.1. Planification familiale et santé de la reproduction

La planification suppose un sujet individuel ou collective conscient, qui établit à l'avance la corrélation entre des moyens et des objectifs recherchés sur un horizon de moyen ou de long terme[125].

En effet, la planification familiale quant à elle, établit d'avance des objectifs liés au bien être de la mère et de l'enfant en particulier, de la famille toute entière et de la société.

En outre, « *la planification familiale est l'ensemble des méthodes permettant aux parents de décider du nombre et de l'espacement des naissances et en particulier des méthodes permettant d'éviter une grossesse*»[126] .

L'OMS, définit la planification familiale sur base de son rôle, son but et/ ou sa finalité. En effet, afin de faciliter la diffusion et l'accessibilité de la contraception pour toutes les personnes sexuellement actives, l'OMS propose une définition de la planification familiale qui a pour but de mettre en place des méthodes de contraception localement disponibles et culturellement acceptables. Celle-ci :

> permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. (…) La promotion de la planification familiale (et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples) est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés[127].

Une autre définition émanant de ladite organisation relève l'aspect de la responsabilité envers les parents : « *la possibilité pour les individus et les couples de choisir librement le nombre de leurs enfants, et le moment de les avoir*»[128].

Grosso modo, la planification familiale, met en évidence l'ensembles des moyens techniques, psychologiques, éducatifs, ayant la finalité de donner aux individus et couples d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilité et de leurs désirs, d'éviter les grossesses non

[125] A. AKUN et P. ANSART, *Op.cit.*, p.402.
[126] Dictionnaire, *Le petit Larousse illustré*, Larousse, Paris, 2009, p.785.
[127] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Planification familiale/Contraception*. , WHO, mai-2015. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/.
[128] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. 2011, p.200.

désirés en optant pour des naissances désirées, d'espacer les naissances et de déterminer le maximum d'enfant souhaités.

Différentes méthodes de régulation des naissances sont classées selon les différents rangs et leur catégorie dont nous pouvons en retenir quatre. Premièrement les méthodes traditionnelles dont la séparation du couple, l'abstinence totale, ou temporaire, le coït interrompu, etc. Deuxièmement les méthodes naturelles dont l'allaitement, la méthode du calendrier, la méthode de la glaire cervicale, la méthode de la température, etc. Troisièmement les méthodes hormonales dont les pilules, les injections, l'implant et quatrièmement les méthodes barrières et les méthodes chimiques entre autres les condoms masculins et féminins, les spermicides, le stérilet, vasectomie, ligature des trompes[129].

Sur base de cette catégorisation des différentes méthodes mis à la disposition, la planification familiale se distingue en deux volets à savoir la planification familiale naturelle et la planification familiale moderne ou la contraception moderne. Selon OMS, la planification familiale naturelle se distingue de la contraception moderne du fait qu'elle garde un aspect ou un caractère naturel dans l'observation et l'interprétation du cycle mensuel de la femme afin de déceler la période féconde et inféconde.

Selon MIBURO, la planification familiale naturelle repose sur les techniques de planification ou de prévention des naissances liées à l'observation des signes normaux des périodes de fécondité ou d'infécondité du cycle menstruel. Lorsqu'elle est utilisée pour éviter une grossesse, elle suppose l'abstinence sexuelle pendant la phase féconde du cycle.

Par définition, « *la planification familiale naturelle suppose des relations sexuelles complètes et exclut tout appareillage, médicament ou intervention chirurgicale* »[130].

Par contre, selon la même source, la contraception moderne est définit comme étant la pratique ou l'utilisation d'un ensemble de procédés (chimiques et mécaniques pour la plupart) à caractère permanent ou non, destinés à prévenir la grossesse ou l'empêcher, de façon temporaire ou définitive. L'usage de ces procédés modifie l'organisme naturel de l'individu surtout de la femme le plus souvent et le rend infertile à un moment voulu.

[129] T. AKHOHA, *Op.cit.* pp. 42-43.
[130] T. MIBURO, *Op.cit.* 2012, p. 47.

Bien plus, les méthodes de planification familiale naturelle permettent au couple d'observer, jour après jour, les signes et symptômes des périodes fécondes ou stériles du cycle menstruel et de s'engager dans une relation sexuelle en fonction de l'intention de favoriser ou de retarder une nouvelle naissance. Elle repose donc sur un caractère *d'auto-observation* de la nature de la femme.

La planification familiale est l'un des trois volets de la politique de santé de la reproduction en plus de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté et la santé de la reproduction chez les adolescents[131]. C'est ainsi qu'après différentes approches définitionnelles de la planification familiale, nous voulons terminer sur quelques aspects de santé de la reproduction. La définition de cette dernière selon le Dr. Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA (Ministre de la Santé Publique de la RDC) suppose quatre aspects principaux : le bien-être, le droit d'être informé de la planification familiale, celui de choisir librement la méthode adéquate et celui d'accéder à des services de santé, tous pour la promotion de la vie de la mère et de l'enfant.

> Par santé de la reproduction on entend le bien-être (…) pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité. (…) Hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser les méthodes de planification familiale de leur choix, (…)sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé[132].

Signalons que la politique de santé de la reproduction a vu le jour depuis la conférence du Caire en 1994[133], et enfin, rendu populaire à travers les différentes organismes: l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les mouvements antinatalistes et les mouvements de femmes internationaux d'origine occidentale.

[131] République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique (Brochure n°5)*, PNSR, Bujumbura, 2010, p. 3.
[132] République Démocratique du Congo, *Planification Familiale : Plan Stratégique National à la vision multisectorielle*, Ministre de la Santé Publique, 2014, p.2.
[133] A. ANDRO et al. *Op.cit*., p. 4.

II.3.1.2.2. La contraception

La contraception désigne d'une part, l'« *ensemble des méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire la fécondation*»[134]. Elle est d'une autre part, toute action consistant à empêcher la conception avant que celle-ci n'ait lieu. Sous-entend que l'avortement est exclu de cette définition car celui-ci n'interviendra qu'après que la conception ait déjà lieu. Une tendance plus généralisée pour la majorité, classe l'avortement parmi les méthodes contraceptives et cela depuis l'adoption de la légalisation de l'avortement, autrement dit nommée Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), pour la plupart des pays occidentaux.

Pour le reste du monde, surtout en Afrique, *le protocole de Maputo* (article 14) en est aussi la cause car il propose l'avortement comme alternative pour la femme qui ne souhaite pas garder sa grossesse pour des raisons multiples telles que cet article le stipule:

> 1. Les états assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :
>
> a) Le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ;
> b) Le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;
> c) Le libre choix des méthodes de contraception (…).
>
> 2. Les états prennent toutes les mesures appropriées pour :
>
> d) Protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou de la vie de la mère ou du fœtus[135] .

Cependant, malgré que ces pratiques sont pour la plupart, étroitement liées, pour l'unique finalité du contrôle des naissances, du moins de la planification familiale, la contraception étant pour plusieurs la prévention contre l'avortement *; la « culture de la mort* »[136]. Dans ce même ordre d'idée, la définition de l'OMS sur la contraception exclu l'avortement. Certes, la contraception se définit par « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de la conception ou l'éviter* ».[137]

[134] Dictionnaire, *Le petit Larousse illustré*, Larousse, Paris, 2009, p.213.
[135] Le protocole de Maputo Cité in T. AKOHA, *Op.cit.* pp.38-39.
[136] P. RUTAYISIRE, *Op.cit.* p. 326.
[137] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Planification familiale/Contraception*. , WHO, mai-2015. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/

II.3.1.2.3. Limitation des naissances

Quant à elle, la limitation des naissances se définit comme l'utilisation des moyens contraceptifs sur une grande échelle, et éventuellement aussi l'avortement, en vue de limiter le taux de croissance de la population ; c'est surtout son caractère systématique et à intention essentiellement malthusienne qui distingue la limitation des naissances de la planification familiale[138]. La limitation des naissances est la conséquence d'une population galopante dans la mesure où on cherche à rétablir un équilibre entre la population et les ressources nécessaires. Une telle conception ressort de la pensée malthusienne selon laquelle tenant compte de la misère du peuple liée à l'insuffisance des ressources et aux besoins primaires que doivent bénéficier tout un chacun. Donc l'équilibre selon Malthus, ne pourrait être retrouvé que par la réduction de la population autrement dit la limitation des naissances.

Thomas Malthus (1766-1834), situe ses positions audacieuses sur les questions de la natalité et d'aide publique. Son apport réside dans l'explication qu'il donne à la misère persistante du peuple grâce à l'inadéquation de la croissance de la population et les ressources nécessaires pour la survie de l'homme. Selon lui, l'équilibre ne pourrait retrouver que par la limitation des naissances ayant la finalité de limiter la population. Il fut le premier à préconiser une politique de contrôle des naissances par l'éducation des familles à la continence en invitant d'éviter toute mesure susceptible d'accroitre la natalité afin de limiter les naissances dans l'unique but : le bonheur et le bien-être de l'humanité.

II.3.2. Questions de fond et hypothèse

II.3.2.1. Questions de fond

Selon les informations recueillies lors de notre passage sur terrain, ainsi que celles relevant de la documentation ci haut relevée, aucun couple ne voudrait avoir pas moins de trois enfants. Dans les conditions normales, les couples devraient tenir compte de la faisabilité et de la situation familiale pour modeler les naissances. Au regard de ceci, des questionnements ne cessent de surgir. Quelle est la connaissance de la population sur la contraception ?

II.3.2.2. Hypothèse

Nous osons croire que la contraception semble être connue par la population, mais celle-ci ignore bien certaines pratiques et réalités.

[138] W. HADDAD et al. *Op.cit.* p .27.

CHAPITRE III DISCUSSIONS D'ORDRE METHODOLOGIQUE

0.1. Introduction

Avec le présent chapitre, il est question d'abord, de présenter brièvement notre terrain d'enquête et notre population d'étude (échantillon). Ensuite, présenter la méthodologie et les démarches de l'enquête.

En effet, nous avons opté pour la méthode qualitative selon laquelle toute recherche « *devait principalement avoir, pour objet d'étude, ce qui est caché, car souvent plus important, plus essentiel que ce qui est visible, apparent ou à la portée de chacun, (…) étudie les choses dans leur cadre naturel telles qu'elles sont, avec une grande importance accordée au processus* »[139] . Pour ce faire, l'entretien semi-directif (sous l'égide d'un guide d'entretien composé par des questions ouvertes) nous a été prioritairement la meilleure pour la collecte des données grâce à son caractère dynamique interactionnelle.

III.1. Présentation du terrain d'enquête

Notre terrain d'enquête est situé en commune Bukeye, une des cinq communes qui composent la province de Muramvya.[140] La situation sociodémographique de cette commune est de « *93 407 habitants avec une densité de 507,4 habitants/ km^2 sur une superficie de 184km^2* »[141]. Elle est composée de trois zones dont la zone Bukeye, zone Nyarucamo et zone Busangana. Dans la circonscription de chaque zone, est implanté au moins un centre de santé. Différentes confessions religieuses sont présentes dans la commune Bukeye entre autre la religion chrétienne (catholique et protestante) la plus dominante, les témoins de Jéhovah et la religion musulmane.

[139] P. N'DA, *Manuel de méthodologie et de rédaction de la thèse de doctorat et du mémoire de master en lettres, langues et sciences humaines*, Le Harmattan, Paris 2015, p.146.
[140] La province de Muramvya est composée de cinq communes dont Bukeye, Kiganda, Kivoga, Mbuye et Muramvya.
[141] République du Burundi-Ministère de l'intérieur, *Recensement Générale de la Population et de l'Habitant du Burund*i 2008, Bureau central du recensement, Bujumbura, 2011. Disponible en ligne sur www.isteebu.bi visité le 21/05/201.

Sur le plan de l'éducation, Bukeye compte quarante établissements scolaires : écoles fondamentales et post-fondamentales y compris deux centres de métiers[142]. La commune Bukeye est frontalière avec les communes Matongo, Butaganzwa et Rango de la province Kayanza (au Nord et au Nord-ouest), avec la commune Rugazi de la province Bubanza (à l'Est) et avec la commune Muramvya (au Sud).

III.2. Population d'étude et échantillon

Comme il est mentionné ci-haut, notre enquête est réalisée dans la circonscription de la commune Bukeye en province de Muramvya. Notre population d'enquête est composée des hommes et des femmes actifs[143] et les titulaires des centres de santé.

En effet, nous avons fait appel aux sujets actifs [femmes et hommes] afin de nous rendre compte de comment ils perçoivent les différentes méthodes de régulation des naissances, et quelles sont les attitudes adoptées face au phénomène de la planification familiale qui met en jeu les différentes méthodes et modalités pratiques. Selon la méthodologie choisie pour notre recherche (l'entretien semi-directif appelé entretien qualitatif) détaillé ultérieurement, notre échantillon prétend répondre à l'aspect significatif et non représentatif afin d'entrer, de par « *sa profondeur* » et « *sa flexibilité* »[144]dans la nature des choses des résultats recueillis auprès de nos interlocuteurs.

III.2.1. La constitution de l'échantillon

Le choix d'échantillonnage pour la démarche qualitative est conditionné par deux principes : la diversification et la saturation. Nous avons considéré la commune Bukeye avec ses trois zones et les personnes sexuellement actives auxquelles s'ajoutent les titulaires des centres de santé avec comme modalité : couple, homme, femme, fille-mère et titulaire de centré de santé.

[142]Direction Communale de l'Education Nationale (DCEN). Les établissements scolaires que compte DCEN se regroupent en trois catégories : les Ecoles Fondamentales (ECOFO) et Post-Fondamentales publique que privées ainsi que s les Centres d'Enseignement des Métier (CEM). Il s'agit donc de vingt-trois ECOFO, onze Post-Fondamentales dont deux de l'Enseignement Technique et neuf de l'Enseignement Générale, quatre établissements privés ainsi que deux CEM.

[143] Il s'agit surtout des hommes et des femmes (dans certains cas les couples) qui sont encore dans la dynamique de la procréation : les femmes ne dépassant pas 40 ans de naissance et une dizaine de vie en couple au maximum. Nous ajoutons aussi un nombre minimal des filles-mères.

[144] Selon V. CAMPENHOUDT, un échantillon fondé sur l'aspect significatif et flexible « est toujours susceptible d'être amandé en fonction des résultats du terrain et les premiers enseignements relevés à propos de la question de recherche et de sa pertinence». Cité par C. SCHAUT, « L'entretien qualitatif : une méthode de l'interaction » In J-E. CHARLIER et L-V. COMPENHOUDT (dir.), *4 méthodes de recherche en sciences sociales. Cas pratique pour l'Afrique francophone et le Maghreb*, Dunod, Paris, 2014, p .94.

A chaque croisement nous avons enquêté le même nombre de personnes, d'où le tableau ci-dessous constitue notre échantillonnage.

Tableau 1 : La constitution de l'échantillonnage

Modalité \ Zone		Commune BUKEYE			Total
		Zone Bukeye	Zone Nyarucamo	Zone Busangana	
Personnes sexuellement actives	Hommes	9	9	9	27
	Femmes	9	9	9	27
	Filles-mères	2	2	2	6
	Couples	4	4	4	12
Titulaires de centre de santé		1	1	1	3
Total		25	25	25	75

Source : L'auteur

III.3. Méthodologie de recherche

D'une façon générale, la méthodologie est l' « *ensemble des méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guident la démarche scientifique* »[145]. Or, nous sommes conscients qu'aucune méthode n'est supérieure à l'autre. Celle choisie se justifie prioritairement selon les objectifs de recherche. Pour le cas présent, nous préférons la méthode qualitative. Celle-ci s'appuie sur ses caractères propres : elle est globale, subjective, exploratoire et orientée vers la découverte et la construction; elle se fonde sur l'observation, mais étudie les choses dans leur cadre naturel, avec une grande importance accordée au processus[146].

III.3.1. Technique de recueil de données : entretien semi-directif

L'entretien semi-directif « *s'inscrit dans une démarche dite compréhensive, désireuse de comprendre le monde social du point de vue de l'acteur en adoptant une démarche inductive, partant de ses espaces de vie, à la recherche de ce qu'il a à dire, de ce qu'il fait et de ce qu'il pense* »[147]. Avec celui-ci, l'enquêté a toutes les possibilités de s'exprimer en toute liberté et dans sa spontanéité face à une situation telle qu'elle est présentée par le chercheur. Avec son aspect d'interaction, il favorise le contact direct entre les deux interlocuteurs et accorde plus d'attention à une écoute bienveillante sans toutefois donner place à toute forme de biais pouvant handicaper les résultats de la recherche.

[145] P. N'DA, *Op.cit.* p.144.
[146] *Ibid*. p.146.
[147] C. SCHAUT, *Op.cit.* p .90.

Avec cette technique, nous espérons avoir saisi les différentes polémiques ainsi que les différentes perceptions attribuées aux méthodes de régulation des naissances et ses raisons d'être selon notre terrain d'étude. Le choix de cette technique parmi tant d'autres qui existent se justifie au point que les deux parties se sentent dynamiques.

SCHAUT justifie cette dynamique par trois points importants : tout d'abord l'entretien se développe au cœur d'une interaction interpersonnelle qui lie l'interviewé à l'intervieweur. Ensuite, si le ton est à la conversation ordinaire, l'interview suit malgré tout, une structure, puisque le chercheur se réfère à son guide d'entretien qu'il a élaboré préalablement et qui reprend les différents thèmes à aborder. Enfin, le chercheur est le demandeur de l'entretien ce qui implique l'humilité qui doit le caractériser et non le potentiel conféré par sa position de chercheur devant l'interlocuteur[148].

De façon pratique, cette technique suppose cinq phases : élaboration d'un guide d'entretien, démarrage de l'entretien, introduction du guide, l'entretien proprement dit et l'introduction directe d'un nouveau thème. Pour cette dernière phase, il est question d'introduire des sous thèmes non abordés dans le guide d'entretien afin que tous soient abordés et dévoilés. Le matériel à notre disposition était composé de trois éléments : un guide d'entretien, un stylo et un cahier.

III.3.2. Techniques du choix des sujets: interlocuteurs

La spécialité des sciences sociales, est en principe *« d'étudier les ensembles sociaux comme des totalités spécifiques, différentes de la somme de leurs parties* »[149]. Ainsi pour dire que, l'étude d'un ensemble nécessite souvent de passer par l'étude de ses éléments constitutifs.

En effet, pour nous rendre compte des perceptions et attitudes que la population attribue aux méthodes de régulation des naissances, il nous faut écouter attentivement les utilisateurs (bénéficiaires) de celles-ci d'une part. De l'autre part les personnes auprès desquelles, ils s'adressent : le personnel de santé. Car, son statut social lui permet de découvrir la motivation de leur comportement. Ainsi, il a une connaissance en la matière, et toute la chance d'enregistrer les rapports issus des doléances de ces bénéficiaires.

[148] *Ibid*.
[149] L-V. COMPENHOUDT et al. *Manuel de recherche en sciences sociales (5e édition)*, DUNOD, Paris, 2007, p.209.

Bref, nos sujets auprès desquels nous nous sommes intéressés sont les couples, hommes et femmes, les filles-mères ainsi que les titulaires des centres de santé. Ainsi pour répondre à notre problématique, nous avons récolté des données pouvant nous aider à comprendre différentes perceptions attribuées aux méthodes de régulations des naissances.

III.4. Les démarches de l'enquête

III.4.1. La pré-enquête ou l'enquête exploratoire

Deux moments ont marqué notre enquête exploratoire : la documentation et entretiens exploratoires. En effet, après avoir opté pour le thème ici présent, nous avons passé un bon moment à la documentation d'une part et de l'autre part, nous avons mûri notre documentation, en nous entretenant d'abord avec les personnes ayant dans leurs attributions, la promotion de la planification familiale : la coordination de l'apostolat des laïcs ainsi que les agents de santé. Ensuite, nous avons engagé des causeries avec certaines personnes (hommes ou femmes) rencontrées au hasard. Ceci pour nous rendre compte de l'état de la question. Dans la plupart des cas, certaines d'entre elles, nous ont avoué qu'elles sont en train de pratiquer l'une ou l'autre méthode, notamment les femmes. Ceci nous a servi de base pour la construction du guide d'entretien.

III.4.2. L'enquête proprement dite

Dans le but de bien mener notre entretien qui vise à recueillir des résultats fiables et pertinents, nous avons débuté notre entretien par une salutation ; « mwaramutse », « mwiriwe », etc. (« bonjour », « bon après-midi »). Cela nous permet d'entrer en contact avec celui que nous souhaitons interviewer. Puis, une auto-présentation : qui sommes-nous et le pourquoi de notre travail. Commence enfin l'entretien proprement dit.

Après avoir introduit le thème, nous octroyons libre expression à notre interviewé et notre intervention n'apparaît qu'au cas échéant ou s'il y a un blocage, un malentendu auquel nous voulons faire face pour plus de compréhension ou continuer l'entretien avec entrain. A pas de tortue, on avance d'un thème à l'autre. Nos interviewés sont choisis sur base des critères ci-haut mentionnés. Pour la majorité, ils sont retrouvés chez eux, dans les différents moments de la journée en train de faire des activités de ménages. Et nous avons sollicité un peu de temps pour nous entretenir. Une autre catégorie est retrouvée sur le champ de travail. Notre entretien, n'a, en aucun cas duré moins d'une heure.

Les succès de nos entretiens se résument dans l'actualité et la popularité du sujet selon lequel, au moment actuel, selon les conditions de vie, la plupart de nos interviewés nous ont accueillis favorablement. Ils ont été ouverts envers nous. Cependant, comme dit le proverbe français, « *il n'y a pas de rose sans épines* », certains nous ont accueillis bel et bien dans l'introduction, mais au moment opportun d'entrer au vif du sujet, intervient un blocage catégorique. « Le non-dit » et « le silence absolue », nous ont aussi été donné de retours comme réponse, en supposant pour certains, que, en entrant en long et en large de l'interview, nous voulons espionner la vie privée du couple ou de la fille-mère. De plus, des soupçons circulent en l'encontre de nos objectifs. Pour les cas des responsables des centres de santé, selon notre échantillon, un seul cas, nous a été refusé : nous avons été accueillis et on nous a demandé un peu de patience, mais malheureusement, après plus de deux heures d'attente, nous n'avons pas pu faire l'interview avec le titulaire. L'élasticité de la durée d'interview a perturbé le calendrier (horaire) que nous nous étions proposé d'avance.

III.4.3. Considérations éthiques

Avant de commencer notre recherche, une attestation de recherche (signé par le Doyen de la Faculté) est présentée à l'administration communale (contact physique) et cette dernière a donné son accord. Avec le matériel utilisé (stylo et cahier), nous avons collecté des données et ces dernières sont présentées en respectant l'anonymat sous la forme suivante : un titulaire λ de centré de santé x ou y, un homme ou une femme α, ω de x ans de naissance ou x enfants avec y ans de mariage.

CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Avec ce présent chapitre, il est question d'analyser et d'interpréter de façon approfondie nos résultats recueillis sur terrain tout en faisant une discussion voire une confrontation visant à vérifier notre hypothèse de départ.

IV.1. Présentation des résultats du terrain

IV.1.1. Description de la population étudiée : caractéristiques sociodémographiques et culturelles

IV.1.1.1. Age et sexe

Notre champ d'analyse est constitué d'hommes et de femmes âgés de 20 à 44 ans de naissance. Pour les mariés, le nombre d'années de vie de couple varie entre 1 et 20 ans de mariage dont la tranche la plus représentée est celle de moins de 10 ans de mariage avec 62.5%. Le sexe féminin est le plus représenté avec un taux de 46.7 %.

Tableau 2 : Répartition des cas selon la tranche d'âge de mariage (hormis les titulaires des centres de santé)

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage(%)
< 10	45	62.5
>= 10	27	37.5
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

Tableau 3 : Répartition des cas selon le sexe et couple (y compris les titulaire des centres de santé)

Sexe/couple	Effectif	Pourcentage(%)
Masculin	28	37.3
Féminin	35	46.7
Couple	12	16.0
Total	**75**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.1.2. Activités professionnelles

Notre champ d'analyse est composé en premier lieu par les cultivateurs/éleveurs (56.0%) ; les transporteurs (chauffeurs/taxis vélo/taxis moto) sont représentés dans 25.3% tandis que les fonctionnaires sont représentés dans 6,7%, % et les vendeurs des fruits dans 5.3 %.

Tableau 4 : Répartition des cas selon les activités professionnelles (les titulaires des centres de santé y compris)

Activités professionnelles	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateurs/Eleveurs	42	56.0
Transporteurs	19	25.3
Fonctionnaires	5	6.7
Vendeurs de fruits	4	5.3
Sans	5	6.7
Total	**75**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.1.3. Appartenance religieuse

Hormis les titulaires des centres de santé privés de la présente question, les catholiques sont représentés par 82.0 % tandis que les protestants sont représentés dans 13.9 %.

Tableau 5 : Répartition des cas selon les appartenances religieuse

Appartenance religieuse	Effectif	Pourcentage (%)
Catholiques	59	82.0
Protestants	10	13.9
Sans	3	4.1
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.1.4. Etat matrimonial et mode de vie conjugal

Hormis les titulaires des centres de santé qui ont été privés de la question présente, nos enquêtés sont représentés suivants : veuves 5,6 %, filles-mères 8.3 % et les mariés (couples) 86.1 %. Parmi les couples, 93.5 % vivent avec leurs conjoints de façon permanente (vie conjointe) tandis que 6.5 % vivent le célibat géographique.

Tableau 6 : Répartition des cas selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariés (couples)	62	86.1
Veuves	4	5.6
Filles-mères	6	8.3
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

Tableau 7 : Répartition des cas selon le mode de vie conjugal

Mode de vie conjugal	Effectif	Pourcentage (%)
Vie conjointe	58	93.5
Célibat géographique	4	6.5
Total	**62**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.1.5. Taille actuelle de la famille

Au moment de l'enquête, la taille de la famille se situe entre 1 à 6 enfants dont 52.8% pour la tranche de 1à 3 enfants et 41.7% pour la tranche 4 à 6 enfants. Seuls 5.5% se situent au-delà de 6 enfants. Les titulaires des centres de santé ne sont pas pris en considération.

Tableau 8 : Répartition cas selon le nombre d'enfants : taille actuelle de la famille

Enfant	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	38	52.8
4-6	30	41.7
Au-delà de 6	4	5.5
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1 .1.6 L'idéale de la famille et de l'intervalle d'espacement des naissances

Un taux de 63.9 % de nos enquêtés (hormis les titulaires des centres de santé) souhaite avoir 3 à 4 enfants tandis qu'un taux de 36.1 % préfère se réserver à la question du nombre d'enfants souhaités en attribuant la responsabilité à Dieu : la providence.

Du côté de la durée de l'espacement des naissances, 84.7 % souhaitent espacer les naissances dans un intervalle de 3 à 5 ans. Néanmoins, certaines femmes (15.3 %) attribuent aussi la responsabilité à Dieu. Les titulaires des centré de santé ne sont pas concernés de cette question.

Tableau 9 : Répartition des cas selon l'idéal d'enfants souhaités

Enfants souhaités	Effectif	Pourcentage (%)
3-4	46	63.9
Sans réponse/Providence	26	36.1
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

Tableau 10 : Répartition des cas selon l'idéal d'espacement de naissance

Idéal	Effectif	Pourcentage (%)
3-5 ans	61	84.7
Providence	11	15.3
Total	**72**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.1.7. Niveau d'études

Un taux de 60.0 % de nos enquêtés a terminé l'école primaire, celui de 17.4 % a fréquenté Yagamukama, 13.3% l'école secondaire et 5.3 % jusqu'à l'université tandis que celui de 5.3% seulement était de non instruit.

Tableau 11 : Répartition des cas selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Université	**3**	**4.0**
Secondaire	**10**	**13.3**
Primaire	**45**	**60.0**
Yagamukama	**13**	**17.4**
Aucun	**4**	**5.3**
Total	**75**	**100.0**

Source : L'auteur

IV.1.2. Connaissance sur le Planning Familial

IV.1.2.1. Information sur le Planning familial

A la question de savoir si tous nos enquêtés sont au courant de la planification familiale, la réponse était favorable à 100%.

IV.1.2.2. Sources d'information sur la planification familiale

Parmi les sources d'informations citées, viennent en premier lieu la radio/medias (45.9 %) et en dernier lieu les livres avec 2.8 %.

Tableau 12 : Répartition des cas selon les sources d'information sur la planification familiale

Sources d'informations	Effectif (N=72)	Pourcentage (%)
Média	33	45.9
Eglise	14	19.4
Ecole	8	11.1
Agents communautaires	6	8.3
Centré de santé	4	5.6
Entourage/parenté	4	5.6
Livre	2	2.8

Source : L'auteur

IV.1.2.3. Les émissions diffusées en rapport avec le Planning Familial

La grande partie de nos enquêtés (80.6 %) nous a avoué avoir écouté fréquemment la radio malgré diverses occupations tandis qu'un taux de 19.4 % nous a avoué n'avoir pas écouté fréquemment la radio y compris ceux qui écoutent la radio accidentellement et/ou jamais. Pour la première catégorie, au moins une émission est reconnue : *Irondoka rijanye n'amagara meza* diffusé par la première chaîne de la radio nationale. Les autres émissions citées sont *Ingo n'imiryango* qui vient en second lieu après *Irondoka rijanye n'amagara meza*, *Ni nde ?*, feuilleton *Agashi, Simbakaga* et *Yaga twubake* pour compléter la liste. Toutefois, parmi les 80.6 % qui nous ont avoué avoir écouté la radio fréquemment, 10 personnes (c'est-à-dire un taux de13.9 %) ne sont pas à mesure de citer au moins une émission (les émissions dont il est question sont des émissions qui abordent quelques fois la notion de planification familiale).

IV.1.2.4. Compréhension de la planification familiale

A la question liée à l'«explication » et la « compréhension » personnelle de la planification familiale, 63.9% de nos enquêtés s'exprimaient librement et donnaient sens à leurs connotations personnelles. Le reste c'est-à-dire les 36.1 % préféraient se réserver à la question. Toutefois, la compréhension de la planification familiale diffère selon les uns des autres.

Tableau 13 : Répartition des cas selon la compréhension de la planification familiale

Compréhension/Explication	Effectif (N=72)	Pourcentage (%)
Procréer à la limite des moyens ou avec modération ; « Kuvyara abo dushoboye kurera canke kuvyara kurugero »	24	33.3
Espacer les naissances ; « Gutandukanya imvyaro »	16	22.2
Limiter les naissances ; « Kugabanya imvyaro »	10	13.8
Santé de la reproduction ; « Irondoka rijanye n'amagara meza »	5	6.9
Extinction/disparaître la famille ; « Guhonya umuryango »	4	5.5
Stérilisation volontaire ; « Kwifungisha burundu »	1	1.3

Source : L'auteur

IV.1.2.5. La nécessité du planning familial

Trois réponses sont mises en évidence face à la nécessité de la planification familiale. 77.3 % (y compris les titulaires des centres de santé) sont pour (la réponse affirmative, « oui elle est nécessaire ») contre 13.3 % qui relativisent cette nécessité. En plus, 9.4 % se réservaient sur cette question.

IV.1.2.6. Connaissance des méthodes de régulation des naissances

La grande partie a une idée sur les méthodes de régulation des naissances. Comme nous l'avons constaté, sont citées spontanément différentes méthodes. Quelques méthodes modernes dites artificielles sont devenues populaires tandis que les méthodes naturelles sont à peine citées. Souvent c'est après notre intervention que nos enquêtés se souviennent de l'existence de ces méthodes. Néanmoins, une partie constituée d'hommes suppose n'avoir aucune connaissance sur les méthodes de régulation des naissances car elle n'est capable de citer aucune méthode ni artificielle ni naturelle. En plus les méthodes naturelles sont énumérées dans une confusion totale sans aucune précision sur l'une ou l'autre méthode.

En outre, nous avons constaté que certains hommes semblaient ne pas intéresser et disaient que c'est réservé pour les femmes.

Tableau 14 : Répartition des méthodes de régulation des naissances selon l'ordre de fréquence

Méthodes contraceptives	Effectif (N=72)	Pourcentage (%)
Pilules ; « ibinini »	30	41.7
Préservatif ; « agafuko »	30	41.7
Piqûre trimestrielle ou l'injectable ; « urushinge »	9	12.5
Implant sous-cutané ; « akagegene »	9	12.5
Vasectomie/Ligature des trompe ; « kwifungisha burundu »	9	12.5
Méthodes naturelles ; « uburyo kama »	3	4.1
Stérilet ; « akanyuzi »	2	2.8

Source : L'auteur

IV.1.2.7. Perceptions d'une femme sous traitement de la contraception dans un environnement local

D'un côté, pour les mieux informés sur les bienfaits de la planification familiale, cette pratique est devenue normale au point où un couple qui y adhère est considéré comme modèle. De l'autre côté, est souvent, taxée d'immoralité et de déviance sociale, une femme soumise au traitement de la contraception.

IV.1.2.8. Différentes ressources/fournisseurs des méthodes de régulation des naissances

Les fournisseurs des méthodes du planning familial sont limités à 3 selon les propos de nos interlocuteurs. Sont cités les structures sanitaires, les agents communautaires et l'Eglise catholique. En outre, ces structures (c'est-à-dire les structures sanitaires en collaboration avec les agents communautaires et l'église catholique) sont les seules sources auxquelles les couples s'adressent en cas de nécessité des méthodes de régulation des naissances.

Tableau 15 : Réparation des fournisseurs des méthodes de régulation des naissances selon l'ordre de fréquence

Fournisseurs	Effectif (N=72)	Pourcentage (%)
Structure sanitaires	72	100.0
Agent communautaire, « abaremeshakiyago »	21	29.1
Eglise catholique	20	27.8

Source : L'auteur

IV.1.3. Pratique du planning familial

IV.1.3.1. Etat actuel de la pratique du planning familial

Au cours de l'enquête, 54.1 % des enquêtés ont avoué être sous traitement d'une des méthodes de régulation des naissances contre 38.9 % qui ne sont pas sous traitement des méthodes de régulation des naissances. Le reste (7 %) est composé de ceux qui n'osent pas se prononcer.

IV.1.3.2. Les méthodes préférées

Nous avons regroupé en 4 rangs les méthodes les plus préférées. La piqûre ou l'injectable vient en premier lieu tandis que les méthodes naturelles viennent en dernier lieu. Sur cette question, nous avons constaté qu'il est difficile de se prononcer sur la méthode en cours d'utilisation la preuve en est que les chiffres sont plus bas par rapport aux cas précédents.

Tableau 16 : Répartition selon les méthodes de régulation des naissances préférées

Méthodes préférées	Effectif (N=72)	Pourcentage (%)
La piqûre ou injectable	6	8.3
Les pilules	4	5.6
Le stérilet et implant sous-cutané	2	2.8
Méthodes naturelles	2	2.8

Source : L'auteur

IV.1.3.3. L'initiative d'admission

A la question suivante : « y'a-t-il un médecin ou un leader religieux, etc. qui t'aurait proposé (ton conjoint) d'utiliser une contraception *?* » Nos enquêtés (bien évidemment ceux qui ont adhéré à la planification familiale) affirmaient que, l'initiative d'adhérer à la planification familiale vient du bénéficiaire (voir le couple) lui-même. En outre, les renseignements reçus de la part des structures sanitaires, de l'église, des causeries engagées avec les voisins, les parentés, les collègues et les contraintes socioéconomiques ont énormément contribué pour mûrir cette décision.

IV.1.3.4. Raisons d'abandons des méthodes de régulation des naissances

Les raisons qui causent le médiocre succès du planning familial citées sont l'inefficacité, les effets secondaires, l'opposition du conjoint, contraintes socioculturelles et religieuses, l'imposition d'une méthode contre le choix du bénéficiaire, etc.

IV.1.3.5. Les effets secondaires relevés

A la question suivante : « y'auraient-ils des effets secondaires liés à cette méthodes que vous sentiez ? » Selon la méthode encours, nos enquêtés relevaient des effets secondaires souvent observés : saignement, mal au dos, maux de ventre, prise de poids, perte de poids**,** gonflement de l'utérus et d'autres maladies qu'ils n'arrivaient pas à nommer selon les cas.

IV.2. Analyse et interprétation des données

Comme nous l'avons signalé ci-haut, notre terrain a enregistré 75 cas d'entretien au total dont 27 femmes, 27 hommes, 12 couples, 6 filles-mères et 3 titulaires des centres de santé. Cela n'est nulle part le résultat du hasard : il y a plusieurs raisons de pouvoir choisir plus de femmes que des hommes, d'opter pour les couples, et ainsi de suite.

En effet, en matière de planification familiale, les femmes sont les plus ouvertes à toute connaissance car elles fréquent souvent les structures sanitaires. Cet avis nous la partageons avec DESALLIERS dans le sens où, d'une part,

> (…) elles consultent les infirmiers pour l'accouchement, les tests postnataux et pour la santé de leurs enfants. Elles reçoivent donc en premier les informations au sujet de la planification familiale et connaissent mieux les différentes méthodes existantes que les hommes. Elles agissent le plus souvent comme des vecteurs d'information entre les infirmiers et leurs maris, soit en proposant directement l'utilisation d'une méthode contraceptive, soit en le suggérant (…)[150].

D'autre part, « *le premier est le rôle prédominant de la femme dans le processus biologique de la reproduction qui conduit à mesurer la fertilité d'un couple quasi exclusivement par les caractéristiques biologiques de la femme (…)* »[151].

Autrement dit, nous sommes d'accord avec l'idée de LOCOH selon laquelle la femme est la première concernée puisqu'elle met au monde les enfants, parfois au détriment de sa santé, elle réalise l'essentiel des tâches liée à leur éducation. D'où c'est elle qui doit pouvoir décider du nombre et de l'espacement des enfants, malgré le fait que dans certaines cultures l'autorisation du mari est nécessaire pour accéder à la contraception[152].

[150] J. DESALLIERS, « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Vol 52, 2009, p.37.
[151] A. ANDRO et al. *Op.cit*. p .5.
[152] T. LOCOH, *Op.cit*. p.12.

En outre, la part des hommes nous a été plus nécessaire puisqu'ils ont aussi une place qui leur est réservée en ce domaine et qui n'est nullement moindre. Nous sommes d'accord avec ANDRO et ses compagnons dans le sens qu'en cette matière, c'est-à-dire en matière de la reproduction, *« les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes des processus de la procréation : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une large part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale, comme détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique* »[153]. Et, ajoute DESALLIERS, « *l'approbation du mari demeure essentielle puisqu'il agit en autorité décisionnelle et fournit les moyens nécessaires pour entamer la démarche contraceptive (…). Leur rôle [les hommes] se restreint à donner l'approbation, même s'il s'agit d'une approbation tacite* »[154].

En plus, le couple conjugal solidaire est traditionnellement considéré comme la clé de voûte de la reproduction. Ce qui conduit à mettre en valeur le dialogue d'une part afin de répondre aux questions et exigences en rapport avec la planification familiale d'où la raison de nous entretenir aussi avec les couples.

A titre idéationnel, nous avons choisi de mettre en italique les mots moteurs significatifs de chaque situation. Ces mots nous servent à mieux approfondir différentes attitudes relevées au fur et à mesure. Les verbatims sont présentés en deux moments : repris en kirundi et puis traduits en français ou vice versa et se trouvent entre guillemets, tout en respectant l'anonymat.

IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles

IV.2.1.1. Age

Pour notre étude, les extrêmes d'âge étaient de 20 ans pour l'âge le plus jeune et 44 ans pour le plus âgé. Le nombre d'années de vie de couple écoulé compris entre 1 à 20 années dont la tranche de moins de 10 ans représente 62.5% de celle de 10 ans et plus représente 37.5%. Ceci s'explique par le fait que notre travail était orienté vers les personnes actives en matière de procréation. Etant mariées, elles vivent en union et en pleine expérience de l'activité génitale.

[153] A. ANDRO et al. *Op.cit.* p.3.
[154] J. DESALLIERS, *Op.cit.* p. 38.

Plus encore, au-delà de deux ans de mariage par exemple, pas mal de couples se retrouvent déjà avoir au moins deux enfants successifs. C'est à ce stade qu'on commence à penser à la régulation des naissances.

IV.2.1.2. Activités professionnelles

Comme nous l'avons souligné précédemment, la population enquêtée est faite en grande partie d'cultivateurs/éleveurs (56.0 %) en premier lieu. En second lieu, viennent les chauffeurs/taxis-vélos/taxis-moto (25.3 %). Suivent les fonctionnaires (6.7 %) et les vendeurs à la sauvette des fruits et autres articles (5.3 %). Seuls 6.7 % de nos enquêtés n'ont pas voulu s'exprimer sur leurs professions. Les relevés de l'enquête sur terrain peuvent s'expliquer du fait que notre étude s'est réalisée majoritairement dans le milieu rural où la grande majorité vit de l'agriculture et de l'élevage d'une part. Dans ce même fil d'idée, les statistiques nationales prouvent que l'agriculture est « *la première source de revenus pour plus de 90 % de la population* »[155]. De l'autre part, nos enquêtés exercent leurs activités quotidiennes au centre Bukeye ; un milieu semi-urbain où les jeunes gens vivent de la *débrouillardise*. Ils se battent pour gagner du pain quotidien. L'expérience quotidienne suit une orientation bipolaire au cours du temps: l'expérience montre que les jeunes hommes s'orientent vers le métier de chauffeur tandis que les jeunes filles s'occupent souvent du commerce ambulant des fruits et des légumes. Toutefois, les jeunes filles sont moins observées par rapport aux garçons, effet culturel qui favorise moins les filles que les jeunes gens en matière de la *débrouillardise*. Elles vaquent obligatoirement aux activités ménagères comme le renforce certaines expressions significatives culturellement «umuzenzwanzu», « umunyakigo », etc. (traduit : « gardienne de la maison »).

IV.2.1.3. Appartenance religieuse

Les données récoltées sur terrain, nous ont montré que parmi nos enquêtés, 82.0 % sont de l'église catholique, 13.9 % sont des églises protestantes et seuls 4.1 % de nos enquêtés ne se prononçaient pas à propos de leurs croyances. Ces données peuvent coïncider avec celles de RGPH[156] de 2008 selon lesquelles, globalement, que ce soit dans les milieux urbains ou

[155]République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique (Brochure n°5)*, PNSR, 2010, p.2.
[156]République du Burundi-Ministère de l'intérieur, *Recensement Générale de la Population et de l'Habitant du Burund*i 2008, Bureau central du recensement, Bujumbura, 2011. Disponible en ligne sur www.isteebu.bi visité le 21/05/201.

ruraux, les catholiques viennent au premier rang, viennent au deuxième rang les protestants. Cela est aussi vrai de la commune Bukeye.

IV.2.1.4. Etat matrimonial et mode de vie conjugal

Hormis les titulaires des centres de santé qui ont été privés de la question présente, nos enquêtés étaient composés de veuves 5,6 %, filles-mères 8.3 % et les mariés (couples) 86.1 % dont 93.5 % vivent avec leurs conjoints de façon permanente (vie conjointe) tandis que 6.5 % vivent le célibat géographique. Cette situation peut être expliquée du fait que nous avons effectué l'étude en milieu rural où la majorité préfère camper sur la propriété de leurs arrière-grand-père (Itongo ry'umuheto). Ils l'exploitent pour la survie de leurs familles. La preuve en est que la majorité de la population est surtout rurale comme nous l'avons souligné ci-haut et vit de l'agriculture. C'est ainsi que la plupart vit en permanence avec leurs conjoints.

IV.2.1.5. Taille actuelle de la famille

En général, la taille actuelle de la famille, ici pour le cas des familles, se situe entre 1 à 6 enfants dont 52.8% pour la tranche de 1à 3 enfants et 41.7% pour la tranche 4à 6 enfants. Seuls 5.5% se situent au-delà de 6 enfants. Cela n'est pas loin de l'idéal type de la culture et la tradition burundaise. Celles-ci retiennent que les liens du mariage s'arrosent par des fruits, selon lesquels «*vaut mieux, avoir plus d'enfants pour que la famille puisse être honorée* »[157]. Ainsi donc, la seule raison qui pourrait expliquer ce phénomène est que les Barundi adhèrent à la *culture pro-nataliste* et il en est de même aujourd'hui pour la population rurale. Une autre raison, comme le soulève KAZINA est que, « *un mariage qui n'est pas couronné par des naissances dans notre culture, est un échec (…). La fécondité est certes une grande valeur humaine, mais mal contrôlée, elle peut devenir un fléau social*»[158]. Le deuxième aspect de cette affirmation explique une petite portion de la population qui essaie de répondre à l'idéal de la culture en tenant compte de leur faisabilité. C'est souvent le cas pour une population vivant en milieu urbain qui a déjà compris le bien-fondé de la *paternité-maternité responsable.* Pour elle le nombre d'enfants varie bien entendu en relation inverse avec le niveau d'instruction[159].

---

[157] H. MEYER et al. *Op.cit.*, p. 147.
[158] I-M. KAZINA, « Propositions pour une pastorale familiale inculturée au Burundi », *Au cœur de l'Afrique*, 1-2, pp 139-175, Les Presses Lavigerie, Bujumbura 2002, pp. 152.
[159] *Ibid*. p.153.

Notre travail s'inscrit dans la logique qui nous permet de comprendre aussi le lien existant entre la taille de la famille et l'admission à la contraception dans l'une ou l'autre famille. Compte tenu de notre recherche, nous avons pu comprendre que l'idée de réguler les naissances commence quelques années après le mariage. Ce phénomène peut s'expliquer aussi par le fait que, comme le soulignent DIBAKANA, « *les influences et l'adhésion à un contraceptif moderne ne peuvent bien sûr concerner que les familles d'au moins deux enfants d'un certain âge*»[160]. Selon nos enquêtés, les motivations pour adhérer à la planification familiale se diffèrent les uns des autres :

a. La santé de la mère et de l'enfant ;

Sur ce, un couple ayant trois enfants nous a avoué qu'il est bon de réguler les naissances pour la santé de la mère et de l'enfant. Il disait ceci : « *A trois ans au moins, un enfant est équilibré, capable de mange tout. En outre, des naissances espacées garantissent pour la mère un temps suffisant d'entretenir l'enfant et de se rétablir* ».

> « *umwana akurikiwe afise imyaka itatu ntaba akigorana, aba ariko araca ubwenge kandi no gufungura aba afungura vyose »*,
>
> *« Umwana akurikiwe akuze umuronkera umwanya ukwiye wo kumukurikirana neza kuvyerekeye ubuzima bwiwe »*,
>
> *«Kugira baronke amagara meza, na nyina aronke amagara meza kandi aruhuke* »[161].

b. Contraintes socioéconomiques : la vie chère, manque de patrimoine familial

Pour nos enquêtés, le coût de la vie est élevé, voir les parcelles qui se réduisent en dimension du jour au lendemain, raison pour laquelle il est bon de réguler les naissances. Une femme mère de cinq enfants s'exprimait ainsi :

« *Kubera turiko twihweza iki gihe ubuzima burazimvye, nukuvyara bake kweli »*,

« Amatongo yaraze, bitayeko ukurikije umwana akiri muto, birabuza umuvyeyi ibikorwa ».

[160]J.-A. DIBAKANA MOUANDA, « Maîtrise de la fécondité et familles : les déterminants microsociaux de la contraception en milieu urbain africain. L'exemple du Congo-Brazzaville », in J.-A. DIBAKANA MOUANDA et J-P. MISSIE (dir.), *L'Afrique des familles. La famille dans l'Afrique contemporaine, entre changement et permanence*, L'Harmattan, Paris, 2018, p. 252.

[161] Entretien avec un couple, 6 ans de mariage, zone Bukeye, le 23/4/2021.

Littéralement traduit : « *Quand nous essayons de voir, actuellement la vie est chère, il est vraiment bon de limiter les naissances. En outre, les propriétés familiales sont limitées. Bien évidemment, les grossesses trop rapprochées empêchent la mère de vaquer aux activités ordinaires »*[162].

IV.2.1.6 Niveau d'instruction

Selon les données recueillies sur notre terrain, 60 % n'ont que l'école primaire, 17.4% Yagamukama, tandis que 13.3% sont arrivés à terminer l'école secondaire et 5.3 % jusqu'à l'Université. Ceci peut se justifier aussi par le fait que, sur le plan national, les statistiques montrent que le niveau d'étude diminue en fonction du niveau d'instruction élevé.[163] Et comme nous allons le voir plus tard, il y a une interrelation entre le niveau d'instruction, le niveau d'information à la contraception et l'applicabilité de cette dernière. Bien entendu, la connaissance précède l'applicabilité et le niveau d'information a plusieurs chances d'influencer le niveau de connaissance.

IV.2.1.7. L'idéal de la famille et de l'intervalle d'espacement des naissances

a. Un caractère pro-nataliste

63.9 % de nos interlocuteurs souhaitent avoir 3 à 4 enfants tandis que 36.1 % préfèrent se réserver de la question du nombre d'enfants souhaités en attribuant la responsabilité à Dieu : *la providence*. Pour le premier cas, la réponse relèverait d'une double signification : le *caractère pro-nataliste* qui encourage et les *contraintes socioéconomiques* qui obligent à limiter les naissances. D'un côté, le caractère pro-nataliste incite les familles à avoir le plus d'enfants possibles car elles tirent d'eux plusieurs profits : valeur humaine et sociale, et économique.[164]

En effet, l'enfant est l'une des valeurs précieuses et fondamentales dans la culture burundaise. Pour ce faire, on constate de façon générale que l'enfant reflète la *valeur humaine, sociale, économique, une main-d'œuvre,* etc.

[162] Entretien avec une femme ω, âgée de 35 ans et 10 ans de mariage, zone Bukeye, le 30/4/2021.
[163] République du Burundi-Ministère de l'intérieur, *Recensement général de la population et de l'habitant du Burundi,* Bureau central du recensement, Bujumbura 2011. Disponible en ligne sur www.isteebu.bi visité le 21/05/201.
[164] Z. MANIRAKIZA, *Op.cit.*, pp. 272-273.

> La valeur humaine et sociale de l'enfant transparaît à travers beaucoup de textes littéraires, de pratiques coutumières et d'expressions populaires. L'enfant est l'image de ses parents et la garantie de la perpétuation de la famille. Il est le futur héritier du patrimoine et de la richesse de ses parents ou de ses aïeux. Il est le futur agent producteur de biens économiques, pour sa famille, et le défenseur de celle-ci en cas d'attaque par tout agent agresseur.
> En milieu rural, l'enfant reste considéré comme le don le plus précieux de Dieu et le trésor le plus enviable. Même dans les régions surpeuplées où on ressent le poids économique et démographique, cette mentalité nataliste reste vivace. De nombreux faits montrent que la société burundaise actuelle est encore plus fortement pénétrée des conceptions natalistes traditionnelles et attachée aux activités agro-pastorales typiquement rurales.
> La valeur économique de l'enfant y apparaît nettement dès le moment où ses parents ou ses parentés commencent à tirer profit de ses services : puiser de l'eau, chercher du bois de chauffage, s'occuper de la cuisine, porter au dos les plus petits enfants, cultiver, etc. Dès ce moment, l'enfant devient une unité supplémentaire pour accroître la production familiale. Ainsi plus on a une grande main-d'œuvre qui conjugue les efforts pour assurer la prospérité de la famille[165] .

L'enfant hausse *le rang social* de la mère. Il participe à son *intégration* comme il est intériorisé lors des berceuses[166]. Néanmoins, les contraintes socioéconomiques poussent les familles à limiter les naissances et à passer outre les présupposées valeurs d'autrefois. Les problèmes socioéconomiques et sociodémographiques prennent comme cause ultime la planification familiale. Ainsi, la densité élevée de la population accentue la problématique agricole. Alors que l'agriculture est la première source de revenus de la grande majorité de la population (plus de 90% de la population pour le cas du Burundi), la taille de l'exploitation agricole s'atomise, les espaces agricoles surexploités, sans repos et sans engrais se détériorent. Cette situation entraîne la disette, la malnutrition et la paupérisation. Par conséquent il devient difficile d'assurer les frais de scolarisation et de soins médicaux. Ce sont finalement tous les secteurs de la vie qui sont en corrélation avec la question de la population[167].Ce constat explique le pourquoi du désir de réguler ou limiter les naissances et de répondre aisément à notre question de l'idéal des enfants souhaités.

Pour le second cas, nous constatons, *l'irresponsabilité* d'une part, dans la mesure où les parents n'assument pas leur *paternité responsable* et se cachent derrière la *providence divine.*

[165] Z. MANIRAKIZA,*Op.cit.*, p.273.
[166]*Ibid.*
[167] République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique, (Brochure n°5)*, PNSR, Bujumbura, 2010, p.3.

Cependant, nous constatons dans leur propos qu'ils décèlent une nécessité de bien réguler les naissances, la difficulté pour eux est de faire les leur cette décision faute de plusieurs mobiles. Par conséquent, la simple raison qui sort de façon spontanée n'est que se couvrir des convictions religieuses que tout dépend de la *providence divine*. Cela se remarque dans l'entretien suivant :

Une femme ayant l'expérience de dix ans de mariage avec 4 enfants répondait à la question comme suit : « *Ab'Imana izompa kuko vyose ni Imana ibigira* ». Elle ajoute : « *N'ubu kubwanje nashaka gushikana abo mfise ariko bikor'Imana n'ukuri. Ari ivyo nigirira boba abo.* » Traduction littérale, « *ceux que Dieu me donnera puisque c'est Lui seul qui le fait. »* Ajoute-t-elle *: « De ma propre volonté, j'aurais terminé là, mais en vérité c'est Dieu qui le fait. Sinon personnellement, les 4 enfants me suffisent*»[168].

b. La dialectique « paternité responsable – fécondité raisonnable et harmonisée »

Avec l'encyclique « Humanae vitae », la problématique de régulation des naissances met en évidence la *paternité responsable* et la mise *en exercice de la raison :* la conscience de paternité responsable, la connaissance et le respect des lois biologiques et rythmes naturels de fécondité, la raison et la volonté de maîtriser l'instinct et les passions, la détermination réfléchie et généreuse.[169] Tous ces aspects sont aussi relevés pour réussir à la méthode de *l'auto-observation* ayant la finalité de répondre à cette problématique mais seulement dans le respect des lois de la nature biologique de la femme qui met l'accent sur *l'abstinence*. Dans ce même ordre d'idée, MIBURO parle de la fécondité *raisonnable* et *harmonisée*. Autrement dit, « *les parents auront à juger dans chaque cas si en acceptant un enfant de plus, ils seront capables d'assurer son éducation et continuer à remplir les devoirs qui leur incombent*»[170].

D'autre part, nous constatons *l'irresponsabilité* entremêlée avec *l'ignorance* de ne pas vouloir s'embrouiller avec des histoires du planning familial comme tout semble absurde pour certains. C'est le cas d'un jeune homme de 30 ans qui répondit à la question liée à l'idéal des enfants souhaités. Celui-ci dit avec arrogance « *ndakwisavye, ndabakoze iki ? Ntibikenewe sha! Urabavyara nawe ivyo uribaza* » ; qui se traduit littéralement, « *laissez-moi tranquille,*

[168] Entretien avec une femme ω, âgée de 32 ans et 10 ans de mariage, zone Busangana, le3/5/2021.
[169] M. SCHOOYANS, *Op.cit*. pp. 73-74
[170] T.MIBURO, *Op.cit.*, p.40.

j'engendre les enfants pour en faire quoi ? Cela est inutile! Engendrez-les-vous aussi, comme vous y pensez »[171].

Du côté de l'idéal de la durée de l'espacement des naissances, à la question ; comment souhaiteriez-vous espacer les naissances en terme d'années entre une naissance et une autre. 84.7 % souhaitent espacer les naissances dans un intervalle de 3 à 5 ans. Néanmoins, certaines femmes (15.3 %) attribuent aussi la responsabilité à Dieu. Elles se réservent et échappent à la question. Une femme de trois enfants répondait ainsi: « *Haaaaa, ico kibazo kiragoye kwishura ; ivyo nipfuza sivyo biba. Havyar'Imana erega!* ». Traduit, « *Haaaaa, cette question semble être difficile à répondre car ce que je veux peut ne pas être réelle. C'est Dieu qui engendre!* »[172] Une autre femme d'une expérience de 5 ans de mariage ajoute: « *Aho Imana ishakiye* », traduit « *au moment où Dieu voudra*»[173].

Nous avons aussi enregistré un cas d'une femme qui se lamente d'avoir déjà 5 enfants. Pour elle, si elle avait été informée de la planification familiale auparavant, elle aurait mis au monde moins de 5 enfants. Elle répondait en ces mots : « *Naha nararengeje. Uwo vyokundira imyaka itatu canke irenga bivanye n'uburyo umuntu afise*». Traduit ; « *En cas normal, j'ai déjà dépassé. A celui qui le peut trois ans voir plus pour espacer une naissance à une autre sont nécessaires bien évidemment en tenant compte des moyens qu'il a* »[174].

Dans pas mal d'interventions, nous avons pu ressortir des raisons qui poussent les uns et les autres à avoir plus d'enfants mais tout de même avec modération. Soit pour la santé de la mère, la santé de l'enfant et ses ainés ou ses petits-frères. Soit la vie chère, des conditions économiques : manque de terres à exploitées. Mais aussi pour des raisons économiques selon lesquels la famille tire profit des services des enfants.[175]

Une affirmation double de signification est relevée de la part d'un couple ayant 3 enfants avec sept ans de vie conjugale. Le couple répondait à la question ainsi : « *Reka sha reka, ntagukurikiza umwana atanavoma. Kumyaka itatu canke irenga ni vyiza, kubera ko abo mfise bakurikiranye kare, ubu ndahaye ndabona ko kuvyara atabutunzi burimwo* ». Littéralement traduit « *Laissez ces histoires, ce n'est pas bon de donner naissance des enfants successifs dont l'aîné est même incapable de puiser de l'eau. Au moins trois ans voir plus c'est mieux,*

[171] Entretien avec un jeune homme α, âgé de 30 ans, zone Bukeye, le 23/4/2021.
[172] Entretien avec une femme α, âgée de 28 ans et 6 ans de mariage, zone Busangana, le 3/5/2021.
[173] Entretien avec une femme ω, âgée de 21 ans et 5 ans de mariage, zone Nyarucamo, le 7/5/2021.
[174] Entretien avec une femme ω, âgée de 32 ans et 12 ans de mariage, zone Bukeye, le 23/4/2021.
[175] Z. MANIRAKIZA, *Op.cit*., p.272.

car tenant compte de ma situation, je comprends d'ores et déjà la réalité: les enfants ne sont pas du tout une richesse»[176].

Ceci relève de la prise de conscience des parents à l'égard de leur situation familiale voir aussi à l'égard de la culture ou la tradition face à une progéniture nombreuse d'où l'idéal d'une descendance modérée. Sociologiquement, ceci pourrait être expliqué aussi par la logique du choix *rationnel énoncé* par Boudon pour qui, dans tout phénomène, l'individu agit sous l'empire d'un «calcul des plaisirs et des peines» ou, «calcul coût-avantage» ou «calcul coût-bénéfice»[177] ; un point de vue partagé clairement par quelques sociologues notamment Weber et Tocqueville : l'acteur fait ce qu'il fait, croit ce qu'il croit parce qu'il a raison de faire ce qu'il fait ou de croire ce qu'il croit[178]. Autrement, malgré les considérations culturelles et traditionnelles, le choix délibéré des parents pour ce qui est du nombre d'enfants et de la durée d'espacement d'une naissance à une autre, leur appartient.

IV.2.2. Connaissance sur le Planning Familial

IV.2.2.1. Une population bien informée sur le Planning familial

Le terrain où nous avons réalisé notre étude (c'est-à-dire à Bukeye), nous a fait comprendre que la population est au courant de la planification familiale. En effet, nos enquêtés ont répondu favorablement avoir déjà entendus parler de la planification familiale. Cependant, cela ne nous empêche pas d'affirmer que tout le monde n'est pas intéressé à cette dernière.

Donc nous avons constaté que certains de nos enquêtés semblent ne pas intéresser. Ils ne veulent pas même engagés une discussion à propos. Ainsi donc, ils s'affirment vraiment *autonome.*

Sur ce, à la question : « As-tu déjà entendu parler du planning familial ?»Un jeune homme de 30 ans répondait « *oui, mais cela ne me concerne pas* » (« *ego, ariko jewe ivyo ntibindaba* »)[179].

Ce qui est intéressant est que personne ne se déclarait tête vide face à ce phénomène, c'est-à-dire qu'il ne sait pas de quoi il s'agit, car indépendant de soi, des informations à propos circulent ici et là. La seule différence se trouve dans la manière dont les uns des autres considèrent ces informations.

[176] Entretien avec un couple, 7 ans de mariage, zone Bukeye, le 17/4/2021.
[177] B. RAYMOND. *Op.cit.* p.10.
[178] *Ibid.*
[179] Entretien avec un jeune homme X, âgé de 3O ans, zone bukeye, le 23/4/2021.

IV.2.2.2. Sources variées d'information

Différentes sources d'informations sont évoquées par nos interlocuteurs. Entre autre nous pouvons les mettre en deux classes : les sources les plus citées et les moins citées. La première classe est composée de : radio/média, églises, centre de santé, parentés/voisins /collègues et agents communautaires tandis que la deuxième constitue les livres/journaux et l'école.

En effet, la simple raison qui justifie cette deuxième classe est que la population rurale de Bukeye représente un plus petit nombre qui va au-delà de l'école primaire. Or l'école en tant que source d'information de la contraception ne remplit cette tâche qu'à partir de l'*école secondaire* au cours de laquelle la matière contenant les notions de santé reproductive ainsi que des séances d'animation et d'information sur la contraception.[180] Il en est de même pour les livres/journaux. C'est le niveau d'instruction qui influence la lecture des livres et des journaux.

En outre, la majorité nous a avoué avoir écouté souvent la *radio*. Certes, la radio, (tout comme les media), sert à une double finalité : *l'auto-information* et *l'auto-apprentissage*. A travers cette source, différentes émissions en particulier les émissions sur la santé sont diffusées par différentes chaînes. Mais rares sont celles qui affirment suivre régulièrement la radio et cela pour plusieurs raisons. Les émissions les plus retenues et les plus évoquées sont les suivantes : *Irondoka rijanye n'amagara meza, Ingo n'imiryango, Ni nde ?, Yaga twubake* diffusées sur la première chaîne de la radio nationale, Feuilleton *Agashi* et *Simbakaga* diffusées sur la plupart des chaînes émettant sur le territoire. L'é*mission Irondoka rijanye n'amagara meza* est l'émission la plus citée. D'une façon générale, la radio est écoutée de façon passagère ; les gens sortent dans la matinée pour s'occuper des activités multiples surtout les activités *agro-pastorales* pour la survie de la famille et regagnent la maison le soir pour s'occuper des activités domestiques surtout les femmes qui sont plongées dans ce genre d'activités.

Au même moment que les femmes s'occupent de leurs enfants, en train de préparer le repas et d'autres activités domestiques le soir, c'est le même moment de pouvoir écouter aussi la radio pour qui en a bien sûr. C'est à ce moment que certaines émissions sont captées. Mais l'écoute comme le souligne nos interlocuteurs n'est nulle part *assidue.* Elle n'est pas non plus *attentive* car la femme est à ce moment tiraillée par des activités les plus utiles disaient-elles.

[180] M. WINCKLER, *Contraception mode d'emploi*, Au diable Vauvert, SL, 2003, p.477.

Souvent comme elles affirment, ne se souviennent même pas du contenu de l'une ou l'autre émission passée. C'est ainsi que nous avons constaté qu'une catégorie de personnes qui affirment et répondent favorablement « *oui, nous écoutons la radio* » ; ces personnes ne sont pas à mesure de relever au moins une émission dans laquelle elles ont entendu parler de la planification familiale. Un autre motif est qui handicape le suivi des émissions jugées bonnes et citées ci-haut est que leurs moments de diffusion sont en inadéquation avec les moments forts qu'on pourrait suivre la radio. Certaines, voir la majorité sont diffusées dans les moments de la journée. A ce moment, les gens sont occupés par des activités agro-pastorales ou domestiques pour les femmes en particulier. (Plus loin nous verrons la grille des émissions axées sur la promotion sanitaire à la première chaîne de la radio nationale).

IV.2.2.3. L'implication de l'Eglise en matière de procréation

L'autre source la plus citée par la majorité est l'*Eglise (catholique)*. Ceci peut être expliqué par le fait que sur le territoire de la commune Bukeye, dominent les catholiques. Particulièrement l'Eglise catholique s'implique en cette matière. C'est avec la publication de l'encyclique *Humanae vitae* (1968) que le catholicisme conjugue son effort pour la promotion de la planification familiale à travers la pastorale de la famille. Pour ce faire, l'Eglise catholique met en place quelque « *perspectives pastorales : quelques urgences* »[181] dont le bien-fondé est d'instaurer un Centre National de Pastorale Familiale qui serait comme un laboratoire de tous les problèmes familiaux et la recherche de leurs solutions ; y inclut aussi le problème de régulation des naissances dite aussi, *la paternité responsable.*[182]

> L'Eglise du Burundi doit faire de son mieux pour promouvoir une catéchèse familiale inculturée, partant de la famille. Pour ce faire, (…) afin de favoriser la formation permanente de la famille : sessions, retraites, réflexions et échanges sur la vie familiale, préparation des jeunes au mariage et accompagnement des jeunes couples, l'Eglise du Burundi ferait mieux de mettre sur pied un Centre National de Pastorale Familiale qui serait comme un laboratoire de tous les problèmes familiaux et la recherche de leurs solutions[183] .

Pour renforcer la pastorale de la famille, elle fit naître dans les années 1984, par proposition de la Conférence des Evêques catholiques, l'Action *famille.*[184] Cette dernière a été suscitée par une préoccupation de la Conférence épiscopale du Burundi : « *La dépréciation*

[181] I-M. KAZINA *Op.cit*. 2002, p. 143.
[182] M. SCHOOYANS, *Op.cit*. p.73.
[183] I-M. KAZINA, *Op.cit.* p. 143.
[184] E. NIRAGIRA, *Applicabilité de la planification familiale naturelle*, Thèse de doctorat, Université du Burundi, p.23.

progressive de l'amour conjugal, une procréation inconsciente et irresponsable de certains et une démographie galopante dans notre pays »[185]. Selon la Conférence épiscopale, « *il s'agit d'une action éducative concernant la famille : éduquer l'individu à adopter un modèle de vie basé sur le discernement et le bon exercice de ses responsabilités de personne humaine en général, de conjoint et de parent en particulier* »[186]. L'Action famille prône les méthodes naturelles au détriment des méthodes modernes. C'est ainsi que selon les circonstances : au cours de la messe au moment de l'homélie, les retraites, les recollections, etc. les fidèles catholiques se confrontent aux réalités liées à la régulation des naissances en termes de paternité responsable.

IV.2.2.4. Qu'en est-il des centres de santé?

Les *centres de santé* sont aussi cités comme la source d'information. Les gens qui fréquentent les centres de santé pour des soins médicaux bénéficient des instructions sanitaires qui incluent le planning familial. Des médecins et des infirmiers instruisent les femmes et d'autres patients au cours des consultations prénatales, des vaccinations des enfants et autres moments d'animation. Au moins trois fois la semaine, selon l'organisation de chaque centré de santé, sont prévues des séances matinales au cours desquelles, le personnel aborde quelques problématiques liées au planning familial, à la nutrition, la vaccination, la lutte contre les épidémies, etc. Cela a été remarqué au moment où nous nous sommes rendus au centre de santé de Busangana. Chaque séance dure au moins 45 minutes et cette dernière précède toute autre activité. Ceci a été souligné par les titulaires des centres de santé comme ; l'une des stratégies mis en œuvre pour la promotion du planning familial.

Les *agents communautaires* (abaremeshakiyago) sont aussi à l'œuvre sous l'encadrement du personnelle des structures sanitaires pour la décentralisation et ils sont disponibles depuis les sous-collines. Aussi, le service du planning familial est toujours ouvert tous les jours de travail pour les familles qui demandent conseils et qui viennent pour la consultation.

IV.2.2.5. Sources de voisinage

Les *parentés/voisins /Collègues* sont les sources d'informations à travers lesquelles peut se faire la propagande de la planification familiale. Des discussions du genre peuvent être occasionnées par certaines opportunités où les uns et les autres se rencontrent.

[185] T.MIBURO, *Op.cit.* p. 71.
[186] *Ibid.*

Soit dans le voisinage surtout pour les femmes qui causent sur certaines difficultés rencontrées dans leurs familles, voire même les hommes lorsqu'ils se rencontrent quelque part entre eux, lors des visites chez les voisins de même génération et autres. Sur le champ du travail aussi cela est possible. Donc certaines rencontres peuvent provoquer des échanges sur tous les sujets d'actualité et les rumeurs du moment. Ceci est à l'origine du proverbe rundi « ikiyagogisumba ikivi », qui peut se traduire, « la causerie d'abord, et le travail après ».

En peu de mots, nous avons constaté deux catégories de personnes : ceux qui ne s'intéressent pas et ne conjuguent aucun effort pour s'informer sur la planification familiale, et une autre catégorie qui s'y intéresse mais faute de temps ou par manque d'information suffisante, n'en sait pas grand-chose. Cette catégorie cherche tout de même à s'informer davantage. La première catégorie est composée majoritairement d'hommes qui pensent que *ces choses* ne concernent que les femmes. Certains d'entre eux disaient : « *ivyo wobibaza abagore* », « *abagore nibo babizi kuko nibo bajana abana kwamuganga bagaheza bakabibabwira* », « *iradiyo zumviriza abagore* », etc. « *Demande cela aux femmes* », « *ce sont les femmes qui sont au courant, car ce sont elles qui conduisent les enfants au dispensaire et enfin reçoivent des instructions y relatives* », « *Ce sont les femmes qui ont le temps d'écouter la radio* »[187], etc.

En outre, les données relevées sur terrain nous poussent à tirer la conclusion que, malgré la sensibilisation et la sensibilité de certaines institutions, la population de la commune Bukeye est majoritairement insensible et ne répond pas massivement à la demande de ces institutions. C'est-à-dire, elle est dotée d'une *information incomplète*. Même le minimum qui est, soi-disant instruit, est informé *vaguement.* Le même constant est observé par HAKIZIMANA, qui, après sa recherche menée dans un milieu rural comme le nôtre, a abouti à une conclusion qui montre trois catégories de gens dont deux sont semblables à celles que nous avons trouvées : des gens qui ne veulent pas entendre parler de la planification familiale, et ceux qui la connaissent d'une manière vague[188].

Comme nous l'avons signalé au départ, et selon les sources officielles seuls les 130-170 patients entendus mensuellement des 3 sur 7 centres de santé et 22 couples déclarés autonomes sur les 46 admis dans le programme de planification familiale naturelle le tout sur

[187] Entretien avec un home α, âgé de 43 ans et 12 ans de mariage, zone Nyarucamo, le 15/5/2021.
[188] A. HAKÎZIMANA, *Op.cit*, p.196.

une population de 93 407 habitants que compte la commune Bukeye. Or le facteur *avoir l'information* est assez important pour la promotion et la réussite d'un phénomène quelconque pour les bénéficiaires que pour les promoteurs. Nous sommes dans la logique de Martin et de Clémentine[189] selon laquelle l'information précède le choix et le choix dépend de l'information. Le premier part du bien-fondé de l'information et la capacité des pourvoyeurs ; « *l'information sur la contraception est nécessairement une œuvre collective, comme toutes les informations destinées à la prévention. Mais il est bien évident que si ceux-là même qui sont chargés de l'information ne sont ni assez nombreux ni assez bien formés, le projet est voué à l'échec*»[190]. Alors que le second part du choix et du niveau de compréhension ; « *le choix de la méthode dépend en partie de l'information dont disposent les couples sur les risques et les avantages des différentes méthodes contraceptives. Une utilisation appropriée de la méthode choisie nécessite également un minimum de connaissance (…)*»[191]. Autrement dit, l'applicabilité de la contraception dépend de l'interaction entre le niveau d'information et le niveau de connaissance qui fait appel aussi au niveau d'instruction. Sur ce, NAVAS se résume ainsi : « l*a connaissance des moyens contraceptifs quelle qu'en soit la nature, est très directement liée au niveau d'instruction, et (…) une connaissance plus poussée des moyens contraceptifs conduit à une acceptation plus grande de la contraception et l'acceptation conduit à une information plus grande* »[192]. Par conséquent, il faut sous-entendre *la mise en jeu de la raison* présentée dans le chapitre second avec l'intervention de Raymond.

Tableau 17 : Grille des émissions axées sur la promotion sanitaire à la première chaîne de la radio nationale du Burundi

Jours et heures	**Titres des émissions**	**Producteurs**
Lundi : 16h45-17h00	Ikiganiro c'intungamagara (Magazine santé)	EPS
Vendredi : 17h-17h30	Irondokarijanye n'amagarameza (SR/PF)	CPPF
Samedi : 20h-20h 30	Tujijuke (Soyons convaincus)	Projet IEC

Source : A. HAKIZIMANA, 2000, 21.

[189] A-M. YAËLLE *Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*, Université René Descartes, Paris V, 2007 Disponible en ligne sur https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733 consulté le 8/2/2021.
[190] M. WINCKLER, *Op.cit.* p.467.
[191] *Ibid.*
[192] J. NAVAS, *Op.cit.*pp.75-79.

Figure 2 : Panneau publicitaire comme sources d'information



Source : Manuel PNSR, 2014 ,9

IV.2.3. Connaissance des méthodes de régulation des naissances

IV.2.3.1. Degrés de connaissances diversifiés

Selon les résultats du terrain, nous avons classé les personnes enquêtées en trois catégories selon leur niveau de connaissance.

Premièrement, les personnes qui possèdent une connaissance inestimable des méthodes de régulation des naissances ; sans aucune intervention, elles sont capables de citer des différentes méthodes sans hésitation aucune en allant jusqu' à six méthodes.

Deuxièmement, les personnes qui sont au courant de quelques deux ou trois méthodes. Lorsqu'il s'agit de les énumérer, elles le font avec confusion et la brillante allant jusqu'à trois par hâte.

Troisièmement les personnes qui ne sont pas à mesure de citer aucune méthode. Leurs réponses étaient souvent : « *uburyo bwo kwamuganga* » (pour dire les méthodes modernes ou artificielles), « *ni vyinshi twovuga nawe urabizi* », traduction ; « *il y en a beaucoup, tu es au courant toi aussi*».

En plus, pas mal d'hommes, disaient que ce sont les femmes qui sont plus disposées à savoir ces différentes méthodes. Donc comme ce sont les femmes qui vont souvent au dispensaire soit pour leur consultation prénatale, soit pour les soins de leurs enfants et y reçoivent pareils renseignements. C'est ainsi que les femmes possèdent plus de connaissances à la matière.

IV.2.3.2. Pourquoi ces différences ?

Cette situation peut être expliquée par un seul facteur culturel : l'éducation des enfants est sous le poids de la femme ; en cas d'une anomalie, une conduite anormale, déviante, etc. de l'enfant, le sort revient à la femme. Il en est de même pour le cas de régulation des naissances. La femme doit être vigilante ; elle doit s'informer le plus possible. C'est ainsi qu'elle doit répondre à son rôle en tant que « *vecteurs d'information entre les infirmiers et leur mari*. »[193] Ainsi, les méthodes de régulation de naissances ou méthodes contraceptives les plus connues à Bukeye sont : les pilules, l'injectable ou la piqûre, l'implant sous-cutané et les préservatifs (voir tableau 13). Les méthodes naturelles sont les méthodes les moins connues par rapport aux méthodes contraceptives modernes. Pour cet effet, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2016-2017, les méthodes modernes sont plus pratiquées que mes naturelles : les méthodes modernes sont utilisées à 23% tandis que les méthodes naturelles sont utilisées à 6% chez les femmes de 15-49 ans en union[194]. Le tableau ci-dessous fourni plus de précision :

Tableau 18 : Utilisation des méthodes de planification familiale.

Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent :

Méthode contraceptive	**Pourcentage (%)**
Une méthode quelconque	29
Une méthode moderne	23
Une méthode traditionnelle	6
Injectables	12
Implants	6
Retrait	3

Source : *Enquête Démographique et de Santé 2016-2017. Rapport de synthèse*, 2018, 5

Pour notre cas, cette situation se justifie du fait que la plus part des agents sanitaires ne se focalisent que sur les méthodes dites modernes lors des différents moments réservés aux enseignements liés à la planification familiale. Néanmoins, même les méthodes artificielles ne sont pas toutes connues ce qui nous pousse à conclure que la population n'est pas assez informée, du fait que l'applicabilité de la contraception suppose deux conditions: le choix libre de la méthode et la connaissance parfaite de la méthode.

[193] J. DESALLIERS, *Op.cit*., p.37.
[194] République du Burundi, *Enquête Démographique et de Santé 2016-2017. Rapport de synthèse*, ISTEBU, 2018, p.5.

Ceci constitue d'ailleurs l'une des trois lois de la contraception selon laquelle «*la meilleure méthode c'est celle que la femme choisit en connaissance de cause, en fonction de son mode de vie*»[195].

En plus de quelques méthodes énumérées précédemment et souvent enseignées au centre de santé, nous avons constaté qu'il y a une série de méthodes artificielles qui ne sont pas connues par la population. Non seulement la population, même les titulaires avec lesquels nous nous sommes entretenus, se focalisent aux méthodes précédemment citées. Le cas échéant, en dépit de leurs diversités, les méthodes naturelles se résument en une seule méthode selon nos entretiens : *uburyo kama* traduit *méthodes naturelles.* De par-là, nous tirons la conclusion que la population de Bukeye *n'est pas informée suffisamment.*

IV.2.3.3. Le cas des méthodes moins connues

Les méthodes modernes supposées moins connues sont les suivantes :

1. Le diaphragme vaginal : fonctionne comme le préservatif sauf qu'il est placé au fond du vagin pour recueillir le sperme ;
2. Le patch : une très petite membrane contenant plusieurs formes d'œstrogène et de progestérone ; fixé sur le bras, l'estomac, le ventre ou les fesses une fois la semaine, elle libère une dose hormonale fixe qui bouleverse le cycle ovarien de la femme. Elle est utilisée trois semaines de suite avec une reprise la quatrième semaine ;
3. Des pilules différentes de celles dont la prise quotidienne est de 21 à 22 jours. Les pilules connues d'ordinaires sont :

- la pilule de la veille conçue pour bloquer la fécondation pendant 24 heures. Elle est prise trois heures avant l'acte sexuel.
- La pilule du lendemain appelée aussi pilule d'urgence ou contraception post coïtale ; est une solution chimique sous forme de comprimé. Elle est prise juste après un rapport sexuel. Elle agit en retardant ou en empêchant les ovaires de libérer un ovule qui pourrait être fécondé par un spermatozoïde.
- La pilule RU 486, fonctionne comme la pilule du lendemain. Elle est conçue spécialement pour l'avortement[196].

[195] Les trois lois de la contraception telles que énoncé par WINCKLER sont les suivantes : 1) quand on ne veut pas être enceinte, toute méthode de contraception vaut mieux que pas de contraception du tout ; 2) la meilleure méthode c'est celle que la femme choisit en connaissance de cause, en fonction de son mode de vie, 3) la sexualité change avec la vie. La contraception aussi. M. WINCKLER, *op.cit.* p.92.

De même, les méthodes naturelles aussi, non loin d'être une et la seule méthode. De leur côté aussi, « *(…) les méthodes naturelles d'espacement des naissances étaient parmi celles sur lesquelles les couples avaient le droit d'être informés pour un plus grand choix possible* »[197]. Ces dernières ne doivent pas être « *méprisées ou négligées*»[198]. Leurs diversités doivent aussi entrer en ligne de compte telle que nous l'avons souligné dans les chapitres précédents. Rappelons-nous que ces méthodes s'articulent sur deux principes : *l'auto observation et l'abstinence.* Elles sont jusqu'à maintenant au nombre de huit : la méthode Ogino ou la méthode du calendrier, la méthode de collier, la méthode thermique, la méthode Billings ou méthode de la glaire cervicale, la méthode des deux jours, la méthode MAMA, la méthode symptôme-thermique (MAO) et la méthode d'abstinence provisoire[199].

IV.2.4. Différentes perceptions de la planification familiale

IV.2.4.1. Différentes considérations ou perceptions face à la planification familiale

Différents thèmes, considérations ou conceptions coïncident avec le sens concret attribué à la planification familiale. Nous avons pu retenir quelques considérations au cours de notre étude ce qui nous a montré que les gens de la commune Bukeye ne comprennent pas de la même façon la planification familiale et son bien-fondé. Donc *l'ampleur* de compréhension demeure une autre problématique à part entière : *espacer les naissances* (« gutandukanya imvyaro »), *santé reproductive* (« irondoka rijanye n'amagara meza »), *engendrer avec modération* (« kuvyara kurugero »), *engendrer à la limite des moyens qu'on a* (« kuvyara abo dushoboye kurera »), *extinction de la famille* (« guhonya umuryango), etc. Au fond, on comprend donc qu'il y a là un jeu de mots ou guerre de mots selon la compréhension ou la perception de l'un ou l'autre. D'où, comme nous le verrons plus tard, une certaine contradiction et/ou le facteur de compréhension contribuent au non succès du planning familial.

En effet, une femme admise à une méthode ayant déjà trois ou quatre enfants par exemple, et, à un temps voulu interrompt le traitement et comble malheur, suite aux effets de la méthode, tarde ou n'arrive pas à avoir un autre enfant telle qu'elle le souhaite, elle comprendra qu'elle est devenue *stérile* obligatoirement à cause de celle-ci. Elle témoignera et criera forte qu'elle a

[196] T. AKOHA, *Op.cit.* pp.26-35.
[197] T. MIBURO, *Op.cit.* p.66.
[198] M. WINCKLER, *Op. Cit.*p. 117.
[199] T. AKOHA, *Op.cit.* pp.12-21.

été rendu stérile sans le savoir d'où la raison d'être de la conception de *limitation (obligatoire) des naissances* ou *stérilisation* inconsciente qui a la finalité *d'extinction de la famille.* Dire aussi que ça correspond à *l'espacement des naissances* tout court, quelquefois n'aura pas de sens pour une femme qui a connu un ou deux cas de grossesses inaperçues alors qu'elle était en âme et conscience préparée qu'elle ne connaitra plus d'une grossesse à son insu. Nous avons rencontré des cas où des femmes nous ont avoué connaitre des cas de grossesses inattendues : cas de *l'inefficacité de la méthode*.

Il en est de même pour les cas de : *engendrer avec modération, engendrer à la limite des moyens qu'on a,* des notions qui ne mettent pas les gens au même pied d'égalité comme s'il y en a de ceux qui ne sont pas concernés par cette actualité et ceux qui en sont victimes. En d'autres termes comme le souligne HAKIZIMANA c'est comme si « *les riches ont le droit d'avoir le plus grand nombre d'enfants car, ils ont les moyens de les éduquer. Par contre, les pauvres n'ont pas le droit d'en avoir plusieurs, faute de moyens pour les nourrir, les soigner et préparer leur avenir*»[200]. Le *pouvoir* : pouvoir éduquer, pouvoir soigner, pouvoir nourrir ses enfants devient donc un facteur fondamental. Or selon la mentalité socioculturelle, la première richesse c'est « *les enfants* ». MANIRAKIZA conclut sa recherche en ces mots : l'enfant devient quelque part *une unité supplémentaire* pour accroître la production familiale. Plus on a d'enfants, plus on a une grande *main-d'œuvre* qui conjugue les efforts pour assurer la prospérité de la famille[201]. NAVAS aborde la même idée au sens où l'enfant est « *un héritier* ». Selon lui, la toute richesse pour l'homme sans héritier ne sert à rien car : « *l'homme avec descendance, même s'il est pauvre arrivera toujours à se tirer d'affaire, il ne sera jamais accablé. Ses enfants l'aideront. Le riche sans descendance travaille pour les autres*»[202].

C'est ainsi donc que certains préfèrent mettre leur confiance en la *providence divine* plutôt que faire confiance aux différentes méthodes contraceptives, avec la toute conviction que l'enfant n'aura jamais manqué de quoi pour survivre, en cas d'incapacité de ses parents, il pourra se débrouiller lui-même comme les autres ont pu se débrouiller. Bien entendu, personne parmi nos enquêtés ne salut les conséquences d'une descendance modérée.

[200] A. HAKIZIMANA, *Op.cit*. p. 201.
[201] Z. MANIRAKIZA, *Op. cit*. p.272.
[202] J. NAVAS et al. *Op.cit*., p.51.

En unanimité, tout le monde est d'accord de *l'idéale finalité* du planning familial soit pour sérénité des enfants, soit pour la mère, soit pour la famille en général. Les controverses sont liées à *l'applicabilité.*

Toutefois, il est difficile pour un couple ayant déjà connu plus d'un cas de décès d'enfants, de faire confiance aux méthodes contraceptives avec l'idée intériorisée liée à la stérilité ou le retard d'enfanter de nouveau causés par les effets secondaires de l'une ou l'autre méthode. Mieux pour celui-ci, une *ataraxie*[203] et puis, le respect de l'ordre biologique de la femme et assumer les enfants reçus comme don précieux de Dieu et le trésor inestimable.

Toutes ces différentes attitudes et différentes compréhensions, ne sont pas inaperçues. Elles ont leurs places pour le succès ou le non succès du recours et/ou l'applicabilité des méthodes contraceptives ou méthodes de régulation des naissances ; la planification des naissances en générale.

IV.2.4.2. Conceptions et attitudes face à une femme admise aux méthodes contraceptives

D'un côté, cette pratique est jugée nécessaire ; pour celui qui a compris la situation du moment avec toutes les contraintes socioéconomiques. Pour un couple ayant compris, et opté pour la planification familiale, la bravoure est à lui. L'entourage s'en fout. Certains de nos enquêtés se résumaient en ces mots qui reflètent l'expression rundi : « Wugaye iwawe buba bukeye ». Ainsi pour dire, que « chacun est responsable de lui-même et se contente de ses affaires ». Autrement dit, anthropologiquement et sociologiquement parlant, l'idéale-type vient au fond du sujet pour répondre aux exigences du moment, afin de satisfaire à ses besoins. En matière de la planification familiale, trois impératifs intermédiaires (mise en évidence dans le chapitre deuxième : la modélisation) entre le sujet et le choix obtenu : la sphère consciente du calcul rationnel de la fécondité, le calcule coût-bénéfice de la fécondité compte tenu de l'environnement socioéconomique et la disponibilité des mécanismes efficaces mise en place[204]. C'est ainsi que pour certains, surtout la population semi-urbaine de Bukeye, la pratique du planning familial est devenu un phénomène ordinaire qui ne stigmatise personne comme tout dépend de la décision du sujet compte tenu de son environnement

[203] Le mot **ataraxie** (du grec *ἀταραξία* signifie « absence de troubles ») apparaît d'abord chez le philosophe Démocrite et désigne la *tranquillité de l'âme* ou encore *la paix de cette dernière* résultat de la modération et de l'harmonie de l'existence. Le Stoïcisme ajoutera, la tranquillité d'une âme devenue elle-même au prix de la sagesse acquise par l'appréciation exacte de la valeur des choses.

[204] http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr) consulté le 22/01/2021.

socioéconomique ; disaient nos enquêtés. Une femme de 39 ans avec 18 ans de mariage en témoigne : « Twebwe ntagitangaza kirimwo ngo kanaka ari kuburyo (…), mukibano babifata ibisanzwe », littéralement, « *Cette pratique est devenue ordinaire, il n'y a rien de scandale dans l'entourage* »[205]. Et d'ajouter une femme de 30 ans avec 3 enfants, « Bamuvuga neza kuko bose barabimenyereye » traduction ; « *Il n'y a rien de scandale puis que dans l'entourage, nous sommes habitués à ça* »[206]. Cette population peut être classée parmi ceux que KAZINA appelle « *une poignée d'intellectuels* »[207] qui commencent à comprendre le bien-fondé de la *paternité-maternité responsable*. Nous constatons un parallélisme entre KAZINA et NAVAS selon lequel, pour les intellectuels ; « *ça ne vaut pas la peine d'avoir des enfants pour les rendre malheureux. C'est pourquoi il faut en avoir peu qui se comporte convenablement plutôt qu'en avoir beaucoup mal-nourris, mal vêtus et même parfois désobéissant* »[208].

De l'autre côté, une femme admise à la contraception est taxée *d'immoralité* d'où certains préjugés:

1) « *intavyara* » (de la stérilité) ; l'unique chose que la culture burundaise ne tolère jamais[209]. A son tours, DIBAKANA épouse cette conception en mettant en évidence l'idée largement rependue selon laquelle les contraceptifs modernes peuvent définitivement rendre son utilisateur stérile à long terme est souvent avancée par les partenaires aux seins des couples indépendamment du type de famille dont l'issu l'acteur ou de son niveau d'instruction[210].
2) « *imaraya* » (« de la prostitution »). Cet avis est partagé avec VANDEWALLE d'après les résultats de son enquête à Téré-serer au Sénégal ; disait-il : certaines méthodes contraceptives sont considérées comme « *méthodes des prostituées* »[211]. Ainsi donc pour AQUILA et GALBES : « *la prostitution, non seulement n'a pas disparu, ni semble devenir disparaître mais elle continue à augmenter notablement* »[212]et se propage de génération en génération à cause de la découverte des contraceptives. Face à cette conception, un couple de 4 enfants avec 10 ans de

[205] Entretien avec une femme ω, âgée de 39 ans et 18 ans de mariage, zone Bukeye, le 15/4/2021 :
[206] Entretien avec une femme ω, âgée de 30 ans et 9 ans de mariage, zone Bukeye, le 30/4/2021 :
[207] I-M;KAZINA, *Op.Cit*., p. 153.
[208] J. NAVAS et al. *Op.ci*t., p.56.
[209] I- M. KAZINA, O*p.Cit*., p. 152.
[210] J-A. DIBAKANA MOUANDA, *Op.ci*t., p. 260.
[211] *Ibid*. p.266.
[212] I. AQUILAS et al. *Guide de la vie familiale*, Tome 2, SL, 2000, p.146.

mariage s'est exprimé ainsi : « *Emwe, bamwe barayavuga, umukenyezi agiye kuburyo baca bavuga ngo ni imaraya ashaka kuja mubandi bagabo kuko abaziko atazotwara imbanyi. Nukuri bivugira ivyo bashaka (…)* », littéralement, « *certains disent beaucoup, une femme sous traitement de la contraception est accusée de la prostitution ou d'infidélité pour la simple raison qu'elle est sûre de ne pas tomber enceinte. Vraiment des propos sont de plusieurs genres*»[213].

3) « *déviant* », « *pécheur public* » ; ce qui occasionne par conséquent la « *mise à l'écart* » : c'est-à-dire que le présumé n'est autorisé à aucun sacrement ni pour lui-même, ni pour ses enfants. Avec une mauvaise humeur, un homme (taxi-vélo) de 5 enfants osait dire que dans leurs homélies, les prêtres les accusent d' « *assassin* », « *meurtrier*» et « *porteur des cimetières internes/ intra cimetières*». Il disait dans ces expressions : « *Mw'isengero patiri yigisha ngo uwagiye kuburyo ni umwicanyi, agendana imva/akaburi mu nda, (…)*»[214]. Même constant observé dans nos entretiens avec les titulaires des centres de santé : ils soulignent que les croyances et/ou convictions religieuses sont à l'origine de certaines perceptions. Un titulaire de centre de santé s'est exprimé ainsi : « *quelques fois nos patientes le font en cachète, car elles ont peur des responsables des communautés de base [inshingwamuryango]. Certainement, certaines arrêtent la contraception par peur d'être disqualifié à l'église* »[215].

De sa part, l'église catholique s'exprime face à cette culture contraceptive : « *elle [Eglise] s'y oppose d'autant plus que la vision anthropologique qui la sous-tend est biaisée (…) ne respecte ni la vérité morale ni la personne ni la nature (…) fait de l'homme le tout-puissant, le grand métronome qui peut faire tout ce qu'il veut (…) , traite l'humain comme un objet à manipuler et non comme un sujet à respecter* »[216].

Trois grandes raisons sont soutenues par la même institution pour rendre autonome cette affirmation comme le souligne AKOHA:

[213] Entretien avec un couple, 10 ans de mariage, zone Nyarucamo, le 21/2021.
[214] Entretien avec un homme α, âgé de 32 ans et 11 ans de mariage, zone Bukeye, le 15/4/2021.
[215] Entretien avec un homme α, titulaire de centre de santé, commune sanitaire de Bukeye le 3/6/2021.
[216] T. AKOHA, O*p.cit.*, pp 65-67.

1) Elles n'assurent pas la culture de la vie : l'adoption d'une connotation négative de l'enfant et le caractère contragestive qui constitue une condamnation mortelle pour les enfants à naître.

« *La culture contraceptive tend à voire les enfants comme un fardeau à éviter plutôt qu'un don à accueillir, comme un obstacle à l'aisance matérielle plutôt qu'une contribution à la richesse familiale, comme une ponction sur les ressources du monde plutôt qu'un bénéfice pour la société* »[217].

2) Elles n'assurent pas la santé des mères : contrairement à la suppose finalité des méthodes artificielles de la santé des mères, cette pratique rend les femmes à être objet de plaisir.
3) Elles n'assurent pas l'avenir d'une société : la société tend finalement au vieillissement car décider de ne pas faire ou réduire des enfants c'est se condamner au vieillissement. La culture contraceptive est en fin de compte une culture qui ne garantit pas l'avenir social parce que « *homicide* »[218] .

Pour appuyer cette idée, lors de sa visite apostolique au Burundi, le Pape Jean Paul II, avait souligné le rapport entre *le contrôle des naissances et la morale*. Ainsi pour le saint Père, « *le problème du contrôle des naissances est avant tout un problème d'ordre moral et non pas d'ordre démographique ou économique* »[219]. La responsabilité revient aux parents : il leur appartient de vivre une paternité responsable et généreuse, d'accueillir les enfants qu'ils désirent et qu'ils pensent pouvoir élever. Cela suppose un grand respect des époux l'un vers l'autre, une maîtrise de leur vie intime, un amour qui garde une constante estime de la femme dans sa capacité d'être mère. C'est pourquoi la maîtrise de la fécondité doit rester profondément humaine[220].

Au cours de son *Homélie à Songa* (1990), le Saint Père signalait le rôle limité de l'Etat : celui de faciliter aux familles l'accès à une information appropriée, de définir et appliquer une politique sociale favorable à la famille.
A cet effet, AKOHA établit un parallélisme entre les raisons mises en place par le magistère avec d'autres émises par différents personnalités :

[217] *Ibid*. p.60.
[218] T. AKOHA, o*p.cit*, pp.60-65.
[219] P. RUTAYISIRE, *Op.cit.* p. 318.
[220] *Ibid.*

1) Théodore Roosevelt ancien président des Etats-Unis : « *la contraception est le seul péché pour lequel la sentence est morte de la nation*»[221] .
2) Sigmund Freud : « *l'abandon de la reproduction est une caractéristique commune à toutes les perversions, en ce sens qu'il finit par la réalisation du plaisir comme le seul objectif* »[222] .
3) Gandhi : « *les méthodes contraceptives constituent une récompense au vice. Si elles sont maintenues comme telles, il n'en résulterait rien d'autre que la dégradation morale*»[223].

En plus, les églises d'inspiration pentecôtistes dites « église de réveil » proclament *hostile, méfiante*, *manque de foi*, *offense à Dieu* la pratique de la contraception moderne: la prière et le respect de la parole de Dieu suffisent. En effet, « *ses églises véhiculent l'idée selon laquelle le recours à tout moyen ayant pour but d'éviter une grossesse constitue un péché grave devant Dieu, et comme c'est Lui qui donne les enfants, Il peut décider de ne plus vous en donner, de vous rendre stérile* »[224].

Toutefois, nous avons constaté que la pratique de la planification familiale reste *confidentielle* et se fait *discrètement* pour garantir la sérénité sociale. Pour ce fait, l'un ou l'autre préfère prendre un long chemin pour aller se faire une consultation médicale loin de chez soi.

IV.2.4.3. La nécessité de la planification familiale

Trois réponses émanent de nos entretiens sur la question qui évalue la nécessité de la planification familiale : « elle est nécessaire », « elle n'est pas nécessaire au même niveau » et « je n'en sais rien ». Toutefois, les réponses favorables se croisent sur les notions suivantes: la santé de la mère et de l'enfant, une meilleure croissance de ses aînés, pourvoir aux besoins nécessaire, le développement économique de la famille, la bonne gestion du patrimoine familiale, l'équilibre familial, etc. Pour cet effet, MIBURO spécialiste en matière de planification concorde avec ces différents avis. L'avis fondé de MIBURO est paraphrasé ainsi : bien évidement, la planification familiale permet d'aider les individus dans l'ensemble en matière de santé reproductive ayant pour finalité de sauver des vies humaines, d'éviter des

[221] Theodore Roosevelt cité par T. AKOHA, O*p. Cit*. p.64.
[222] Sigmund Freud cité par T. AKOHA, *Op.cit.* p.64.
[223] Gandhi cite par T. AKOHA, *Op.cit*. p.64.
[224] J-A.DIBAKANA MOUANDA, *Op.cit*. pp. 260-261.

grossesses non désirées, etc. dans l'unique objectif d'améliorer le bien-être familial, voire de toute la société. Plusieurs sujets en sont bénéficières entre autre la *mère, l'enfant, l'homme,* la *famille,* le *pays* et *l'ensemble des communautés*[225].

En effet, la nécessité et l'urgence mettent en évidence « *la survie des enfants, leur santé et leur croissance, la survie, la santé et la capacité d'engendrer pour des femmes enceintes, le bien-être des familles en général* »[226] sans oublier les bienfaits de la communauté et la société entière pour un développement durable.

D'un côté, selon une étude menée en Colombie, en Egypte, au Pakistan, et en Syrie, les résultats concordent sur le fait que les complications à la maternité augmentent suivant le nombre d'âges et de grossesses. La proportion des grossesses qui se sont terminées par des mort-nés et par des avortements (échecs de grossesses) tendait à augmenter avec l'âge de la femme enceinte et le nombre croissant de grossesses. Si ce n'est pas le cas et que la femme finit par s'en sortir, mais dans l'état de courts intervalles entre les naissances, intervient momentanément la malnutrition[227]. Selon la même source, lorsque l'intervalle entre les naissances des deux enfants est très court, ce n'est pas seulement le plus jeune qui court des risques. La survie ou la santé de son aîné est aussi en danger. Par conséquent, le Kwashiorkor est aussi l'un des problèmes remarquables qui entre en jeux. Il est aussi confirmé que les enfants souffrant de malnutrition sont victimes de plusieurs maladies : la rougeole, infections, diarrhée, etc.[228]

De l'autre côté, l'intervalle entre les enfants issus d'une même mère est aussi l'un des facteurs influençant le *développement intellectuel de l'enfant*. D'où il est d'une grande importance que l'espacement des naissances octroie à l'enfant un temps suffisant de goûter au lait maternel fort contribuable pour la croissance de l'enfant, voire son développement intellectuel: l'allaitement pour l'enfant et une nourriture bien équilibrée contribuent au développement intellectuel de l'enfant. Différentes émissions radios diffusées émettant sur le sol burundais y insistent avec la finalité d'encourager à cet effet[229].

[225] T. MIBURO. *Op.cit.* pp. 42-44.
[226] H-F. WILLIAM et al. *Op.cit.*, p.3.
[227] *Ibid.* p.5.
[228] *Ibid*. p.9.
[229] Nous soulignons ici les messages de Population Média Center donnés par exemple à travers *le feuilleton*

En outre**,** la planification familiale vise *l'amélioration des conditions de vie* de la mère. Elle diminue d'une part, des risques des morts maternelles, des avortements et octroie d'autre part aux femmes, les possibilités de vaquer à d'autres activités. Autrement dit, la femme trouve *accès au développement socio-économique* étant en bonne santé.[230] Son corps se repose et se rétablit. Cet aspect est repris par nos enquêtés comme le montre les extrait ci-après : *« (…) umuvyeyi araronka amagara meza kandi araruhuka », « (…) kugira nduhuke n'abana bakure neza », « umwana akurikiwe akuze niho umuvyeyi amererwa neza mu buzima* ». Littéralement traduit, « *la planification familiale garantie pour la mère la bonne santé, le rétablissement de son corps et la possibilité de vaquer aux différentes tâches et activités quotidiennes* »[231].

De plus, nous pouvons énumérer quatre points spécifiques montrant les avantages de la planification familiale pour le couple (la famille en générale). En commençant par la vie intime du couple : *l'amour conjugal* pour terminer avec le devoir par excellence : *l'éducation des enfants*. Bien évidemment, l'homme et la femme peuvent avoir des *rapports sexuels* plus *détendus* lorsqu'ils sont sûrs que l'acte conjugal ne mènera pas à une grossesse survenant à un moment inopportun. En outre, grâce à l'adoption et l'intégration de la planification familiale, le couple opte pour retarder et espacer les naissances à volonté suivant son *idéal type*. Celui-ci multiplie les chances d'un avenir certain et non d'un avenir précaire. De plus, si la planification familiale mène à établir *une meilleure sécurité* de la famille entière et d'une base *économique sûre*, il est fort possible d'observer chez le couple un « *sens accru du respect de soi* » [232] , puisqu'il se sentira capable de donner à ses enfants *le type d'éducation* et d'environnement qu'il désire (maison, nourriture, vêtement, loisir). Enfin, si le couple donne à ses enfants un exemple positif dans la manière dont on espace les naissances, et s'il prend le temps de leur expliquer le bien-fondé de la planification familiale dans leur vie, il est très probable que les enfants eux-mêmes planifieront leur vie en suivant l'exemple observé en famille.

Bien entendu, la planification familiale bien intégrée peut apporter des effets positifs pour la communauté et la société toute entière : (1) Une meilleure santé pour la population en général ayant par conséquent une population plus active et productive, (2) l'amélioration des

Agashi, diffusé par la majorité des stations émettant sur le territoire national (par exemple *Agashi 3*, *épisode 127*).

[230] T. MIBURO, O*p.cit*, pp 42.

[231] Entretien avec une femme ω, âgée de 31 ans et 9 ans, zone Bukeye,le 15/5/2021.

[232] H-F. WILLIAM et al. *Op.cit.* pp.16-17.

conditions de travail car sont moins réduits les moments spontanés de congés de maternité et le nombre d'heures demandés au personnel des institutions d'assister les victimes des complications liés aux grossesses à risque,(3) fournir une base à la compréhension des mécanismes permettant de saisir, où et quand se fait la croissance de la population[233]. C'est sur ces atouts auxquels le plan de développement d'une nation pourrait être établi en fonction du nombre de citoyens à servir et/ ou actif. C'est par ici même que nous saluons personnellement l'initiative du parlement burundais de pouvoir se focaliser sur le phénomène de *la limitation des naissances*[234] parmi tant de charges sur son compte, ce qui nous a d'ailleurs fortement touché et ouvert des horizons d'où la raison d'être de notre réflexion. L'*idéal-type* des trois ministres invités à la chambre basse n'avait d'autre souci que celui cité ci-haut en vue d'une communauté meilleure. *L'éducation*, *la promotion de santé reproductive* et *l'aspect sociologique* sont enfin mise en évidence pour la promotion de la planification familiale.

Néanmoins, comme nous l'avons signalé, deux autres considérations sont aussi enregistrées sur la même question concernant la nécessité de la planification familiale. L'une voit cette nécessité de façon relative car la limitation des naissances est proportionnellement relative compte tenu des moyens qu'on a. L'autre préfère se réserver et se résumer soit en absence de réponse, soit en : «je n'en sais rien ». Ces considérations sont relatives aux différentes conceptions de la planification familiale. Une femme de 30 ans s'exprimait ainsi : *« Kuberako abantu batanganya uburyo, nico gituma bitaraba bose* » traduit « *les individus/les familles ne s'équivalent pas économiquement raison pour laquelle la planification familiale ne concerne pas tout le monde au même niveau* »[235]. D'où, « *l'attitude de catégorisation des couches sociales* »[236] qui habite les barundi selon NAVAS.

Pratiquement, différentes institutions sont disponibles à Bukeye pour la promotion du planning familial. Les patients ayant envie d'y adhérer sont accompagnés.

La demande est assurée soit par les *centres de santé*, qui sont les plus préférés pour la majorité, soit par les *agents communautaires (abaremeshakiyago)* qui travaillent en synergie avec les centres de santé en cas de nécessité, repartis depuis les sous-collines soit par *l'Eglise catholique* à travers l'apostolat des laïcs ayant ses attributions.

[233] *Ibid.* p.17.
[234] http://burundi-new.org .
[235] Entretien avec une femme ω, âgée de 30 ans 12 de mariage, zone Nnyarucamo, le 21/5/2021.
[236] J. NAVAS et al. *Op.cit.*, p. 55.

Pour cette dernière, l'accompagnement suit deux conditions irréprochables : l'accord du couple (présence physique des deux sujets) et une formation régulière de six mois.

IV.2.5. Pratique de la planification familiale

La présente partie du chapitre nous fait entrer dans la *praticabilité* de la planification familiale. Elle va nous renseigner d'abord de l'état actuel de la pratique de la planification familiale, bien entendu au moment de l'enquête. Ceci va nous permettre de déceler les méthodes les plus préférées dans l'ensemble des méthodes existantes jusqu'à l'heure actuelle, ainsi que les effets secondaires liés à la pratique des différentes méthodes. Ensuite, nous allons passer en revue différentes causes occasionnant le non succès de la planification familiale et l'abandon de celle-ci. Enfin nous terminerons cette partie sur les différentes plaintes et suggestions que présente la population de la commune Bukeye.

Avant tout, il nous faut d'abord souligner la *particularité* de cette troisième partie par rapport aux parties précédentes. Nous avons constaté que cette partie était *moins répondue*. Presque la moitié des questions n'a pas été répondue. Il était facile de répondre toutes les questions de façon générale lorsqu'on parlait de la planification familiale en général. Difficile était pour l'enquêté de parler de soi et particulièrement de sa position sur la pratique en soi. Donc nous avons enregistré *des temps morts* au cours de l'entretien qui finiront par *le silence absolu* face à une ou autre question. Par conséquent, une ou plus d'une question est enfin *ignorée* par nos enquêtés. Cette situation est expliquée par le fait que, dans la culture africaine en général, la nôtre en particulier, le phénomène de la sexualité a été et est toujours *un phénomène tabou.* Difficile est d'en parler ouvertement. Pour notre cas, nous imaginons, l'une des causes de se réserver à des questions pareilles, nos enquêtés se croyaient peut-être dévoiler ce qui ne devrait pas être dévoilé. Parler de la sexualité et/ou son expérience en dehors du couple, les défis y relatifs, c'est une anomalie qui risque même de briser les liens du couple, l'expression rundi expliquant ce phénomène se résume ainsi : *« kwiha amenyo y'abatwenzi* », qui peut se traduire « *se faire la risée du public* ».

IV.2.5.1. Etat actuel de la pratique du planning familial

Plus de la moitié de nos enquêtés nous a avoué avoir adopté la planification familiale, et quelques méthodes. Ceci nous a fait constater une mutation et un nouveau regard face à la progéniture et/ou la fécondité. Jadis, avoir jusqu'à nième enfant constituait pour le père, « *un*

motif de fierté, la preuve de sa virilité, de fierté »[237]. De même pour la femme, l'expression de la normalité et du bon fonctionnement du corps, symbole de complétude, de puissance et de créativité, facteurs d'accomplissement personnel, familial et social**,** signe de maturité psychosexuelle, manière de réaliser sa féminité et de garantir son identité[238]. Bref, le phénomène de procréation était *indépendant de soi.* Ceux qui n'ont pas encore opté pour la planification familiale se divisent en partie : les jeunes mariés ayant deux enfants au plus et ceux qui ont déjà subi les effets secondaires issus des méthodes contraceptives. Ces derniers ont par après décider de laisser tomber et faire confiance au *rythme normal*. Pour la première catégorie, la justification est simple comme nous l'avons déjà dit précédemment, le couple commence à penser à la régulation des naissances quand il est au-delà de deux enfants.

Toutefois, les différentes méthodes, ne sont pas préférées au même niveau. La piqûre trimestrielle est la méthode la plus préférée par la majorité. Nous avons constaté un grand nombre des personnes qui *s'autoproclament* être sous traitement d'une méthode contraceptive. Cependant, elles préfèrent ne pas dire la méthode en cours d'utilisation. Ceci pour *garder le secret* du couple. Comme dit précédemment, c'est un *phénomène tabou* qu'on ne peut pas dire n'importe où et à n'importe qui. Aussi peut-être par peur *d'être stigmatisé.*

La piqûre est la plus préférée des autres méthodes parce que, après l'injection, la femme n'aura plus d'autres soucis, elle est tranquille en toute sécurité jusqu'au trimestre suivant. Elle vaque à toutes ses activités librement sans se soucier de la prise quotidienne comme c'est le cas des pilules. En outre, des sources diverses constatent que l'injectable est la méthode la plus préférée et la plus pratiquée au Burundi. Selon RIRANGIRA (1997), dans les centres de santé, soit urbain, soit semi-urbain ou rural, la méthode injectable est « *utilisée par plus de 70% des femmes. (…) Ceci serait dû au fait que même pour les autres médicaments, la mentalité burundaise croit que injection = efficacité*»[239].

En outre, selon HAKIZIMANA, « *cette attitude fait partie des croyances populaires selon lesquelles les injections sont plus efficaces que les comprimés*»[240].

[237]J. NAVAS et al. O*p.cit.,* p.50.
[238] W. HADDAD et al. *Op.cit.* p. 341
[239]J. RIRANGIRA, « Dynamique démographique et interactions environnement, secteur socio-économiques : cas de la santé »*République du Burundi, Rapport du séminaire national sur la population, environnement et développement au Burundi*, Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, pp.18-19 cité dans A. HAKIZIMANA, *Op.ci*t. 212.
[240] A. HAKIZIMANA, *Op.cit*. p. 212.

De plus, les statistiques de l'année 2006 montrent que la piqûre est la méthode contraceptive la plus utilisée. Selon la PNSR (2006), « *l'utilisation du stérilet est passée de 1343 pour 2005 à 1838 pour 2006 tandis que l'utilisation de la méthode injectable est passée de 107 770 pour 2005 à 180 650 pour 2006*»[241] .

Outre la piqûre trimestriel (l'injectable), la pilule vient en second lieu et enfin de compte, le dernier niveau est occupé par l'implant sous-cutané. Ceci pour la simple raison que plusieurs *ont peur d'une opération chirurgicale*, même la plus petite possible. Le préservatif n'a pas été évoqué pour plusieurs raisons : il n'est pas à la mode pour les couples et ne favorise plus l'acte conjugal. Pour cet effet, MASAMBA Hardos arrive à affirmer que l'usage du préservatif est « *impropre* » aux relations sexuelles, celui-ci vient d'ailleurs pour « *gâcher* » la qualité des rapports sexuels[242]. Pour d'autres, « *le plaisir sexuel n'est possible que lorsque la relation sexuelle s'effectue «naturellement* », « *comme au bon vieux temps*»[243] .

En fin de compte, l'adhésion au processus de planification familial demeure un acte volontaire. L'initiative vient du sujet lui-même malgré les sources multiples. Comme disait ci-haut, les sources d'information n'ont qu'à assurer *l'auto-information* et *l'auto-apprentissage* qui devraient précéder la prise d'une décision ou l'engagement total. Le motif et le but poursuivis c'est *l'équilibre familial* comme nous ont avoué nos enquêtés.

IV.2.5.2. Obstacles, résistances et raisons d'abandons de la planification familiale

Selon le rapport de la PNSR quelques défis sont à relever pour parler des obstacles et résistances remarquables de la planification familiale: l'existence des barrières socioculturelles et religieuses face à la planification familiale, la faible implication des hommes dans la prise de décision en faveur de la planification familiale, la faible implication des décideurs et des leaders d'opinion réticence politique, le faible taux d'alphabétisation particulièrement chez les femmes, la persistance des rumeurs liées aux différentes méthodes de planification familiale, l'insuffisance de la sensibilisation et de la mobilisation sociale en faveur de la planification familiale, l'insuffisance d'outils de communication pour la promotion de la planification familiale et la faible qualité des services de planification

[241] République du Burundi *Programme National de la Santé de la Reproduction* : Bilan des activités Ministère de la santé publique et de lutter contre le sida-PNSR, Bujumbura, 2006. p.30.
[242] H. MASAMBA cité par J-A. DIBAKANA MOUNDA, *Op.cit*, p. 265.
[243] *Ibid*.

familiale dans les structures de soins de santé[244]. Le dernier constat avait été soulevé les années antérieures en ses termes : « *manque de prestataires suffisants pour satisfaire la demande* »[245]. Certes, sur plus de 577 centres de santé (niveau national), seuls 240 centres de santé offrent les services de planification familiale ; soit pour la province Muramvya 12/18 centres de santé offrant des services de planification familiale avec 10/14 prestataires nécessaires soit un taux de 58.3% le reste étant constitués des centres de santé agréés (appartenant aux confessions religieuses) et privés qui ne s'intéressent pas aux activités de planification familiale. Au moins dans les conditions normales, chaque centre de santé devrait disposer deux prestataires[246].

HAKIZIMANA conclut sa recherche en regroupant en quatre catégories toutes les raison d'abandon de la contraception expliquant la méfiance de la population face à la planification familiale. Premièrement, les raisons liées aux caractéristiques individuelles de la femme : il s'agit du désir de grossesse, l'ingérence des effets secondaires issus des produits contraceptifs, le non consentement du conjoint, le manque de nécessité d'utiliser ces méthodes en cas d'absence du conjoint, ou par malheur en cas de divorce ou de la mort du conjoint. Deuxièmement, les raisons socioculturelles dont les rumeurs, les situations politiques défavorables en cas de guerre, les valeurs culturelles et la tradition. Troisièmement, les raisons de santé : absence d'examen clinique avant la prescription de la méthode, l'insuffisance d'instruction sur le choix de méthodes optées pour, une longue durée, distance à parcourir pour arriver au centre de santé, la non disponibilité du personnel à laquelle on ajoute un personnel incompétent ainsi qu'une longue file d'attente au centre de santé. Et enfin la quatrième catégorie constitue plusieurs autres raisons comme l'oubli de la date d'un rendez-vous, puis la maladie de la patiente ou de son enfant, le manque de temps à cause de multiples occupations ménagères réservées uniquement à la femme[247].

En fin de compte, notre terrain n'est pas loin de cette réalité. Quelques raisons d'abandons des méthodes contraceptives sont aussi relevées par pas mal de nos enquêtés. Passons en revue quelques-unes soulignées et la manière dont s'exprimaient nos enquêtés.

[244]République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique (Brochure n°5)*, PNSR, Bujumbura, 2010, pp. 9-10.
[245] République du Burundi, *Programme National de la Santé de la Reproduction* : *Bilan des activités*, Ministère de la santé publique et de lutter contre le sida-PNSR, Bujumbura, 2006. p.33.
[246] *Ibid.*
[247] A. HAKIZIMANA, *Op.cit*, 2002, p.214.

a. L'inefficacité

Cinq femmes sur quarante et un rencontrées (12.2%) nous ont avoué avoir une ou plusieurs grossesses involontaires alors qu'elles croyaient être sous traitement des méthodes contraceptives. Les autres disaient ne pas subir elles-mêmes cet effet, mais quand même avoir assisté à des cas pareils dans l'entourage ou parenté. Une femme de 5 enfants fait allusion à une grande surprise. « *Huuuu! Urazi gusama imbanyi waruziko uriku buryo. Nukuri burasendwa : duca tubonako atakamaro kiretse kwikwegera indwara* ». Litéralement traduit : «*Huuuu! C'est étonnant, une grande surprise de tomber enceinte alors qu'on ne s'attend pas, vraiment les méthodes sont inefficaces : nous comprenons que ça n'a rien d'importance sauf que notre santé soit assujettie à des maladies chroniques* »[248].

Cependant, il arrive que le sujet soit lui-même à l'origine de cette situation. A travers nos enquêtés, nous avons pu retenir quelques comportements des utilisateurs, qui par conséquent pourraient contribuer ou causer l'inefficacité de la contraception. Entre autre nous pouvons citer :

1) La mégarde ou l'ignorance du sujet : le sujet doit savoir où commencent et où se terminent les conditions requises ;
2) Variabilité du cycle féminin : pour les femmes (irrégulières) qui ne sont pas à mesure de maîtriser la variabilité de leur cycle;
3) Non observance des conditions requises pour la prise des pilules par exemple ;
4) Le report personnel du rendez-vous pour la reprise de la méthode : par exemple, l'injection est prise une fois les trois mois, c'est-à-dire qu'après ce délai, le sujet doit répondre immédiatement au rendez-vous suivant. Aussi, les titulaires des centres de santé nous rappellent que toute méthode commence avec le début des règles menstruelles. Ainsi la femme doit respecter toutes ces injonctions ce qui n'est pas facile suite à des nombreuses occupations, voire même la négligence ou l'ignorance ;
5) Adhérer à la contraception alors qu'on a conçu sans le savoir : dans ce cas, la femme crochera la sonnette que la méthode n'a jamais été efficace alors que la conception avait précédé l'adhésion ;
6) Le découragement et connaissance populaire que concevoir = projet de Dieu : la providence divine.

[248] Entretien avec une femme ω, âgée de 40 ans et 12 ans de mariage, zone Busangana, le 3/5/2021.

b. Conviction religieuse

Compte tenu des croyances et convictions religieuses, le planning familial est à l'encontre du projet de Dieu. La croyance populaire considère que méthode *contraceptive* égale *un péché,* ce qui freine la promotion de la planification familiale, nous a confié le titulaire de centre de santé. Autrement dit, « *les patientes ont peur des responsables des communautés de base [inshingwamuryango]. Certainement, certaines arrêtent la contraception peur d'être disqualifié à l'église* »[249]. Ajoute le titulaire α.

c. Le non-respect du choix du sujet

Les responsables des centres de santé nous ont confié que d'abord précède une consultation ayant pour finalité de balancer l'état de santé de la patiente pour enfin équilibrer les probabilités des effets secondaires. Donc il arrive qu'une patiente vienne avec l'idée sur la méthode qui a été efficace pour sa voisine. Avec cette idée elle ne veut que cette méthode. Par malheur, l'infirmier ne juge pas bon pour celle-ci à cause de son état de santé. Difficile est de la détourner de cette mentalité, pour la prochaine, elle préfère tout abandonner.
Une femme de 32 ans s'exprime ainsi à propos :
« *Ico tubasaba sico baduha, baduhatira k'uburyo tudashaka, duca duhitamwo kubiheba* ».
« *On nous impose et on ne respecte pas nos choix, raison pour laquelle nous préférons tout abandonner*»[250].

d. Opposition du conjoint et le désir de l'enfant

Lorsque le lien entre les conjoints est moins fort, constitue un désaccord sur le projet de la planification familiale. Compte tenu de son autorité, souvent l'homme s'y oppose et cela pour plusieurs raisons. L'une mérite une attention particulière : *l'infidélité,* car il sera difficile de contrôler la femme dans cette situation *d'infertilité*. C'est sur cette raison que fondent les acceptions de FATOUMATA, FERNAND et Marc-Éric contre la contraception moderne. Pour eux : « *La planification familiale ou l'utilisation des contraceptifs modernes est parfois perçue par les hommes comme un encouragement à l'infidélité des femmes (…) Ils[Les*

[249] Entretien avec un homme α, titulaire de centre de santé, commune sanitaire de Bukeye, le 3/6/2021.
[250] Entretien avec une femme ω, âgée de 32 ans et 8 ans de mariage, zone Nyarucamo, le 21/5/2021.

hommes] disent que lorsque les femmes prennent les contraceptifs, elles peuvent aller avec n'importe quel homme. On ne peut plus les contrôler»[251] .

Un autre motif du désaccord apparaît lorsque l'homme a toujours envie de l'enfant (l'opposition est aussi possible). Dans ce cas, même si la femme insiste, l'autorité gagne sa place. Le cas est pareil à celui de cette femme de trente ans qui s'exprimaient ainsi :

« *ariko haraho ugenda kuburyo umugabo agaca aguta nk'akanuka* », la femme change de visage et continue ; « *mbere jewe sinzosubirayo*» [252]. Cette expression incarne l'idée centrale que la femme peut *être répudiée* en secret. Face à cette situation, nous avons compris que la femme *a une nostalgie* qui la dépasse.

e. Rumeurs

Les messages qui véhiculent l'idée que les méthodes contraceptives peuvent occasionner des maladies incurables, des couche-compliquées, des mort-nés, des malformations des nouveaux nés, etc. sont à l'origine du non succès de la planification familiale, réitèrent les titulaires des centres de santé.

f. Emplacement géographique des infrastructures sanitaires très éloigné

Comme nous l'avons bien souligné, certains préfèrent aller loin de chez eux par peur d'être visés. Ceci peut être aussi une des raisons d'abandon car la femme a des difficultés de répondre régulièrement aux rendez-vous fixés parce qu'à cause de grandes distances et par manque de moyen de déplacement, elle est condamnée à reporter des rendez-vous et cela a un impact sur l'efficacité de la méthode.

g. Effets secondaires

« *Les effets secondaires sont une réalité. Même le paracétamol à ses effets secondaires ; ainsi pour dire, il en est de même pour les méthodes contraceptives. Seulement les effets varient en fonction de l'organisme de l'un et de l'autre* »[253], nous a confié un des titulaires des centres de santé. Nos enquêtés nous ont fait relever une série d'effets subis personnellement ou constatés chez les voisins. Les plus cités sont la stérilité, le mal au don, maux de ventre, saignement, prise de poids, faiblesse, dépression gonflement de l'utérus, cancer de l'utérus, etc.

[251] F. OUATTARA et al. « Pas de mère sans un « mari. La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso), *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Vol 52, Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et Les Presse Po, 2009, p.84.
[252] Entretien avec une femme ω, âgée de 30 ans et 9 ans de mariage, zone Busangana, le 7/5/2021.
[253] Entretien avec un homme α, titulaire de centre de santé, commune sanitaire de Bukeye, le 3/6/2021.

Le même avis est partagé par un médecin burundais de KIRA HOSPITAL en expliquant les risques de la pilule. Il dit ainsi : « *une utilisatrice des pilules dans une période au-delà de 10 ans a beaucoup de risque d'attraper le cancer des seins* »[254].

Dans son œuvre, *Pilule. La vérité sur la contraception chimique* (1988), Ellen Grand inventorie les méfaits de la contraception dont en voici un tableau synthétique ci-après.

Tableau 19 : Les effets de la contraception

METHODES CONTRACEPTIVES				
EFFETS SECONDAIRES	**Pilule**	**Stérilet**	**Spermicide**	**Préservatif**
	Obésité, diabète, maladie de cœur, anorexie ou boulimie, perte de poids, cancer, perte de libido, déséquilibre minérale et vitaminique, stérilité, avortement prématuré, anomalie du nouveau-né	Infection, anémie, complication et fausse couche, grossesse ectopique extra-utérine, malformation, mort-né, maladie du col de l'utérus	Allergie vaginale,	Déchirures, Grossesse imprévue Insatisfaction sexuelle
	Adultère, fornication, infidélité dans le couple, perte de culture et mœurs. perte de l'humanité, polygamie, gaspillage du patrimoine familial, éducation des enfants, dévalorisation de la famille et son rôle inhérent à la sexualité chez les jeunes…			

Source : L'auteur. Une synthèse réalisée à travers la lecture de l'ouvrage d'E. GRAND, 1988

Compte tenu de notre recherche, nous pouvons constater que la contraception a des avantages d'une part et des inconvénients de l'autre part. Bien entendu, comme le souligne WINCKLER « *il ne faut pas donc rejeter aucune méthodes, mais au contraire bien les connaître toutes* »[255]. Autrement dit la mise en exercice de la raison afin de choisir telle ou telle autre méthode en connaissance de cause ; d'où la nécessité d'avoir une information suffisante sur la contraception.

[254] Emission diffusée sur la Télévision National du Burundi vendredi le 16/10 2020 à 17h30 min.
[255] M. WINCKLER, *Op.cit.* p.17.

De son côté, le magistère réitère et souligne le plus grand malheur des méthodes artificielles. Celles-ci dénaturent la totalité de la personne humaine (le physique et le spirituel) qui s'adonne à ses outils mécaniques, ce qui, par conséquent affectera la communauté toute entière. Ainsi dit-il :

> Dans le cas concret des méthodes artificielles de planification, c'est non seulement l'âme de l'homme qui est en question, mais aussi sa santé physique, psychologique et morale. Pire encore, c'est la vie de l'enfant à naitre qui est en péril. C'est ici que l'Eglise a l'impérieux devoir de tirer la sonnette d'alarme pour que la vie de tout être vivant soit sauvegardée dans son intégrité (…). L'Eglise ne s'oppose pas à la planification artificielle des naissances parce qu'elle est artificielle. Elle s'y oppose parce qu'elle est contraceptive, c'est-à-dire fermée à la vie et même bien des fois destructrice des vies entières[256].

En outre, cette institution, à travers son message sur les familles l'encyclique *Humanae vitae* ne manque pas de souligner des effets néfastes liés à la contraception :

1) Une voie large et facile à l'infidélité conjugale et à l'abaissement générale à la moralité ;
2) L'instrumentalisation de la femme : l'homme en s'habituant à l'usage de la pratique anticonceptionnelle finit par perdre le respect de la femme, sans plus se soucier de l'équilibre physique et psychologique de celle-ci, il en vient à la considérer comme un simple instrument de jouissance égoïste, et non plus comme sa compagne respectée et aimée ;
3) La fuite devant les difficultés ou manque de maturité face aux problèmes : en voulant fuir les difficultés individuelles, familiales ou sociales que l'on rencontre dans l'observation de la loi divine, les individus en arriveraient à laisser à la merci de l'intervention des autorités publiques le secteur le plus personnel et le plus réservé de l'intimité conjugal[257].

Que pouvons-nous donc retenir ? Il nous faut souligner d'abord que chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. La raison humaine doit intervenir pour balancer afin d'opter pour un choix libre à la méthode convenable. Ensuite, en épousant l'idée de John GUILEBAUD, il faut avoir conscience qu'aucune méthode n'est efficace à part entière.

[256] T.AKOHA, Op.cit. pp. 58-59.
[257] M. SCHOOYANS, *Op. Cit.* pp. 82-83.

Aucune ne répond à l'idéal de la contraception c'est-à-dire ne répond à toutes les conditions idéales de la contraception.

Le spécialiste GUILEBAUD constate que toutes les méthodes contraceptives remplissent un ou plusieurs de ces critères. Dans son livre *The Pill*, John GUILEBAUD spécialiste mondialement reconnu de la contraception, énumère les critères de la méthode contraceptive « idéale » :

1) Elle devrait être relativement bon marché, facile d'accès, utilisable par le plus grand nombre, sans devoir recourir à un médecin: préservatif, coït interrompu, méthode d'abstinence basée sur le cycle féminin,
2) Ce devrait être une méthode utilisable par les femmes qui sont les premières concernées : elles doivent pouvoir contrôler leur fécondité sans dépendre du bon vouloir des hommes,
3) Elle devrait être à 100% efficace sans que l'utilisatrice ait besoin d'intervenir : à l'heure actuelle, deux méthodes répondent à cette définition à commencer par le stérilet ;
4) Son utilisation devrait être entièrement réversible. Autrement dit, le retour à la fertilité doit être total et immédiate dès l'arrêt de la contraception. Est exclue par cette définition les méthodes chirurgicales ;
5) Elle devrait être dénuée de tout effet indésirable, dangereux ou bénin ;
6) Elle devrait avoir des avantages observables : bénéfique en plus d'être contraceptifs ;
7) Elle devrait être acceptée par toutes les religions et toutes les cultures.[258]

[258] J. GUILEBAUD cité par M. WINCKLER, *Op.cit*. pp.89-90.

CONCLUSON GENERALE

Dans la présente recherche, nous avons tenté de déceler et de comprendre différentes perceptions que les populations attribuent à la planification familiale et ses multiples méthodes. Ainsi, pour bien renforcer notre recherche, nous sommes partis d'une question centrale pouvant nous aider à recueillir des éléments susceptibles pour pouvoir bien comprendre ces différentes conceptions. Notre question de fond était de savoir la connaissance de la population sur la contraception. Autrement dit, il était question de savoir si les populations sont suffisamment informées sur la planification familiale et quelles perceptions elles ont des méthodes de la planification familiale.

L'objectif de la présente recherche était : comprendre comment la population perçoit la planification familiale et les mécanismes mis en œuvre pour y réussir, mettre en considération les effets des méthodes contraceptive et évaluer le niveau de connaissance et de pratique en matière de planning familial.

L'individualisme méthodologique, a été préféré comme théorie de référence et nous nous sommes permis d'être à la remorque de celle-ci pour une raison toute simple : ladite théorie justifie de façon rationnelle le choix de l'acteur face à un phénomène quelconque. Autrement dit, c'est le sujet lui-même qui donne sens à son action en connaissance de cause. Des théories complémentaires entre autre la rationalisation de la vie, la médicalisation de la procréation, l'approche anthropologique et socioculturelle de la planification familiale ainsi que la modélisation sont mises en exergue pour la bonne compréhension et l'applicabilité de la théorie de référence.

Compte tenu de notre hypothèse, nous croyons que la contraception semble être connue par la population, mais celle-ci ignore bien certaines pratiques et réalités. Au cours de notre travail, nous avons entrepris une recherche de type qualitative en nous servant de l'entretien semi-directif comme outils de collecte de données suivant la technique de l'interview. Le recueil des informations a été effectué principalement auprès des personnes sexuellement actives. Dans le but de respecter des principes de saturation et de diversification des informations, nous avons opté pour les gens de coins différents dans chaque catégorie selon notre échantillon. Le traitement, l'analyse et l'interprétation des résultats nous ont conduits à la vérification de notre hypothèse. Ainsi donc nous avons constaté que les facteurs socioculturelles (les mœurs, les coutumes, la tradition, contexte socioculturelle, etc.) entrent en jeu pour la promotion d'une loi de limitation des naissances.

En outre, nous avons aussi constaté chez nos interlocuteurs, un niveau d'information inefficace (faible). Le cas échéant, l'information même s'il y en a, elle floue et vague. Ainsi, nous n'avons trouvé aucun cas, aucun couple qui s'autoproclame bien-informé. C'est sur des informations hâtives à base desquelles ont évalué le niveau d'information et de formation en matière de la planification familiale.

De plus, les populations bénéficient différentes interventions (et / ou assistance) mais aussi dans des contextes différents. Les modes d'applicabilité des méthodes de régulation des naissances sont aussi différents selon les convictions et les croyances. Aussi la raison d'être des méthodes mise en jeu (pour la régulation des naissances) sont perçues de façon différente selon les objectifs visés et institutions d'origine ayant cette politique dans leurs attributions. Pour cet effet, les patients sont désorientés ce qui cause effet au choix des méthodes adéquates pour faire sienne et réussir la planification familiale.

En peu de mots, notre recherche ne se concentre que sur une *étude socio-anthropologique* ayant l'unique finalité de passer en aperçu les différentes perceptions que les populations attribuent à la planification familiale. Celle-ci est vaste et englobe plusieurs facettes de la vie ordinaire. Les portes sont ouvertes pour quiconque voudrait en approfondir. Au cas nécessaire, nous prendrons part de ses initiatives pour la perfection des pré-requis ici présentes. Nous soulignerons aussi que ce sujet n'est pas si facile à aborder pour la simple raison qu'il entre *au-dedans* des choses. Il entre dans l'ordre des sujets *tabous* parfois difficile à maîtriser puisqu'il incarne des réalités confidentielles.

Nous ne pouvons pas clôturer ce travail sans émettre nos suggestions. Conscientiser la population pour que tout le monde fasse sienne la problématique de la démographie qui alerte le monde entier ; garantir une meilleure information (sans équivoque) sur la contraception pour que chaque individu trouve accès à une information efficace ; assistance au cas de complications provoquées par les effets secondaires ; une meilleure collaboration entre les institutions pour éradiquer toute polémique ; des infrastructures de qualités et le personnel compétent pour la formation permanente.

Non seulement la formation en matière de la planification familiale, mais aussi une formation au changement de mentalité pour que les populations sortent des schèmes de leur culture et de leur tradition, et s'adaptent aux mutations permanentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Ouvrages

1) AKOHA T., *Fécondité et régulation des naissances*, Editions Amour et Vie, [Bénin], 2017.
2) AKUN A. et ANSART P., *Le Robert. Dictionnaire de Sociologie*, Seuil, Paris 1999/
3) AQUILAS I. et GALBES H., *Guide de la vie familiale*, Tome 2, SL, 2000.
4) BARBUSSE B. et GLAYMAN D., *Introduction à la sociologie*, Paris, Sup' Foucher, 2004.
5) BARRO A., *Leaders religieux et promotion de la pratique contraceptive moderne des femmes dans la commune urbaine de Dori*, IFRISSE, Ouagadougou, 2018.
6) Charlier J-E., COMPENHOUDT L-V. (dir.), *4 méthodes de recherche en sciences sociales. Cas pratiques pour l'Afrique francophone et le Maghreb*, Dunod, Paris, 2014.
7) COMPENHOUDT L-V. et al. *Manuel de recherche en sciences sociales (5^{e} édition)*, DUNOD, Paris 2007.
8) DIBAKANA MOUANDA J-A. et MISSIE J-P. (dir.) *L'Afrique des familles. La famille dans l'Afrique contemporaine, entre changement et permanence*, L'Harmattan, Paris, 2018.
9) GRAND E., *Amère Pilule. La vérité sur la contraception chimique*, F-X., Paris,1988.
10) GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dulloz, 1996.
11) HADDAD W. et al. *Guide pour la formation aux aspects psycho-sociaux de la planification familiale*, Centré International de l'Enfance, Paris, 1986.
12) HAKIZIMANA A., *Naissance au Burundi entre tradition et planification*, Harmattan, Paris, 2002.
13) LE BRETON D., *Anthropologie du corps et modernité*, Presse Universitaire Française, Paris, 1990.
14) MEYER H. et al. *Les Barundi : Une étude ethnographique en Afrique orientale*, Société française d'histoire d'outre-mer, Paris, 1984.
15) MFOUNGUE C-B., *Le mariage africain, entre tradition et modernité: étude socio-anthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise*, HAL, Paris, 2012.
16) MIBURURO T., *Disciples de la nature*, Gitega, 2012.
17) MORVAN A. et VERJUS A., *La famille*, HAL, Paris, 2014.

18) N'DA P., *Manuel de méthodologie et de rédaction de la thèse de doctorat et du mémoire de master en lettres, langues et sciences humaines*, L'Harmattan, Paris 2015.
19) NAVAS J. et al. *Famille et fécondité au Burundi. Enquête sociologique*, le Centre de Recherche Socioreligieuse de l'Episcopat du Burundi, Presse Lavigerie, Bujumbura, 1977.
20) NORBERT E. (trad. par Kamnitzer PIERRE), *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, S.L, 1969.
21) Platon, *La République*, trad. Par Robert Baccou, (livre V), Garnier-Flammarion, Paris, 1966.
22) TREMBLAY J-M., (Préface et traduction par le docteur Pierre Theil), *Thomas-Robert Malthus (1798**).** Essai sur le principe de population*, Éditions Gonthier, Paris 1963.
23) WILLIAM H-F. et al. *Planification familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique*, CDC, Atlanta, 1985.
24) WINCKLER M., *Contraception mode d'emploi*, Au diable Vauvert, SL, 2003,
25) YAËLLE A-M., *Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*. HAL, Paris V, 2007.

II. Dictionnaires

1) Dictionnaire Français, Disponible en ligne sur : http://play.google.com/store/apps/détails?id=livio.pack.lang.fr_FR
2) Dictionnaire, *Le petit Larousse illustré*, Larousse, Paris, 2009.

III. Thèses

1) HAKIZIMANAA., *La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi: Contraintes issues de la contradiction entre communication et de culture dans un contexte de développement*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de philosophae Doctor, Université de Montréal, 2000.

2) NIRAGIRA E., *Applicabilité de la planification familiale. Cas de six province du Burundi,* Thèse présenté et soutenu publiquement en vue de l'obtention du grande de Docteur en Médecine, Université du Burundi, Bujumbura, 2017.
3) LACHAMBRE P., *Représentation et ressentis des femmes à propos de leur contraception de nos jours*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Université de Limoges, 2019.

IV. Revues et articles

1) ANDRO A et al. « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?* Vol 52,2009.
2) DESALLIERS J., « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Vol 52, 2009.
3) F. OUATTARA et al. « Pas de mère sans un « mari. La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso), *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Vol 52, Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et Les Presse Po, 2009,
4) KAZINA I-M., « « Propositions pour une pastorale familiale inculturée au Burundi », *Au cœur de l'Afrique*, LX n°1-2, 2002.
5) LOCOH T., « Famille dans la crise et politique de population en Afrique subsaharienne », *Politique Africaine n° 44*, 1999.
6) MANIRAKIZA Z., « la famille burundaise en mutation » in *Au cœur de l'Afrique, vol*. LX n°1-2, pp.242-274, Les Presses Lavigerie, Bujumbura, 1992.
7) OUATTARA F. et al. « Pas de mère sans un mari. La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Vol 52, 2009.
8) RAYMOND B. , « Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique », *Sociologie et sociétés*, 34 (1), 2002.
9) RUTAYISIRE P., « Réalité socioculturelles africaines : questions posées à l'enseignement de l'église sur la famille », *Au cœur de l'Afrique*, vol. LX n° 2-3, pp.275-334, Les Presses Lavigerie, Bujumbura, 1992.

V. Rapports

1) République du Burundi-Ministère de l'intérieur, *Recensement général de la population et de l'habitat du Burundi 2008*, Bureau central du recensement, Bujumbura, 2011.
2) Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*. 2011.
3) République Démocratique du Congo, *Planification Familiale : Plan Stratégique National à la vision multisectorielle,* (2014-2020).
4) République du Burundi, *Enquête Démographique et de Santé 2016-2017. Rapport de synthèse*, ISTEBU, Bujumbura, 2018
5) République du Burundi, *Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi*, Ministère de la santé publique et de lutter contre le Sida, Bujumbura, 2014.
6) République du Burundi, *La planification familiale au service du développement socio-économique (Brochure n°5)*, PNSR, Bujumbura, 2010.
7) République du Burundi, *Manuel PNSR*, Ministère de la santé publique et de lutter contre le Sida-PNSR, Bujumbura, 2014.
8) République du Burundi, *Programme National de la Santé de la Reproduction* : *Bilan des activités*, Ministère de la santé publique, Bujumbura, 2006.

VI. Sites internet

1) http://aps.journals.ac.za.
2) http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/12441905-6d58-4240-be10-1ec44632b254/blobhlder :0
3) http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/12441905-6d58-4240-be10-1ec44632b254/blobhlder :0
4) http://fr.m.wikipedia.org/wiki/contr%C3%B4le_des_naissances
5) http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Papyrus_Ebers consulté
6) http://fr.m.wikipedia.org/wiki/soranos_d%27%C3%89ph%C3A8se
7) http://leroidelacapote.com/history.php
8) http://play.google.com/store/apps/détails?id=livio.pack.lang.fr_FR

9) http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?p=61&cote=21157&do=page.
10) http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques
11) http://www.leroidelacapote.com/history.php
12) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/
13) https://doi.org/10.7202/009743ar,
14) https://halshs.archives-ouvertes.fr/cel-01084465
15) https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733
16) https://www.iwacu-burundi.org
17) www.inded.fr
18) www.isteebu.bie
19) www.jimbere.org
20) www.planningfamilial.org
21) http:///www.ined.fr/fichiers/sintroduction.fr.pdf (ined.fr)

ANNEXES

1. Guide d'entretien à l'endroit de la population (version française : originale)

I. Identification de l'informateur et informatrice

1. Age
2. Sexe
3. Lieu de naissance
4. Lieu de résidence
5. Niveau d'instruction
6. Croyance religieuse
7. État civil (Situation familiale)
8. Mode de vie conjugale
9. Marié depuis quand ?
10. Nombre d'enfants vivants et nombre d'enfants morts

11.a) Nombre d'enfants souhaités :

b) Comment souhaiteriez-vous espacer les naissances ? En d'autres termes le nombre d'années entre un enfant et un autre. Pourquoi ?

12. Profession:

II. Connaissances sur le planning familial

1. As-tu déjà entendu parler du planing familial ?
2. Où l'as-tu entendu pour la première fois (les sources d'information)?
3. A ton avis, comment peux-tu expliquer le planning familiale en peu de mots ?
4. Qu'est-ce que tu comprends par le planning familial ?
5. D'après toi, le planninig familial est nécessaire pour toutes les familles ? Justifie ta réponse.
6. Est-ce tu connais les méthodes à utiliser pour le planning familial ?
7. Citer les différentes méthodes (du planning familial) que tu connais :
8. Comment les gens considèrent une femme (par exemples) utilisatrice des méthodes de planning familial ?
9. Est-ce ces méthodes sont disponible pour tout le monde ?
10. Quelles sont les distributeurs de ces méthodes ?

III. Pratique du planning familial (régulation des naissances)

1. Tu (ou ton conjoint) utilise les méthodes de régulation des naissances ?
2. Depuis combien d'années ?
3. Quel est la méthode préférée (pour toi ou ton conjoint) ?
4. Y'a-t-il un médecin ou personnel de santé, un leader religieux qui vous aurais (toi et ton conjoint) proposés d'utiliser une contraception ?
5. Quelles sont les méthodes avez-vous (votre conjoint) déjà essayées et abandonnées ?
6. Pourquoi vous (ton conjoint) les avez abandonnés ?
7. Quelle méthode utilisez-vous (votre conjoint) maintenant ?
8. Y'aurait-il des effets secondaires liés à cette méthodes que vous (votre conjoint) sentez ?
9. Depuis combien de temps vous utilisez cette méthodes ?
10. a) Qu'est-ce qui vous a poussé d'intégrer le planning familiale ?
    b) Quel est votre but poursuivie ?
11. Avez-vous eu une ou des grossesses non désirées en cours de l'utilisation du planning familial ?
12. Quelles seraient d'après vous les raisons d'échec pour ce cas ?
13. a) Souhaitez-vous continuer le planning familial ?
    b) Quelles sont les avantages ou les inconvénients tirés du planning familial ?
14. Comment sentez-vous en répondant à toutes ces questions que vous venez de répondre ?

Guide d'entretien à l'endroit de la population (version traduite en langue nationale)

I. UMWIDONDORO W'UMUTANGANKURU

1. Imyaka :
2. Igitsina
3. Aho mwavukiye :
4. Ahomubaubu :
5. Mwize kugera muyakangahe:
6. Aho musenga
7. Murubatse/ Ntimwubatse [EtatCivile]:
8. Uburyo mubayeho mu rugo [Situation familial]:
9. Mumaze imyaka ingahe mwubatse:
   A) Mufise abana bangahe bakiriho:
   B) Ni abana bangahe bamaze kwitaba Imana:
   C) Mwipfuza kuvyara abana bangahe :
   D) Mwipfuzako hagati y'umwana n'uwundi hoba hari umwanya ungana gute. Muyandi majambo, mwipfuzako umwana yokurikizwa afise imyaka ingahe.
   E) Kubera iki :
10. Akazimukora :

II. UBUMENYI N'INYIFATO MUBIJANYE NO KURONDOKA KURUGERO CANKE GUTANDUKANYA IMVYARO

1. Muramaze kumva ibijanye n'uburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro?
2. Mukivyumva ubwambere mwavyumvise hehe?
3. Hari ibiganiro bica kw'isamirizi (iradiyo) uhora wumva bivuga ibijanye n'ivyo kurondoka kurugero no gutandukanya imvyaro?
   Mugihe inyishu ari Ego, dondagura ivyo biganiro.
4. Mbega murumviriza iradiyo kenshi?
   Kubera iki?
5. Kubwanyu mu majambo make, mwosigura gute umugambi ujanye no kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro?

6. Iyo bavuze ibijanye n'umugambi wo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro, muvyumva, mubitahura gute?
   Sigura mu majambo make inyishu mwatanze
7. Kubwanyu umugambi wo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro urakenewe (ningombwa) kumiryango yose?
   Kubera iki? Sigura mu majambo make inyishu mwatanze
8. Mbega mwoba muzi uburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro?
9. Dondagura uburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro muzi.
10. Umukenyezi ari kuburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro bikamenyekana, mukibano, abagenzi canke abandi bamuvuga gute? Hari iyindi nsiguro babiha?
11. Mugihe inyishu ari Ego, ni muvuge muri make iyindi nsiguro babiha?
    Mbega uburyo bwo kurondoka kurugero canke bwo gutandukanya imvyaro uwubukeneye wese aha iwanyu araburonka bitagoranye uko avyipfuza?
    Ni hehe dusanga uburyo bwo kurondoka kurugero canke bwo gutandukanya imvyaro kuwubwipfuza?

III. UBUMENYI KUBIJANYE N'IKORESHWA RY'UBURYO BWO KURONDOKA KURUGERO CANKE GUTANDUKANYA IMVYARO

1. Murugo iwanyu (mwe n'uwo mwubakanye) murakoresha uburyo bwo kurondoka kuruger canke gutandukanya imvyaro?
2. Haheze imyaka ingahe mutanguye (umutambukanyi wawe) kubukoresha?
3. Ni ubuhe buryo mwahisemwo gukoresha (umutambukanyi wawe)?
4. Hari umuganga , umumenyeshamana canke uwundi muntu yoba yarabasavye mwebwe nyene atari muri rusangi ko mwoja kuburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro?
5. Dondagura uburyo bwo kurondoka urugero canke gutandukanya imvyaro muzi.
6. Ni ubuhe buryo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro mumaze gukoresha ariko ubu mwahevye (umutambukanyi wawe)?

Ni kubera iki mwabuhevye? Mugihe bwabagiriye ingaruka mbi ni izihe ? Zivuge.

7. Ubu (umutambukanyi wawe) mukoresha ubuhe buryo?
8. Hoba hari ingaruka mbi bwabagiriye kumagarayanyu (umupfasoni wawe)? Mugihe zihari ni izihe? Nimuzivuge.
9. Haheze imyaka ingahe mukoresha ubwo buryo (umupfasoni wanyu)?
10. Ni igiki catumye mwiyumvira gukoresha uburyo bwo kurondoka kurugero canke bwo gutandukanya imvyaro ?
11. Ni iyihentumbero, ihangiro mwipfuza gushikako mukuja k'uburyo bwo kurondoka kurugero canke gutandukanya imvyaro ?
12. Hoba hari imbanyi mwasamye mutipfuza (umutambukanyi wanyu) mugihe mwari kuburyo ?
    Mugihe inyishu ari Ego, ni zingahe mwasamye mutipfuza ?
13. Mwoba mwibazako vyatumwe n'iki ? Ubushobozi buke bw'ubwo buryo mwakoresheje canke iyindi mvo ?
14. Muripfuza kubandanya mukoresha uburyo bwo kurondoka kurugero canke bwo gutandukanya imvyaro ?
    Kubera iki ? Sigura inyishu mwatanze
15. Ni izihe ngarukambi kuruhande rumwe, canke akarusho kurundi ruhande mubona kumugambi wo kuvyara kurugero no gutandukanya imvyaro?
16. Mwotubwira uko mwiyunise mugihe mwariko murishura kuri bibo bibazo? Hari ico mwoba mutavuze mwumva mwoshikiriza?
    Mwavyishuye vyose mumerewe neza n'umutima mwiza utekanya?
    Mubona hokorwa iki kugira abantu bose bashikirwe n'inyigisho zerekeye ivyo kuvyara kurugero no gutandukanya imvyaro?

2. Guide d'entretien à l'endroit des titulaires des centres de santé

IV. Question en rapport avec le planning familial

1. Selon la tradition et la culture burundaise, les gens préfèrent une progéniture nombreuse. Pourquoi ? Actuellement est-il le cas dans la circonscription de la commune sanitaire de Bukeye?
2. La politique du planning familial aurait-elle présente dans cette commune ?
3. Est-elle suffisamment accueillie et admirée par la population ?
4. Est-ce que tout le monde (les familles en particulier) a facilement accès aux méthodes du planning familial (méthodes contraceptives) ?
5. Vous considérez, personnellement et en tant que responsable de centre de santé, que le planning familial est nécessaire ou non ? Pourquoi ?
6. Quel est l'apport de l'administration locale pour la promotion du planning familial ?
7. Quel est l'apport des agents de santé (le personnel du centre de santé) dans la promotion ?
8. Depuis quand votre centre de santé a commencé à assister les patients souhaitant intégrer le Planning familiale ? Combien de patients accueillis par mois par exemples ? (Autres informations chiffrées si possibles sont à fournir)
9. Avec quels moyens ou stratégies, l'administration et les agents de santé adopteraient-ils pour promouvoir cette politique (la sensibilisation) ?
10. Selon les rapports de suivis et évaluations, quels seraient vos constants ? Y'auraient-elles des conséquences à souligner ? Lesquelles ?
11. Y'auraient-elles des perceptions et avis contraires que la population attribue à la politique du planning familial pouvant handicaper la réussite de cette dernière ? Lesquelles ?

Nous présentons nos sincères remerciements pour flanche collaboration **!!!**