

## Planification familiale et dividende démographique : le cas du Burundi

*Aloys Ndayisenga, Professeur Associé*  
*Pierre Itangishaka, Maître-Assistant*

Université du Burundi, Département des Sciences Géographiques, de  
l'Environnement et de la Population (SGEP), Burundi

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n26p98](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n26p98)

Submitted: 01 August 2024

Accepted: 07 September 2024

Published: 30 September 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Ndayisenga A. & Itangishaka P. (2024). *Planification familiale et dividende démographique : le cas du Burundi*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (26), 98.

<https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n26p98>

### Résumé

Au Burundi, le premier programme de planification familiale a vu le jour en 1983 et, à cette époque, ses indicateurs démographiques étaient alarmants. Le pays s'attendait alors à savourer plus tard les avantages du dividende démographique. Quatre décennies après, il sied de souligner que ces indicateurs n'ont pas significativement bougé malgré les efforts consentis. L'objectif de cet article est donc de chercher à savoir pourquoi ces indicateurs socio-démographiques n'ont pas évolué comme ailleurs car, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste parmi les plus élevés du continent (5,5 enfants par femme). Pour mener à bien cette étude, une analyse approfondie des données secondaires présentées en termes de pourcentage, a été faite en se servant des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1987, 2010 et de 2016-2017 et des projections démographiques de 2010-2050. En essayant de dégager les causes profondes de ces indicateurs qui n'évoluent pas de façon notable, nous nous sommes rendu compte que le pays est très loin de franchir le cap de la Révolution Contraceptive (60 à 85%) des femmes mariées ou vivant maritalement, son niveau d'utilisation de la contraception moderne n'étant que de 23% en 2017. Cela constitue un véritable frein au développement socio-économique du pays. Des facteurs liés à la mentalité, à la religion, des facteurs socio-historico-culturels expliqueraient la faible adoption des méthodes contraceptives et le taux de fécondité qui reste parmi les plus élevés du continent. Compte tenu de ce qui précède, le Gouvernement

du Burundi devrait tout faire pour augmenter la demande en planification familiale, réduire de moitié le nombre d'enfants par femme et allouer des ressources propres pour compléter le financement des programmes de planification familiale jugé insuffisant.

---

**Mots-clés:** Burundi, planification familiale, dividende démographique, transition démographique, contraception, indicateurs socio-démographiques

---

## **Family Planning and the Demographic Dividend: The Case of Burundi**

*Aloys Ndayisenga, Professeur Associé  
Pierre Itangishaka, Maître-Assistant*

Université du Burundi, Département des Sciences Géographiques, de l'Environnement et de la Population (SGEP), Burundi

---

### **Abstract**

Burundi's first family planning program was launched in 1983, at a time when its demographic indicators were alarming. At the time, the country expected to reap the benefits of the demographic dividend at a later date. Four decades on, it is worth pointing out that these indicators have not changed significantly despite the efforts made. The aim of this article is therefore to find out why these socio-demographic indicators have not evolved as they have elsewhere, given that the Total Fertility Rate (TFR) remains one of the highest on the continent (5.5 children per woman). To carry out this study, an in-depth analysis of the secondary data, presented in percentage terms, was carried out using data from the 1987, 2010 and 2016-2017 Demographic and Health Surveys (DHS) and the 2010-2050 population projections. In trying to identify the underlying causes of these indicators, which are not changing significantly, we realised that the country is a long way from reaching the milestone of the Contraceptive Revolution (60 to 85%) of women who are married or living in a marital relationship, with only 23% using modern contraception in 2017. This is a real brake on the country's socio-economic development. Factors linked to mentality, religion and socio-historical and cultural factors explain the low uptake of contraceptive methods and the fertility rate, which remains among the highest on the continent. In view of the above, the Government of Burundi should do everything in its power to increase demand for family planning, halve the number of children per woman and allocate its own resources to supplement funding for family planning programs, which is deemed insufficient.

---

**Keywords:** Burundi, family planning, demographic dividend, demographic transition, contraception, socio-demographic indicators

## Introduction

Depuis la tenue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement à Bucarest (Roumanie) en 1974, la réduction de la fécondité en vue d'accélérer la croissance économique a été une préoccupation de plusieurs pays en développement (Banque Mondiale, 1990: 9). Pour cette raison, des programmes de planification familiale (ou de limitation des naissances) ont été mis en œuvre dans les pays du sud sous la supervision des Organisations Internationales et des experts étrangers, en vue de réduire la fécondité et d'accélérer le développement socio-économique (Gautier, 2002 ; Guengant et Kayiro, 2016). Par conséquent, en 30-40 ans d'actions, tous les pays émergents ont réussi à passer des niveaux de fécondité non ou peu maîtrisés de 5 à 7 enfants par femme dans les années 1960, à 1,5 à 3 enfants au plus aujourd'hui (Guengant et Kayiro, 2016). Malgré certaines disparités entre les pays et les régions africaines, quelques pays ont réussi ce pari. Par exemple, en 40 ans, l'indice synthétique de fécondité de la Tunisie est passé de 7,6 en 1966 à 2 enfants par femme en 2008.

D'autres pays du sud du Sahara (l'Afrique australe essentiellement), comme la République sud-Africaine, le Botswana, le Lesotho, la Namibie, le Swaziland, etc. ont emboîté le pas à la Tunisie. Au contraire, d'autres pays comme le Soudan du Sud, le Soudan, la Somalie, l'Erythrée, le Niger, le Tchad, le Burundi, etc. ne sont pas encore parvenus à réduire leur fécondité. Ils ont encore une fécondité toujours supérieure à 5 enfants par femme (Kamuragiye et Buzingo, 2019).

Au Burundi, le premier programme de planification familiale a commencé en 1983 (Nahayo, 1998). Quarante ans après, force est de constater que son indice Synthétique de fécondité est de 5,5 enfants par femme en 2017 et son taux de croissance démographique est de 2,3% par an (ISTEEBU et ICF International, 2017). Plus encore, la Prévalence Contraceptive moderne était faible et ne se situait qu'à 23% en 2017 (ISTEEBU et ICF International, 2017). Sur ce, Ndayisenga s'inquiétait en ces termes : des politiques de population ont été initiées par le gouvernement burundais dès le début des années 1980, avec l'appui des bailleurs internationaux, mais la question est de savoir si ces politiques ont eu des effets notables perceptibles, c'est-à-dire si l'on est arrivé à une transition démographique qui se traduise par une croissance du point de vue économique et social (Ndayisenga, 2017). S'achemine-t-on vers une transition démographique qui se traduirait par une réduction de la fécondité passant de 6 à 3 enfants par femme d'ici 2025 ? , poursuit le même auteur (Ndayisenga, 2017) ... la population active (celle ayant un âge compris entre 20 et 64 ans) représente moins de 40 % de la population totale et traduit un

rapport de dépendance économique encore élevé. En plus, le taux de mortalité des enfants entre la naissance et le cinquième anniversaire reste encore élevé car il était de 153‰ en 1979 et de 78 ‰ en 2016-2017 (ISTEEBU et ICF International, 2017).

Selon les données de la Banque PNUD, le PIB/ habitant du Burundi était de 204 USD, 64 % de la population du Burundi vivait en-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire en-dessous de 1,90 USD par jour et sur 189 pays, l'IDH du Burundi était de 0,433, soit la 185<sup>e</sup> place dans le classement (PNUD, 2020). Son taux de scolarisation au primaire était de 95,4% en 2013, de 38,2% au secondaire et de 23% au niveau supérieur (ISTEEBU et ICF International, 2017).

Comme le montrent Guengant et Kayiro, la poursuite d'un rythme soutenu de la progression de l'utilisation de la contraception au Burundi est loin d'être acquise. En effet, la demande en planification familiale qui est de 54% reste insuffisante à cause de la persistance de normes natalistes toujours bien ancrées dans la société (Guengant et Kayiro, 2016). Aussi, les besoins non satisfaits restent élevés, c'est-à-dire 31% en 2010 et 30% en 2017 (ISTEEBU et ICF International, 2017).

Le problème central de notre étude est que le Burundi se caractérise encore aujourd'hui par des niveaux encore élevés de fécondité et une faible évolution des indicateurs socio-économiques. Sur ce, nous avons comme objectif de comprendre pourquoi le niveau de fécondité et les indicateurs démo-socio-économiques du Burundi n'évoluent pas sensiblement. Ainsi, une seule question a guidé notre recherche : Quelle serait la cause principale de la faible évolution des indicateurs démographiques au Burundi ? Notre étude coïncide avec l'Objectif N°3 du Développement Durable (ODD) pour son point 3.7 qui stipule que « *l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréatives, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux* » (PNUD,2015).

Il correspond aussi à l'axe 4.1 du PND du Burundi 2018-2027 qui prévoit d'améliorer l'accès aux soins et le niveau de santé de la population en améliorant la demande de soins et services de santé dont ceux de la santé sexuelle et reproductive (MFPDE, PND 2018-2027, 2018).

De ce qui précède, les auteurs qui se sont intéressés aux questions en rapport avec la population et le développement du Burundi sont unanimes pour dire que, depuis plusieurs décennies, le rythme de croissance de la population est loin de favoriser le développement (Buzingo et Kamuragiye, 2019 ; Guengant et Kayiro, 2016 ; PND 2018-2027, 2018). Cette étude se veut donc être une contribution à la compréhension de l'état des lieux en matière de planification familiale au Burundi pour la réalisation du dividende démographique. Ses résultats pourront être mis à la disposition des

intervenants en matière de planification familiale pour une ébauche de nouvelles stratégies et une meilleure réorientation de la politique et des programmes de contrôle de la fécondité au Burundi. Son originalité réside au fait que, à notre connaissance, aucune autre étude de l'apport de la planification familiale dans l'évolution des indicateurs du dividende démographique au Burundi n'a encore été faite.

## **1. Revue de la littérature**

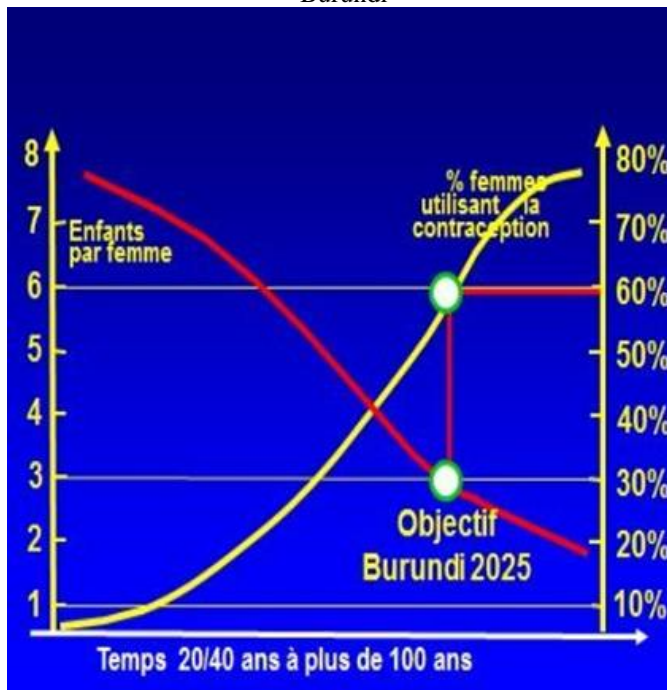
Notre étude n'est pas la première à vouloir comprendre la contribution de la planification familiale dans la réalisation du dividende démographique. Elle s'inscrit dans une série d'autres études qui ont été faites au niveau de l'Afrique ou d'autres continents. Pour Bongaarts, Cleland, Townsend et al. la planification familiale améliore la santé, réduit la pauvreté et émancipe les femmes (Bongaarts, Cleland, Townsend et al., 2012). C'est dans ce même ordre d'idées que Kulczycki, Jain et Ross écrivent que la planification familiale peut réduire la fécondité, même dans les pays très pauvres (Jain et Ross, 2013; Kulczycki, 2018). Plus encore, le rapport assorti de la Conférence Internationale sur le Planning familial tenue à Addis Abeba en 2013 montre que, lorsque la fécondité baisse, des occasions de croissance économique s'offrent aux pays du fait de l'augmentation de la population d'âge actif, de la diminution du nombre de jeunes dépendants et de l'absence de population vieillissante (UA, 2013). Rabier donne cinq conditions nécessaires pour récolter les fruits du dividende démographique. Parmi celles-ci, on trouve : « développer l'offre en matière de santé de la reproduction et de planification familiale volontaire et identifier et soutenir la demande en matière de contraception » (Rabier, 2020). La spectaculaire croissance économique de l'Asie orientale dans les années 1965-1990, par exemple, estimée entre 30 et 50%, peut être attribuée à la baisse de la mortalité infantile et au recul ultérieur des taux de fécondité qui avaient été à l'origine d'une forte hausse de la natalité et réduit le ratio de dépendance économique (Kayiro, et Guengant, 2016).

En parlant de la situation des pays émergents, Kayiro et Guengant montraient qu'en 2016, le PIB par habitant augmentait de 1,0% par an en Chine et de 0,7% par an en Inde, en raison de l'effet de la baisse de la fécondité (Kayiro, et Guengant, 2016).

Sur ce, ils précisent qu'une réduction de la fécondité de l'ordre d'un enfant par femme au Nigeria se traduirait par une hausse de 13% du PIB par habitant dans 20 ans, et de 25% dans 50 ans. On estime à 1,40 USD le montant économisé en soins de santé de la mère et du nouveau-né pour un dollar investi dans la planification familiale et 4 USD sont économisés en traitement des complications des grossesses non désirées (Kayiro, et Guengant, 2016).

Ainsi, les politiques publiques qui permettent aux personnes les plus défavorisées d'accéder à la planification familiale, aux soins de santé, à l'éducation et à l'emploi, rendent équitables les résultats du dividende démographique. Pour que les pays puissent réaliser le dividende démographique, la fécondité doit reculer rapidement. Cela a été confirmé par Kamuragiye et Buzingo en écrivant que la planification familiale utilisant les méthodes modernes est la stratégie la plus efficace et efficiente pour réaliser le dividende démographique (Kamuragiye et Buzingo, 2019). Avec cette stratégie, l'accroissement démographique pourra ainsi ralentir le ratio des adultes d'âge actif par rapport aux jeunes augmentera. En plus, l'amélioration de l'accès à la planification familiale volontaire et son utilisation sont une intervention essentielle pour résoudre le problème des grossesses non désirées et, ainsi, d'une fécondité élevée (Union Africaine, 2013). La transition de la fécondité, phase première du dividende démographique passe par la révolution contraceptive.

**Figure 1 :** Evolution de la fécondité en fonction du taux d'utilisation de la contraception au Burundi



Source : Jean Marie Nkeshimana et Herménégilde Mbonicuye, 2015

Sur base du schéma précédent, une augmentation de 10% d'utilisation de la contraception moderne diminue la fécondité de 1 enfant. Pour pouvoir diminuer la fécondité de 6 enfants à 3 enfants (objectif du gouvernement), il faut que l'utilisation de la contraception soit à plus de 60% (Nkeshimana et Mbonicuye, 2015).



## 2. Méthodologie

**Hypothèse :** L'hypothèse suivante a été formulée : le faible niveau d'utilisation de la contraception moderne au Burundi ne favorise pas l'évolution rapide des indicateurs du dividende démographique.

**Aspect conceptuel :** les concepts qui attirent l'attention de notre étude sont : la planification familiale, le dividende démographique, la transition démographique et la révolution contraceptive. Plusieurs auteurs ont proposé leurs définitions mais nous allons, pour chaque concept, retenir celles qui nous semblent les plus vraisemblables.

*Transition démographique :* Pour Gendreau, la transition démographique désigne le passage d'une croissance démographique faible, résultant d'une forte natalité et d'une forte mortalité, à une situation où la croissance démographique est à nouveau faible, mais cette fois, du fait de l'association d'une faible natalité et d'une faible mortalité (Gendreau, 1993). Kamuragiye et Buzingo soulignent que la transition démographique comporte deux phases. Dans la première phase, la mortalité commence à baisser, tandis que la natalité reste forte. Dans la seconde, la natalité à son tour, se met à décliner (Kamuragiye et Buzingo, 2019). Au Burundi, nous observons encore un timide recul à partir de 2010 à nos jours et cela montre que le pays est dans la deuxième phase de la transition démographique.

*Dividende démographique :* Selon Kamuragiye et Buzingo, le dividende démographique est une accélération de la croissance économique qui commence par un changement de la structure par âge de la population et qui est atteinte grâce aux investissements conséquents (Kamuragiye et Buzingo, 2019). La baisse du taux de natalité entraîne des changements dans la distribution par âge d'une population et provoque la croissance économique d'un pays par le biais d'investissements adéquats.

*La planification familiale :* Selon la Banque Mondiale, la planification familiale se définit comme étant le processus par lequel un couple ou un individu parvient à obtenir le nombre d'enfants désirés, dans un intervalle de temps souhaité (Banque Mondiale, 2020). C'est l'effort délibéré de la part des couples pour maîtriser le nombre et l'échelonnement des naissances. Elle implique à la fois le souci du nombre d'enfants (qu'on peut restreindre) et celui du calendrier des naissances qui doit être établi en fonction des contraintes du couple. D'autres termes tels que « régulation des naissances », « contrôle des naissances », « planning familial », « santé reproductive » sont souvent utilisés à la place de « planification familiale ».

*La contraception :* Elle désigne l'effort délibéré de la part des couples pour éviter la conception par l'utilisation des contraceptifs (Banque Mondiale, 1996). C'est la mise en œuvre des méthodes destinées à empêcher les rapports sexuels d'aboutir à la conception : ces méthodes sont dites méthodes contraceptives ou méthodes anticonceptionnelles.

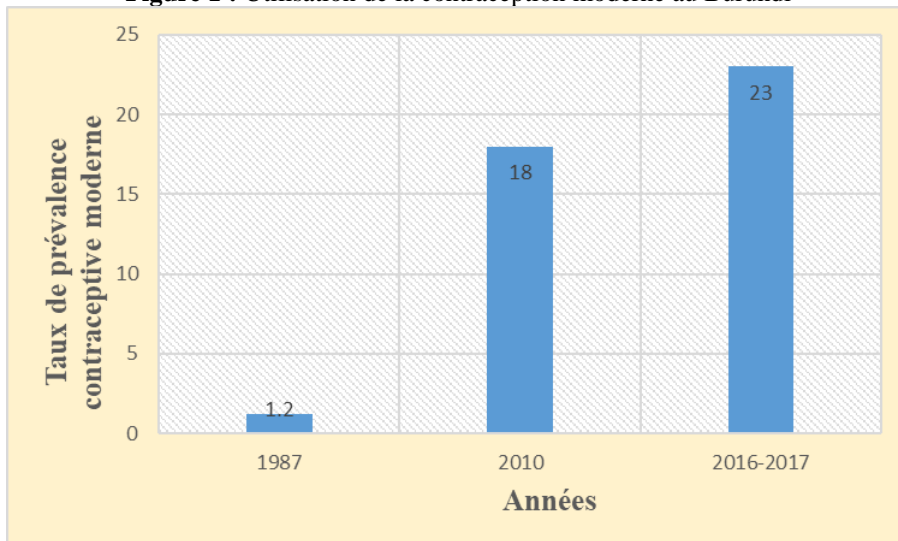
*Révolution contraceptive* : Selon Kayiro, Guengant (2016), la révolution contraceptive est l'utilisation de la contraception par 60 à 85% des femmes mariées ou vivant maritalement.

**Sources de données** : Les données utilisées dans cette étude sont celles des enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées au Burundi en 1987, en 2010 et en 2016-2017 par l'Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi l'ISTEEBU (l'actuel INSBU), les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2008 ainsi que des projections démographiques de la population du Burundi de 2010-2050. Nous avons analysé l'évolution des données en rapport avec l'utilisation de la contraception moderne, la fécondité, l'évolution de la mortalité et l'espérance de vie, la structure de la population et le taux de dépendance économique, le PIB par habitant ainsi que l'Indice du Développement Humain (IDH). Au niveau des analyses, nous nous sommes limités aux analyses descriptives des données secondaires présentées sous forme de proportion ou de pourcentage.

### 3. Résultats

La première étape pour atteindre le dividende démographique est une baisse rapide de la fécondité en répondant aux besoins de la planification familiale des jeunes, des femmes et des couples en améliorant la survie des enfants et en éduquant les filles (UA, 2013). Pour y arriver, le pays doit impérativement réaliser la «révolution contraceptive », c'est-à-dire l'utilisation de la contraception par 60 à 85% des femmes mariées ou vivant maritalement. Années

**Figure 1** : Utilisation de la contraception moderne au Burundi

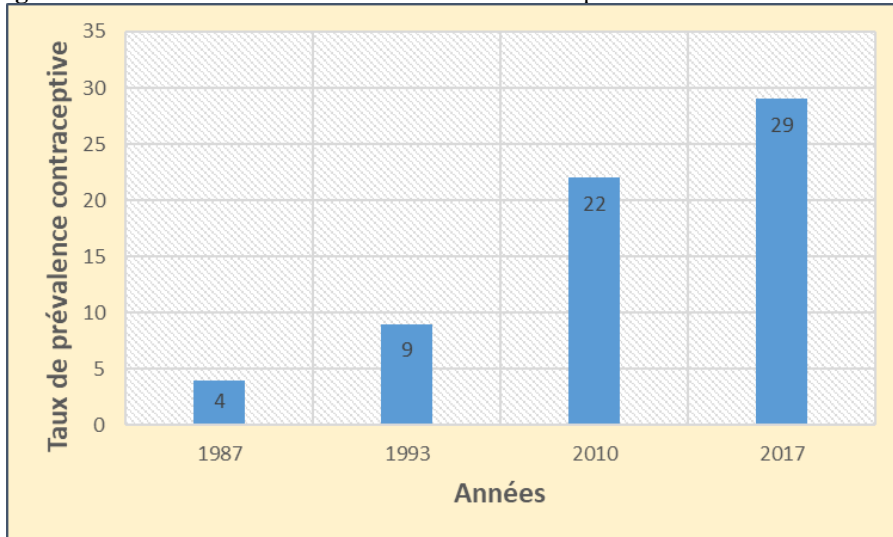


Source : Auteurs, sur base des données des Enquêtes Démographiques de Santé de 1987, 2010, 2016-2017



L'utilisation de la contraception moderne est passée de 1,2% en 1987 à 18% en 2010, pour se situer à 23% en 2017. Ce chiffre figure parmi les moins élevés de l'Afrique subsaharienne et place le Burundi sur la liste des mauvais élèves en matière de contraception. L'évolution de l'utilisation de la contraception moderne selon les données des Enquêtes Démographiques et de Santé du Burundi I, II et III se résume par le graphique suivant:

**Figure 2:** Evolution du taux d'utilisation de la contraception au Burundi de 1987-2017

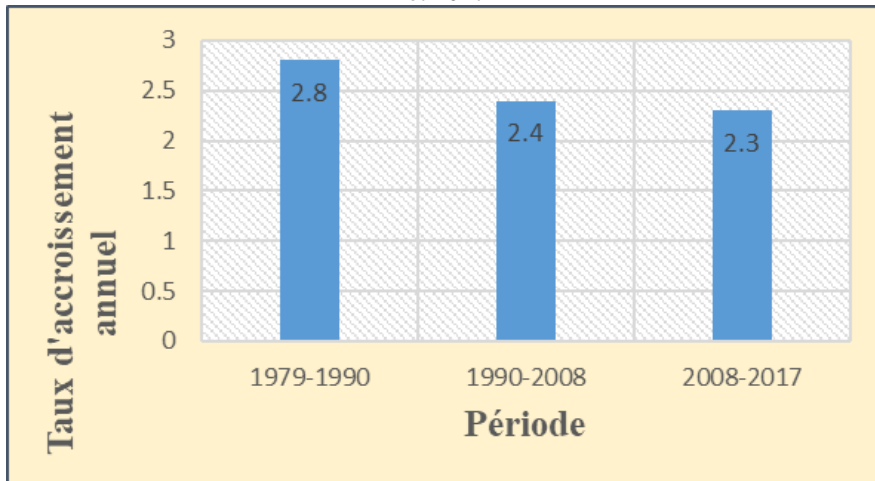


Source : Auteurs, sur base des données des Enquêtes Démographiques de Santé de 1987, 2010, 2016-2017

#### **4. Taux d'accroissement de la population**

Le taux de croissance de la population était de 2,8 % entre 1979 et 1990, puis de 2,4 % entre 1990 et 2008. Aujourd'hui, il est estimé à 2,3 %. Cette croissance démographique rapide et non maîtrisée conduit à une extrême jeunesse de la population et à la persistance d'une forte fécondité élevée avec en moyenne plus de 5,5 enfants par femme.

**Figure 3:** Evolution du taux d'accroissement annuel de la population du Burundi entre 1979 et 2017

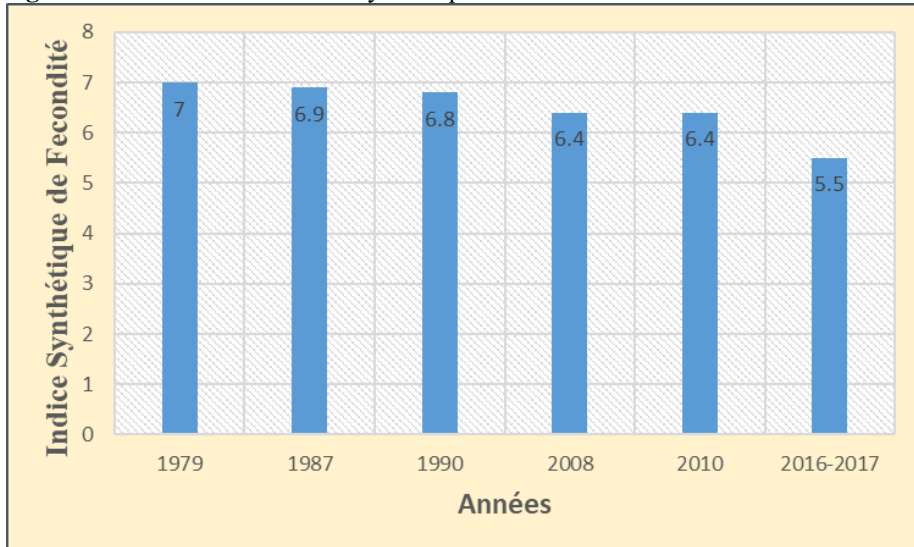


Source : Auteurs, sur base des données des recensements de 1990, 2008 et de l'EDS III 2016-2017

## 5. La fécondité

L'Enquête Démographique et de Santé de 2016-2017 montre que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) du Burundi était de 5,5 enfants par femme (6,00 en milieu rural et 5,58 en milieu urbain). Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec le niveau d'instruction. Il passe de 6,3 parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 6 parmi celles ayant un niveau primaire et à 4,1 parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur.

**Figure 4 :** Evolution de l'Indice Synthétique de Fécondité au Burundi de 1979 à 2017



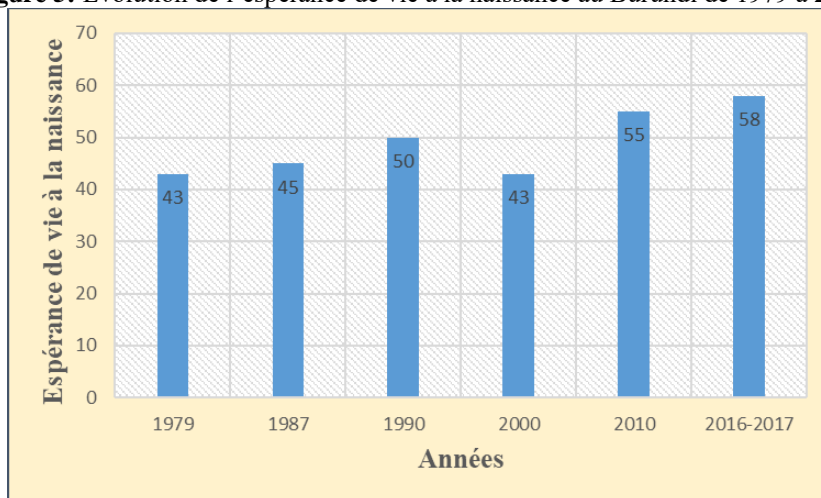
Source : Auteurs, sur base de données de l'EDS III

## 6. Evolution de la mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est passé de 120 ‰ en 2005 à 59 ‰ en 2010. Selon les mêmes sources, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 176 ‰ à 96 ‰ et à 78 ‰ tandis que le taux de mortalité maternelle est passé de 615 décès à 500 décès pour 100000 naissances de 2005 à 2010. Globalement, le taux de mortalité infantile entre la naissance et le cinquième anniversaire est passé de 153 ‰ en 1987 à 96 ‰ en 2010 et à 78 ‰ en 2016-2017.

Entre 2010 et 2016-2017, nous constatons aussi une tendance à la baisse de la mortalité néonatale. En effet, le quotient de mortalité est passé de 31 ‰ en 2010 à 23 ‰ en 2016-2017. Quant à l'espérance de vie, nous observons une progression de 1979 à 1990 mais surtout de 2000 à 2017. Cela reflète les progrès réalisés en matière de lutte contre les décès évitables, notamment chez les enfants de moins de 5 ans.

**Figure 5:** Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Burundi de 1979 à 2017



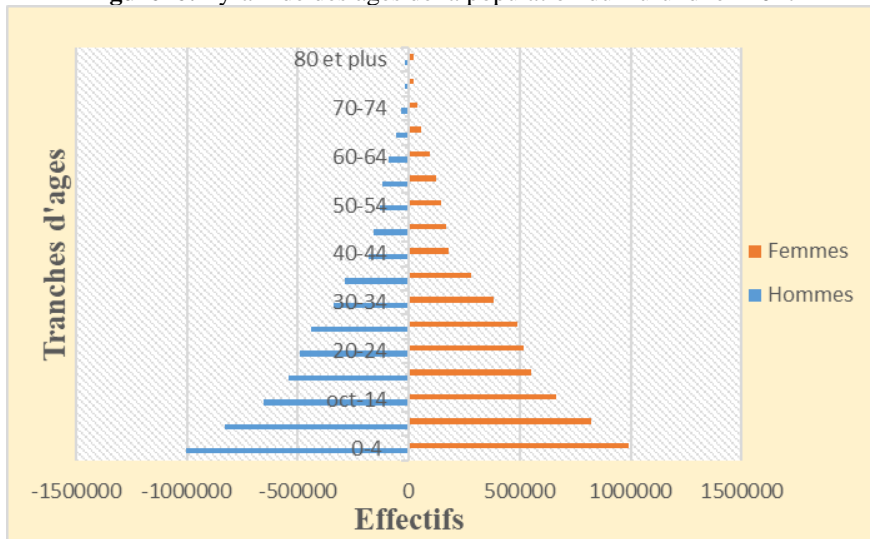
Source : Auteurs, sur base des données de l'EDS III

## 7. Structure de la population et taux de dépendance

Malgré, un signe précurseur à partir de 2010, la structure de la population du Burundi reste dominée par la population jeune. La part des jeunes se situe à 55,3 %, celle des actifs à 42,3 % et celle des personnes âgées à 2,4%. Les actifs ont augmenté de 2,3 % par rapport au niveau de 2008. L'analyse de l'évolution de la structure de la population du Burundi montre que le pourcentage des actifs a varié entre 40 % en 1979 et 42,3 % en 2017. De 1979 à 2017, la forme générale de la pyramide est caractérisée par une base large et un sommet étroit.

De ce fait, le rapport de dépendance économique est resté très élevé et est depuis 1979 supérieur à 100 %. Il était de 140 % en 1979, 150 % en 1990, 150 % en 2005 pour se situer à 140 % en 2017.

**Figure 6:** Pyramide des âges de la population du Burundi en 2017

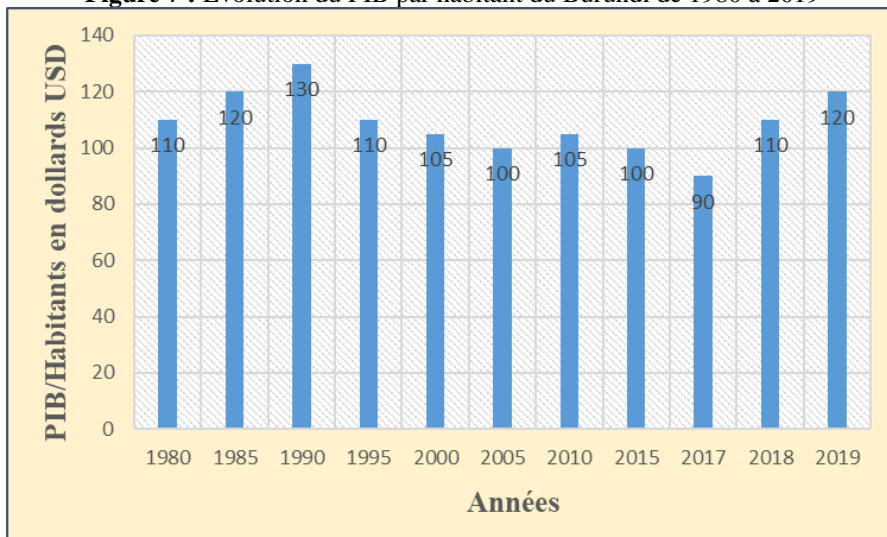


Source : Réalisée par les auteurs sur base des données de la Division de la Population des Nations-Unies de 2017

## 8. PIB du Burundi

Selon le rapport national sur le développement humain au Burundi 2019, le PIB/habitant du Burundi en 2017 était de 217 USD et plus 64,6 % de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté de 1,90 USD Mais le PIB a augmenté d'une façon régulière en chiffres absolus.

**Figure 7 :** Evolution du PIB par habitant du Burundi de 1980 à 2019



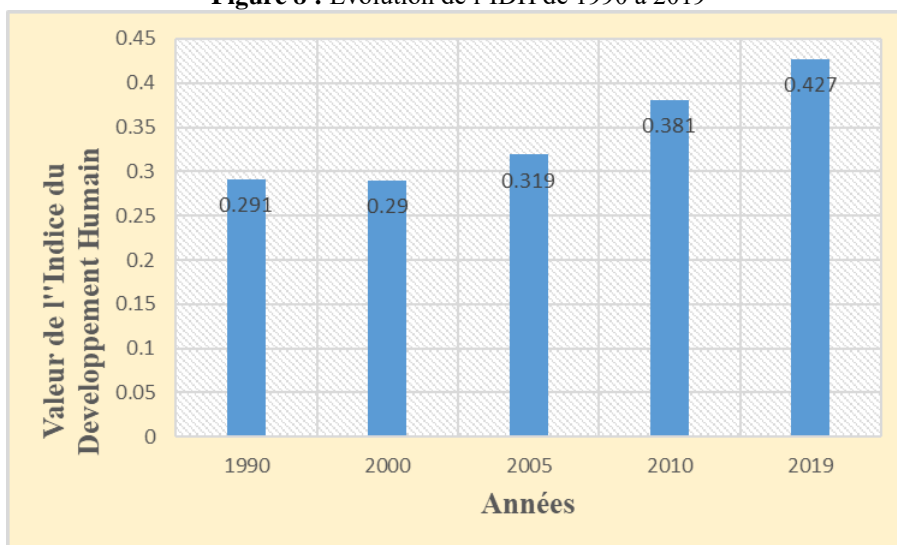
Source : Les auteurs sur base des données du PND

## 9. Evolution de l'IDH

L'IDH du Burundi est passé de 0,291 en 1990 à 0,427 en 2019. Malgré cette évolution positive, le Burundi se classe toujours parmi les pays à Indice

de Développement Humain faible. Plus grave encore, au niveau du classement, le Burundi se classe depuis 1993 parmi les cinq derniers pays du monde à IDH faible.

**Figure 8** : Evolution de l'IDH de 1990 à 2019



Source : Auteurs, sur base des données du PNUD

## 10. Discussion des résultats

Tant que le Burundi ne réalise pas sa **révolution contraceptive**, il n'aura jamais la chance de bénéficier des gains du dividende démographique. Cette idée a été aussi confirmée par d'autres chercheurs, comme Kayiro, Guengant. Pour eux, l'accélération de la croissance économique et des revenus des ménages induite par la transition démographique, c'est-à-dire la « capture » du dividende démographique, suppose la mise en œuvre simultanée et coordonnée de politiques et programmes visant à accélérer la transition démographique, condition initiale nécessaire au changement de la structure par âge et donc à la diminution des taux de dépendance (Kayiro et Guengant, 2016). Pour Kamuragiye et Buzingo, les gains du dividende démographique ne seraient possibles que si le Burundi accélère la réalisation d'une révolution contraceptive, en se donnant les moyens d'atteindre une prévalence contraceptive moderne de 60 à 85% (Kamuragiye et Buzingo, 2019). La faiblesse de l'utilisation de la contraception moderne à l'ordre de 23% en 2017, est la principale cause qui justifie le retard du pays pour pouvoir profiter du bonus démographique malgré les différentes ambitions en la matière exprimées depuis 1983. Sindayihebura aborde dans le même sens quand il affirme que : la contraception moderne est le seul moyen efficace pour la réduction de la fécondité et l'accélération de la transition démographique pour enfin récolter les fruits du dividende démographique (Sindayihebura, 2023).

En effet, plusieurs raisons expliquent le faible taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes burundaises. De prime abord, dans la mentalité burundaise, le fait d'avoir une grande progéniture est considérée comme une bénédiction divine tandis que les enfants représentent pour la famille une main-d'œuvre importante et gratuite, et une certaine sécurité contre les vieux jours des parents (Ndimurukundo, 1981 ; Garenne, 2017). Ensuite, les burundais voulaient traditionnellement mettre au monde beaucoup d'enfants par peur de la mort car, avec une mortalité infantile trop élevée, il fallait, selon eux, engendrer des enfants qui seront « emportés par la mort » dès leur jeune âge et ceux que la « mort épargnera » (Shoumaker et Tabutin, 2020). En plus, les méthodes contraceptives modernes font peur à certaines femmes dans la mesure où des effets secondaires peuvent être nuisibles à leur santé.

Cette situation peut empêcher les femmes qui n'ont jamais utilisées la contraception à ne pas s'y intéresser tandis que celles qui l'ont déjà essayé peuvent y renoncer définitivement (Sindayihebura, 2023). Cela est d'autant plus vrai qu'aucun service de prise en charge pour ces cas (maladie, effets secondaires) n'a été prévu. L'on pourrait aussi se poser des questions sur les effets (sur la fécondité) d'une mesure gouvernementale qui, depuis l'année 2005, a consisté à rendre gratuit les soins de santé en faveur des femmes enceintes, les soins relatifs à l'accouchement des femmes, les soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans ainsi que la gratuité des frais scolaires à l'enseignement public de base ; mesure qui aurait eu des effets sur la fécondité (la hausse). Il est vrai qu'aucune étude de suivi-évaluation de cette mesure n'a été envisagée par qui que ce soit, pour confirmer ou infirmer cette hypothèse, mais il va sans dire que c'était une façon indirecte d'encourager les naissances avec des effets certains sur la fécondité (Nkunzimana, 2022). Qui plus est, aucune mesure, aucune loi allant dans le sens de contraindre les couples à mettre au monde moins d'enfants (à l'instar de la Chine et d'autres pays), n'a jamais été votée et mise en exécution par le gouvernement du Burundi (Nsabimbona, 2023).

En définitive, des facteurs ayant trait à la mentalité des burundais, des raisons socio-historico-culturelles qui jouent toujours en faveur de la forte fécondité, expliquent en partie le niveau, toujours faible, d'adoption des méthodes contraceptives modernes depuis plus de quatre décennies (Itangishaka et al., 2024).

Cette fécondité qui reste toujours élevée (5,5 enfants par femme en 2017) constitue donc un grand défi pour la réalisation du dividende démographique au Burundi. Ce constat a été appuyé par Kamuragiye et Buzingo qui, selon eux, l'accélération de la transition de la fécondité pourrait permettre au Burundi de faire des économies de 702 médecins, 2599



infirmiers, 358 Centres de Santé, 35 Hôpitaux, et 7022 lits d'hôpitaux (Kamuragiye et Buzingo, 2019).

**Le taux de croissance élevé de la population** (2,4%) accentue les effectifs de la population qui, eux aussi, accentue les densités de la population (Kamuragiye et Buzingo, 2019). C'est la maîtrise de la croissance démographique qui a permis aux pays émergents d'accélérer l'augmentation du revenu par habitant et dégager des ressources pour investir dans l'expansion de l'économie au lieu de faire face à des charges sociales croissantes du fait de l'accroissement élevée de la population. Le taux de dépendance reste toujours élevé pour le cas du Burundi.

**Quant à l'espérance de vie**, nous constatons que, malgré les récentes évolutions, le pari reste encore long car comparée à celle des autres pays africains ou d'autres continents, l'espérance de vie à la naissance est encore faible au Burundi. Avec une moyenne mondiale de 71,4 ans en 2017, l'espérance de vie au Burundi était à 58 ans. La même année, l'Ile Maurice avait 74,45 ans, le Botswana 69,30 ans et le Rwanda 68,70 ans.

Le record pour cette année était détenu par le Hong-Kong avec 84,70 ans suivi du Japon avec 84,50 ans et de la Suisse avec 83,60 ans. Un indicateur pertinent pour apprécier la mesure dans laquelle un pays s'achemine vers une situation où il peut bénéficier du dividende démographique est **le ratio de dépendance économique**. Tant que le Burundi n'aura pas encore changé la structure de sa population, les chances de récolter les fruits du dividende démographique restent une utopie.

D'après la figure 6, **le PIB/habitant** n'a jamais atteint 190,1 US \$ et a été plus fluctuant surtout après 1990. L'évolution du PIB du Burundi de 1980 à 2020 a, quant à lui, connu une croissance timide. Cette différence s'explique notamment par le niveau de croissance démographique qui est très élevé par rapport à la croissance du PIB. Cela traduit le déséquilibre entre la croissance économique et la croissance de la population. Sur ce, la croissance très minime du PIB par habitant au Burundi s'explique principalement par la croissance élevée de la population.

Depuis 2010, la place du Burundi dans le classement des pays se trouve toujours parmi les cinq derniers pays à **IDH** faible. Ce faible niveau s'explique par le fait que les indicateurs qu'on utilise pour calculer cet indice n'ont pas sensiblement augmenté pour permettre l'**IDH** à se situer à un niveau élevé.

## Conclusion

Depuis le début des années 1980, des politiques de planification familiale (planing familial, limitation des naissances, santé reproductive, santé mère/enfant, ...) ont été appliquées et vulgarisées mais, force est de reconnaître que le Burundi peine toujours à relever les défis liés à la croissance de sa population car ses indicateurs socio-démographiques restent toujours

alarmants. L'accélération de l'utilisation de la contraception moderne pourrait constituer la principale voie privilégiée pour inverser les tendances actuelles et promouvoir le développement socio-économique du pays.

Des facteurs socio-historico-culturels expliquent en partie cette perpétuation de la mentalité nataliste. Le Burundi est donc loin de relever les défis de l'accélération de sa transition démographique et récolter les fruits du dividende démographique.

Ce pari ne pourrait être gagné que si la demande en planification familiale passe de 60 à 85% si le nombre d'enfants par femme passe de 6 à 3 et si le gouvernement alloue annuellement et pour le long terme suffisamment de ressources propres afin de combler l'insuffisance du financement des programmes de planification familiale. Le gouvernement du Burundi devrait aussi voter des lois, prendre des mesures drastiques qui contraindraient les couples à réduire la fécondité. Dans ces conditions, le Burundi pourrait commencer à savourer les fruits du dividende démographique entre 2030 et 2050 où des économies dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'emploi seraient réalisées.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données :** Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

### **References:**

1. Banque Mondiale (1990). Croissance démographique et politique de population en Afrique subsaharienne, Washington D.C.
2. Banque Mondiale (1996). Croissance démographique et politique de la population en Afrique subsaharienne, Washington D.C. 1986.
3. Bongaarts, J., Cleland, J.C., Townsend, J., Bertrand, J.T, & Gupta, M.D, (2012). Les programmes de planification familiale du XXIe siècle: fondement et conception, in Reproductive health.
4. Buzingo, D., & Kamuragiye, A. (2019). Maîtriser la croissance de la population pour profiter du dividende démographique en Afrique subsaharienne : Le cas du Burundi, Gatineau- Canada, 198p.
5. Garenne, Michel (2017). Planning familial et fécondité en Afrique : Évolutions de 1950 à 2010, FERDI Document de travail, No. P194, Fondation pour les études et recherches sur le développement international (FERDI), Clermont-Ferrand.

6. Gautier, A. (2002), Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme?, in Lien social et Politique, Montréal, érudit.
7. Gendreau, F. (1993), La population de l'Afrique : Manuel de démographie, Paris, Karthala- CEPED.
8. Guengant, J.P., & Kayiro, P.C., (2016). La révolution contraceptive au Burundi : perspectives pour bénéficier d'un dividende démographique, Bujumbura, UNFPA-Burundi, 119p.
9. ISTEEDU (2017). Projections démographiques de la population du Burundi 2010-2050, Bujumbura.
10. Itangishaka, P., Manirakiza, R., Rwenge MBurano, J. R., Ndayisenga, A., & Toyi, A. (2024). Facteurs associés à l'Utilisation de la Contraception Moderne Chez les Femmes en Union au Burundi: Tendances et changements de 1987 à 2017. European Scientific Journal, ESJ, 20 (17), 45. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n1457p>.
11. Jain, K.A., & Ross, A. J., (2013)., Les différences de fécondité entre pays en développement sont-elles encore liées aux efforts programmatiques de planification familiale et aux contextes sociaux? , in Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2013, pp. 2–9.
12. Kulczycki, A., (2018). Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique: vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services, in African Journal of Reproductive Health.
13. Nahayo, A., (1998). *Burundi* : croissance démographique. De la crise foncière et monétaire rurales à la crise foncière et immobilière urbaines. Quelles pistes de réflexion pour quelles solutions ? Bujumbura, Cahiers démographiques du Burundi (CDB), n°11, 116 p.
14. Ndayisenga, A., (2017). La question démographique et politique de population au Burundi : à quand le dividende démographique ? In Mukuri, M., Nduwayo, J.M., & Bugwabari, N. (Dir.), Un demi-siècle d'histoire du Burundi. A Emile MWOROHA, un pionnier de l'histoire africaine, Paris, Karthala, pp. 283-300.
15. Ndimurukundo, N. (1981). Les âges et les espaces de l'enfance dans le Burundi traditionnel. In: Journal des africanistes, tome 51, fascicule 1-2. pp. 217-234; doi : <https://doi.org/10.3406/jafr.1981.2026>[https://www.persee.fr/doc/jafr\\_0399-0346\\_1981\\_num\\_51\\_1\\_2026](https://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1981_num_51_1_2026).
16. Nkuzimana, C. (2022). Quels ont été les effets de la politique de gratuité des soins de santé au Burundi sur la santé des mères et des enfants depuis 2006?. Faculté des sciences économiques, sociales,

- politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2022. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:36913>
17. Nsabimbona, W. (2023). De l'évaluation des politiques publiques : cas de la politique démographique du Burundi mise en place entre 2008 et 2022
  18. PNUD (2020). Rapport National sur le Développement Humain 2019 : Cohésion sociale, dividende démographique et développement humain durable, Bujumbura, copyright© PNUD Burundi 2019,153p.
  19. PNUD (2020). Rapport sur le Développement Humain 2019 : au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent: les inégalités de développement humain au XXIème siècle, UN Plaza, New York, NY. 1007 Etats Unis, 29p.
  20. Rabier, S., (2020), Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique. Une perspective de genre, Editions AFD.
  21. République du Burundi. (2018) Plan National de Développement du Burundi 2018-2027, Bujumbura.
  22. Sindayihebura, J.F.R., (2023). Les défis de la transition de la fécondité au Burundi : Cas de non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union, Bujumbura, Université du Burundi, thèse de doctorat,
  23. Tabutin, D., & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXIe siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75(2), 169. <https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169>.
  24. Union Africaine (2013). Rapport Conférence internationale sur le Planning Familial Addis Abeba, Ethiopie 12-15 novembre.