

1988

L'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans Burundais en rapport avec leur vie quotidienne : approche psychosociologique (enquête menée en commune de Rutana

Sahinguvu, François

UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1412>

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE

ET DES SCIENCES DE

L'EDUCATION

L'IMPACT DE L'EDUCATION SANITAIRE
SUR LES MENTALITES DES PAYSANS
BURUNDAIS EN RAPPORT AVEC
LEUR VIE QUOTIDIENNE :
APPROCHE PSYCHOSOCIOLOGIQUE

Enquête menée en commune
-de RUTANA

Sous la direction du professeur
François, X. BUYOYA, Dr.

Mémoire présenté par
François SAHINGUVU
en vue de l'obtention
du grade de Licencié
en Sciences de l'Education.

DEDICACE

A mon regretté père qui me quitta prématurément,

A ma mère qui assura la relève,

A mes frères et soeurs,

A vous tous, médecins et éducateurs sanitaires qui êtes
animés de bonne volonté et de sympathie envers les patients,

Je dédie ce mémoire.

AVANT-PROPOS

Qu'aurions-nous pu faire sans eux :

Nous pensons au Professeur François X. BUYOYA directeur de ce mémoire qui, malgré ses nombreuses obligations, nous a aidé de ses conseils judicieux.

Au Professeur Mélance GAHUNGU, codirecteur de ce mémoire. Notre gratitude va également à tous ceux qui ont contribué à notre formation tant humaine que scientifique.

Tous les enseignants de l'école primaire, à tous les Professeurs de la Faculté de Psychologie et sciences de l'Education, Qu'ils trouvent tous dans chacune des pages de ce mémoire, le fruit de leurs efforts.

Nous tenons à remercier toute personne qui, par son soutien moral et/ou matériel a contribué à l'élaboration de ce travail.

Nous tenons tout particulièrement à remercier nos parents, frères et soeurs pour l'aide régulière qu'ils nous ont fournie.

Cependant, nous pensons que notre vive reconnaissance doit aller aussi à tous les informateurs sans l'aide desquels ce travail n'aurait pu aboutir.

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

Alph.	:	Alphabète
An.	:	Analphabète
E.P.S.	:	Education pour la santé
Eff.	:	Effectif
F	:	Féminin
INADES	:	Institut Africain pour le Développement Economique et Social
M	:	Masculin
O.M.S.	:	Organisation mondiale ^{de la} (pour) la santé
P.F.	:	Planning familial
S.M.I.	:	Santé maternelle et infantile

PLAN DU MEMOIRE

	<u>Pages</u>
0. <u>INTRODUCTION GENERALE</u>	1
0.1. Justification du choix du sujet	4
<u>I^{ère} PARTIE : CADRE THEORIQUE</u>	7
<u>CH. I. ELUCIDATION DES CONCEPTS</u>	7
1.1. L'éducation	7
1.2. L'animation	9
1.3. L'éducation sanitaire	12
1.4. Les mentalités	13
1.4.1. Les habitudes	14
1.4.2. Les stéréotypes et les clichés	15
1.4.3. Les pratiques sociales	16
1.5. L'impact	17
1.6. L'évaluation	18
1.7. le paysan	20
1.8. L'approche psychosociologique	21
<u>CH. II. LA SITUATION SANITAIRE DANS LE BURUNDI TRADITIONNEL</u> ...	22
2.1. Conception traditionnelle de la maladie et de la mort	22
2.2. La médecine préventive et la thérapie traditionnelles Burundaises	25
2.2.1. Quelques thérapeutiques traditionnelles	25
<u>CH. III. L'EDUCATION POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL</u>	27
<u>CH. IV. L'EDUCATION SANITAIRE AU BURUNDI ACTUEL</u>	29
4.1. Objectifs	30
4.2. Moyens mis en oeuvre	32
4.2.1. Contribution de l'INAPES-Formation en Education sanitaire	
4.2.2. L'éducation sanitaire par le Ministère de la Santé Publique	36
4.2.3. L'audi-visuel en éducation sanitaire	40

<u>DEUXIEME PARTIE : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE</u>	45
<u>CH.I. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET VARIABLES</u>	45
I.1. Problématique	45
I.2. Hypothèse de travail	48
2.1. Hypothèse générale	48
2.2. Hypothèses particulières	49
I.3. Variables utilisées	50
<u>CH.II. METHODOLOGIE</u>	51
II.1. Instrument de recherche	51
II.2. La technique de recueil des données	52
2.1. La pré-enquête	52
2.2. L'enquête proprement dite	53
2.2.1. Le choix des personnes à interviewer . Répartition de l'échantillon	53
II.3. Description du milieu d'enquête	55
3.1. Situation géographique	55
3.2. Les activités économiques	57
3.3. Situation socio-politique	57
3.4. L'infrastructure sanitaire à Rutana	57
II.4. Déroulement de l'enquête	61
4.1. Consigne et guide d'entretien	62
a). Consigne et guide d'entretien en Kirundi	62
. Consigné	
. Guide d'entretien	
b) Traduction de la consigne et du guide d'entretien en Français	63
. Consigne	
. Guide d'entretien	
4.2. Mode de dépouillement des données	64
<u>TROISIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</u>	65
<u>CH.I. CONTRIBUTION DES EMISSIONS RADIODIFFUSEES, DES AGENTS DE SANTE ET DES ANIMATEURS SOCIAUX EN EDUCATION SANITAIRE</u>	65
<u>CH.II. LE ROLE DE L'EDUCATION SANITAIRE DANS LE CHANGEMENT DES MODES TRADITIONNELS DE TRAITEMENT DES MALADIES</u>	71

CH. III. <u>CONTRIBUTION DE L'EDUCATION SANITAIRE DANS</u> <u>L'AMELIORATION DE L'HYGIENE</u>	81
CH. IV. <u>L'INFLUENCE DE L'EDUCATION SANITAIRE SUR LES PRATIQUES</u> <u>SOCIALES</u>	89
CH. V. <u>L'ORIENTATION DE L'EDUCATION SANITAIRE SOUHAITEE PAR</u> <u>NOS INTERVIEWES</u>	95
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	106
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	109

0. INTRODUCTION GENERALE.

Depuis que l'homme existe, la santé a toujours constitué un sujet de préoccupation. Dans toute société, des mesures étaient prises et continuent de l'être pour se soigner et prévenir la maladie.

Nous apprenons en général de par l'histoire qu'autrefois, presque toutes les maladies étaient soignées par la phytothérapie, en plus que le sorcier, le guérisseur étaient interpellés dans diverses interventions médicales. Ce fait de recourir aux moyens de lutte et de prévention est lié à la façon dont chaque société conçoit la maladie. Dans ce sens, les propos d'Ivan Illich sont significatifs :

" Toute culture élabore et définit une façon particulière d'être humain et d'être sain, de jouir, de souffrir et de mourir " (1).

En nous référant à la société traditionnelle, nous nous rendons compte que des pratiques de se soigner, de se protéger existaient, même si elles étaient rudimentaires, empiriques.

Les lavements (pratiques thérapeutiques à base d'un liquide extrait d'herbes et de racines de plantes écrasées), les amulettes pour se protéger sont des exemples les plus caractéristiques de cette société. La science aidant, ces moyens s'améliorent au rythme de l'évolution de celle-ci. Nous assistons aujourd'hui aux bienfaits de la médecine curative, de la médecine préventive et éducationnelle.

Des organismes publics ou privés, gouvernementaux ou non gouvernementaux, nationaux et internationaux prônent la santé comme la priorité des priorités et investissent d'énormes capitaux dans des infrastructures sanitaires, ici chez nous comme ailleurs.

Nous citerons ici, le ministère de la santé publique, le CARITAS BURUNDI, l'INAVES-Formation, la Croix Rouge à titre d'exemples. Au Burundi, l'éducation sanitaire est intégrée dans les activités quotidiennes du médecin, de l'infirmier, de l'autorité locale qui est facilement accessible pour les populations rurales.

(1) Ivan Illich : Némesis médicale, in anonyme, les médecines différentes Descriptions, Applications, Perspectives, Paris.
Ed. du Dauphin, 1983, p. 6.

Qu'il suffise de considérer les conseils d'hygiène, de consultation post et pré-natale, d'amélioration de l'habitat, avancés par les agents précédemment cités, pour s'en rendre compte.

Cependant que des capitaux considérables sont investis pour l'amélioration de la santé humaine, il n'est pas rare de voir des épidémies ravager des contrées entières. Le tableau suivant nous le prouve en ce qui concerne la région qui nous préoccupe dans cette étude.

Tableau n° 1 : La situation sanitaire du secteur médical de Rutana en rapport avec certaines maladies transmissibles.

Cas	Années	
	1985	1986
Maladies diarrhéiques	3889	3824
Dysentérie Bacillaires	667	846

Source : Ministère de la santé publique, Bulletin épidémiologique pour le secteur médical de Rutana années 1985-1986.

Ces ravages, sont-ils imputables à l'insuffisance des infrastructures sanitaires, au manque de médecins ou à l'éducation sanitaire non tenue en considération par les bénéficiaires ?

Nous croyons que même disposant des hôpitaux, un nombre assez élevé de médecins, une quantité suffisante de soins curatifs, les épidémies ne peuvent manquer, tant que les mentalités des paysans n'auront pas changé.

En effet, face à l'oeuvre menée, dans les différents services d'éducation pour la santé, les populations paysannes ont encore des préjugés.

Ces derniers sont liés à des facteurs tels qu'ils nous sont indiqués par François LEBRUN en ce qui concerne la société d'hier :

" (...) la manière dont une civilisation répond au grand défi de la maladie et de la mort est directement liée à tous les éléments qui la constituent : croyances religieuses et explications qu'elles fournissent au mystère de la maladie, les structures économiques et niveaux de vie qui en découlent pour l'immense majorité de la population, des connaissances scientifiques et techniques en matière médicale, place dans la société des divers praticiens dans l'art de guérir ".(1).

Ceci est aussi valable pour le milieu rural burundais.

En effet, dans les sociétés traditionnelles africaines en général, au Burundi en particulier, les dieux, les puissances maléfiques, les esprits malveillants, la méchanceté des hommes sont sources de maladie et souvent de la mort.

Par ailleurs, tout programme d'éducation doit inclure au préalable la connaissance des mentalités des éduqués, faute de quoi, il risque d'être considéré comme un objet d'importation étrangère.

Nous rejoignons ici ce qu'en dit DAVID REVANS, au sujet de l'éducation non formelle :

" C'est leur flexibilité qui permet aux programmes les plus effectifs d'éducation non formelle d'exister et de survivre. Ils sont conçus en fonction des caractéristiques spécifiques, de la situation locale, et le processus de prise de décision est généralement proche de l'échelon de la mise en oeuvre " (2).

De cette citation, nous retenons que tout programme doit être souple et adapté. Quant à notre travail, il s'agira de prendre appui sur la richesse de la société traditionnelle et l'ouvrir peu à peu aux valeurs d'une civilisation, celle qui est moderne. Nous insinuons ici que l'éducation sanitaire doit étudier le milieu, les conditions de vie, qu'elle connaisse les usages et coutumes, s'informe sur la psychologie profonde du groupe humain auquel elle s'adresse.

(1) François LEBRUN, Se soigner autrefois, médecin sains et sorciers au 17^e et 18^e siècle, Paris, temps actuels, 1983, p. 7.

(2) UNESCO, Planification de l'éducation non formelle, UNESCO, IIEP, 1981.

Le présent travail : " l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans burundais" se propose d'étudier à partir des objectifs et des principes de l'action menée par les éducateurs sanitaires, des moyens mis en oeuvre par ces derniers, des obstacles auxquels l'éducation sanitaire se heurte, l'impact ou les effets directs et indirects qu'elle a sur les mentalités, les comportements des paysans à l'égard de la santé.

0.1. Justification du choix du sujet.

Le choix de notre sujet a été guidé par diverses raisons dont nous développons les principales.

Nos constatations nous prouvent combien le gouvernement du BURUNDI se penche sur les problèmes de la santé publique ainsi que sur les solutions y relatives. L'éducation sanitaire est une de ces solutions que le pays renforce aujourd'hui.

En nous référant au Ier Congrès National du Parti UPRONA, nous trouvons que :

" Tout personnel de santé et les domaines connexes : Education, Agriculture, Développement Rural, Affaires Sociales, Information, Condition Féminine ... devrait avoir un enseignement et une formation qui le rendent techniquement et socialement apte à satisfaire les besoins économique-socio-sanitaires de base des populations qu'il est appelé à servir " (1).

Dans le souci d'accomplir cette recommandation, tous les services à but social ont intégré l'éducation sanitaire dans leurs programmes d'action.

Nous pensons ici au rôle joué par l'INAPES-Formation Burundi en matière d'éducation en général et d'éducation sanitaire en particulier. Les articles suivants qui sont publiés par cet institut nous le prouvent.

(1) UPRONA, Actes du Premier Congrès National, une nouvelle politique de développement rural, Bujumbura, nov. 1980, p. 9.

Sujets traités par les articles d'INADES-Formation
au cours du 2^e trimestre 1980.

- 1°. Les maladies infantiles (Tuberculose, Rougeole, Coqueluche, Poliomyélites ainsi que les diarrhées infantiles.
- 2°. Les maladies carantielles (Kwashiorkor).
- 3°. Les consultations prénatales.
- 4°. Les plantes médicinales.

Nous pensons également à l'oeuvre que mène la Croix Rouge pour sauver la santé humaine, pour venir en aide d'urgence aux sinistrés, le secours de cette institution en cas de désastre sont des exemples les plus significatifs dans cette initiative.

Des hôpitaux et centres de santé se multiplient intégrant l'éducation pour la santé dans leurs activités quotidiennes. Au niveau national, la radio, la télévision sont mobilisés pour dispenser des émissions en rapport avec l'hygiène alimentaire et corporelle, l'hygiène de l'environnement en vue de motiver la population à être responsable de sa santé.

Considérant tous ces efforts déployés tant par des organisations publiques que privées, une évaluation qualitative sur leur efficacité nous est venue en tête.

Par ailleurs, nous avons été poussé par la façon dont les paysans Burundais accueillent une démarche intellectuelle qui s'écarte quelque peu de leurs comportements habituels, leur manière de voir les choses.

En effet, toute innovation scientifique est assimilée à l'école (objet d'importation étrangère). Devant la connaissance non éprouvée par le temps, le paysan reste sceptique.

Dans la logique des populations rurales, un malade doit être confié aux services de soins curatifs, aussi bien en médecine moderne qu'en médecine traditionnelle.

Pour toute personne, il faut pour son mal, un médicament palpable, un remède indigène, un comprimé ou de préférence une piqûre.

Au lieu de satisfaire à ces attentes des paysans en rapport avec les services médicaux et le personnel soignant, les éducateurs sanitaires utilisent l'image et la parole pour expliquer, sensibiliser la population sur les problèmes sanitaires qui leur sont posés afin de les amener à en limiter les dégâts.

Pourtant, ayant visité certains centres de santé et entendu combien de reproches que les infirmiers endurent pour n'avoir pas prescrit des injections à des malades, nous avons songé à l'accueil pouvant être réservé à l'éducation sanitaire chez les paysans burundais.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE NOTRE RECHERCHE.

Nous allons dans ce cadre, définir les concepts clés de notre travail et leurs corollaires, afin de permettre au lecteur de saisir plus aisément ce travail.

CH.I. ELUCIDATION DES CONCEPTS.

1.1. Généralités sur l'éducation.

L'éducation a été pratiquée depuis que l'homme existe en société. Cette dernière oblige l'individu à s'adapter à son environnement tout en améliorant sa condition de vie selon les exigences du moment. Les hommes de science intéressés par la question d'éducation en ont tenté des définitions, certains insistant sur tel aspect plutôt que sur tel autre.

J.S. Mill nous dit ceci :

" L'éducation comprend tout ce que nous faisons pour nous-mêmes et tout ce que les autres font pour nous dans le but de nous rapprocher de la perfection de notre nature " (1).

Il découle de cette définition que l'éducation engage tant d'éducateur que l'éduqué. Emile DURKHEIM, sociologue français, partisan de l'éducation nous en donne son point de vue :

" Une action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné " (2).

Alors que l'éducation préconisée par Durkheim s'adresse "aux générations non encore mûres pour la vie sociale", l'éducation sanitaire s'étend sur les adultes, spécialement les paysans à en considérer le titre de notre travail.

(1) J.S. Mill, in E. DURKHEIM, Sociologie et éducation,

Paris, PUF, 1980, p. 4.

Ce genre d'éducation a été pratiquée au Burundi et était le monopole de la famille élargie. Aujourd'hui d'autres institutions autres que l'adulte, la dispensent.

En effet, l'éducation était dans le temps le monopole du père et de la mère, de la famille. Aujourd'hui leur rôle éducatif cède de plus en plus à celui de l'école, de la vie professionnelle, des mass. média.

Qu'en est-il de l'éducation traduite dans notre travail ? Dans le temps, elle était assurée par la famille. Nous n'ignorons pas l'obligation de raser les cheveux qu'exerçait le père de famille sur tous les enfants, l'obligation à se laver les mains avant et après le manger. Aujourd'hui, cette éducation est aussi dispensée tant par l'école, les mass. média, l'autorité politique, l'animateur social.

Pour LE THANKHOI, l'éducation doit viser le devenir de l'homme dans la société :

" L'éducation peut être définie comme l'ensemble des processus qui forment les hommes et les préparent à leur rôle dans la société " (1).

En effet quand un individu est éduqué, il a acquis des idées, des habitudes, des façons d'agir, de penser et des compétences professionnelles qu'il ne possédait pas auparavant. Son comportement est modifié dans le sens de la perfection. A ce propos, J.J. GUILBERT est plus éloquent :

" L'éducation vise à modifier le comportement des étudiants dans une direction donnée.
Le terme de "comportement" doit s'entendre au sens large et englober le penser, le sentir et l'agir " (2).

Il s'entend de ce qui précède (la citation), un certain façonnement du comportement individuel dans la voie du meilleur.

(1) LE THANKHOI, L'industrie de l'enseignement, Ed. de Minuit, Paris, 1972, p. 13.

(2) J.J. GUILBERT, Guide pédagogique pour les personnels de santé, OMS, Genève, 1981, p. 305.

Conclusion partielle.

L'éducation a, à mon sens non seulement pour objet de développer les potentialités intellectuelles, mais aussi, elle vise la formation physique, morale et esthétique. Elle englobe toutes les influences qui s'exercent sur l'individu pendant son existence et qui proviennent de sa famille, de son école, de sa profession, aussi bien que des moyens de communication des masses, des institutions sociales et politiques auxquelles adhère un individu.

1.2. Le concept d'animation.

Beaucoup d'auteurs intéressés par le développement du monde rural ont élucidé ce concept par un certain nombre de définitions. Nous allons en cerner quelques unes qui aident à la compréhension du présent travail. Les théoriciens de l'économie du développement soutiennent l'idée selon laquelle la promotion du monde rural doit passer par la mise en place de moyens d'animation globale sans lesquels on ne pourra prétendre à un changement réel.

Cette animation dont il s'agit vient du vocable animer, qui veut dire :

" Donner la vie, encourager, stimuler les énergies, rendre plus vif l'activité humaine, susciter l'intérêt à ... " (1).

L'animation se fait donc au sein d'un groupe donné et l'animateur est la personne chargée d'orienter les discussions, de veiller à la bonne marche des débats tout en sachant que la solution du problème relève des membres du groupe eux-mêmes.

Selon J.P. SALBERG et S. WELSH BONNARD, l'animation :

" Tendrait à suggérer une action partant de la base de nature essentiellement préventive et engagée " (2).

(1) C. NGENDAHAYO, Cours des Techniques d'animation

U.B., F.P.S.E., 1ère Licence, 1987, inedit.

(2) J.F. SALBERG, & S. WELSH-BONNARD, Action communautaire,

Paris, Ed. Ouvrières, 1970, p. 8.

Dans cette perspective, l'animation suppose un engagement total de l'animateur des masses, tout en "partant des masses vers les masses".

Une animation doit harmoniser la vie sociale et déterminer la part des partenaires en cause pour ne pas être vouée à l'échec. Dans cet ordre d'idées, TRICHAUD nous dit :

" L'animation est un ensemble d'actions entreprises dans le cadre d'une communauté de vie... Elle cherche à harmoniser la vie sociale, elle permet à chacun de mieux prendre possession de la vie quotidienne, de s'insérer dans la société. Elle est un instrument de la régulation du partage du pouvoir et des responsabilités" (1).

L'animation serait donc poursuit Trichaud :

" Le moyen (...) de susciter de bons échanges entre les personnes et de résoudre par concertation, les problèmes les plus aigus des habitants" (2).

Dans les lumières des définitions précédentes, l'animation consiste à faire participer les individus à la vie de leur communauté. Elle cherche à éveiller un élan créateur qui sommeille en chaque personne.

Le secret de l'animation réside dans la recherche de procédés susceptibles d'intéresser les participants. Animer consiste à trouver un moyen d'intégration de l'individu, c'est-à-dire d'après Paulo FREIRE :

" La possibilité pour lui de s'accorder avec la réalité et en même temps de la transformer, à quoi s'ajoute le pouvoir de choisir qui s'appuie essentiellement sur le jugement critique " (3).

(1) et (2) L. TRICHAUD, cité par M. DAVAINÉ, Les métiers de l'animation, Paris, la documentation française, 1982, p. 17-18.

(3) P. FREIRE, L'éducation : pratique de la liberté, Paris, Ed. du Cerf, 1978, p. 40.

Dans le cas précis du monde rural auquel s'adresse l'éducation sanitaire, M. GAUDY, conçoit l'animation comme :

" Une méthode qui cherche avant toute chose la prise de conscience par les ruraux, de la nécessité et des conditions du développement économique et social, sanitaire en particulier " (1).

Y arriver, nécessite la conjugaison des efforts des différents partenaires d'éducation sanitaire. Paysans, élèves, agents de santé, tous doivent construire un monde nouveau où la santé s'améliore par la formation, l'information, bref ^{par} l'éducation sanitaire.

P. ERNY nous dit à ce sujet :

" On devrait en arriver à ce que chaque personne qui ressent le besoin de s'instruire davantage et se perfectionner puisse trouver, soit dans un enseignement mutuel organisé à grande échelle, soit dans des cours par correspondance, avec soutien radiophonique, soit encore dans le cadre de campagnes d'alphabétisation fonctionnelle, la possibilité de progresser " (2).

A travers cette citation, l'animation, ne diffère pas de l'éducation permanente qui plus est, un concept très global, incluant la formation scolaire et l'expérience de tous les jours.

Pour ne pas conclure, l'animation rurale est donc une action culturelle qui nécessite la participation des agents du développement et des populations rurales dans le but de tirer profit des avantages de la formation dispensée. En ce qui concerne notre travail, la mise sur pied des moyens d'animation globale, la prise en compte des mentalités paysannes en éducation sanitaire, conditionneraient la réussite de cette initiative.

(1) M. GAUDY, Animation rurale, Encadrement et moyens de développement économique en pays tropicaux, Paris, la maison rustique, 1959, p. 22.

(2) P. ERNY, L'enseignement dans les pays pauvres, Modèles et propositions,

1.3. L'éducation sanitaire.

Dans les écrits de Montaignes, nous lisons que :

" La santé est une chose précieuse qui mérite non seulement le temps, la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite, d'autant plus que sans elle, la vie vient à être pénible et injurieuse " (1).

Le chemin emprunté par les Etats membres de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) consiste en l'application de soins de santé primaires dont l'éducation pour la santé occupe une place de choix.

Certains pourraient croire que :

" L'éducation sanitaire viserait l'instauration d'un monde utopique dans lequel il n'y aurait ni malades, ni infirmes. Au contraire, elle cherche un monde réel où les individus, les familles et les collectivités non seulement auraient accès aux soins de santé essentiels, mais aussi seraient mieux armés pour prévenir la maladie " (2).

De ces propos, il ressort que l'éducation pour la santé engage un effort individuel et collectif des partenaires en action.

Par ailleurs, elle est une méthode d'informer les populations au sujet de la santé afin de les inciter à sa protection. A. MEHEUS nous dit ce qui suit à ce propos :

" L'éducation sanitaire de la population est la méthode de santé publique par laquelle les individus sont informés des causes des maladies et de leur prévention en vue de leur permettre d'adopter un comportement compatible avec l'amélioration et le maintien de leur capital santé " (3).

(1) Dr Fr. X. BUYOYA, santé publique et développement rural : Contribution de la faculté de Médecine au développement rural par la promotion de la santé publique, conférence, inédit.

(2) Le magazine de l'OMS, santé du monde, Avril-Mai, 1983, p. 92.

(3) A. MEHEUS, santé et maladie au Rwanda, Belgique, 1982, p. 211.

MEHEUS, fait rentrer cette éducation dans le cadre de l'information et de la formation. Nous avons ^{eu} à le dire, du tact s'impose à l'éducateur au risque de courir un échec. En effet, les objectifs de l'éducation sanitaire contraignent le paysan à abandonner les pratiques occultes en matière médicale. D'un autre côté, la tradition exige, l'observation des rites. Comment les concilier pour faire triompher l'éducation sanitaire ?

" NZUNGU Mavinga répond à la question :

" L'éducation sanitaire vise à susciter chez l'homme les motivations nécessaires à un comportement favorable à la santé et à celle de ses proches. Il est donc nécessaire de connaître d'abord les mécanismes qui sont à la base du comportement et tout spécialement la motivation psychologique " (1).

Quant à nous, nous pensons que l'éducation sanitaire concerne les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de détection, de prévention qui leur sont applicables. En ce qui concerne le monde rural qui nous préoccupe, cette éducation vise l'adoption des habitudes de vie plus saine, l'utilisation de façon judicieuse des services sanitaires disponibles, l'amélioration de la salubrité du milieu ainsi que la prise des initiatives susceptibles d'élever leur niveau de santé.

1.4. Les mentalités:

Parlant des comportements sociaux liés à la mentalité, GASTON BOUTHOUl nous dit ceci :

" Ce sont des manières d'agir qui lui sont propres ... Qui sont corrélatifs à sa mentalité car ce sont des actions conscientes et non machinales " (2).

La notion de mentalité est abstraite à tel point que son esquisse oblige sa scission en habitudes, en pratiques sociales, stéréotypes et clichés.

-
- (1) NZUNGU Mavinga, l'éducation sanitaire quelques principes de base, Kangu MAYOMBE, Rép. du Zaïre, Ed. du Bureau d'Etude et de recherche pour la promotion de la santé, 1974, p. 6.
- (2) GASTON BOUTHOUl, Que sais-je, les mentalités, Paris, P.U.F., 1975, p. 75.

1.4.1. Habitudes.

La capacité d'acquérir des habitudes nouvelles, de les conserver et de les exercer à un moment donné, fait partie des processus généraux permettant l'adaptation de l'individu à son milieu. L'habitude désigne, d'après l'Encyclopedia Universalis :

" Une conduite ou un ensemble de conduites apprises, relativement stables, disponibles et automatisées... Les actes habituels sont des systèmes stables de réponses acquises, ajustées à un but et épurées des tâtonnements qui ont marqué leur installation !... Ils apparaissent souvent comme un obstacle à la création véritablement originale à cause de leur caractère automatisé et la sclérose qui peut les accompagner " (1).

L'habitude se distingue de l'accoutumance du fait que cette dernière produit des changements d'ordre organique, alors que l'habitude concerne la modification du comportement.

Alain BIROU se déclare en ces termes au sujet de l'habitude :

" Au plan individuel, l'habitude est une disposition acquise à adopter tel comportement ou à accomplir telle action par la répétition des mêmes actes, c'est une attitude durable et une tendance à agir de manière semblable avec une certaine facilité et sans qu'interviennent de façon forte et directe la conscience et la volonté. Les habitudes sociales sont des dispositions acquises par une société donnée pour reproduire des comportements analogues pendant une longue période de temps " (2).

Cette définition souligne deux caractéristiques pour une habitude.

D'une part, l'habitude est une disposition acquise à adopter tel comportement ou à accomplir telle action par répétition des mêmes actes.

(1) Encyclopedia Universalis, T. 5, V. 8, Paris, 1980, p. 199.

(2) Alain BIROU, vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Ed. Ouvrières, 1968, p. 159.

Cette disposition est fortement intégrée dans une façon normale d'agir ou de réagir face à des situations identiques. Une habitude est, pour un individu ou une société donnée, apprise et durable pouvant durer une longue période de temps. Sans trop l'exclure, l'habitude ne fait pas intervenir la volonté.

Un autre élément que nous apporte la première définition est que l'habitude est souvent un obstacle à la création originale, à l'innovation à cause de son caractère automatisé. Ainsi pensons-nous lier les habitudes aux stéréotypes et clichés.

1.4.2. Stéréotypes et clichés.

Dans l'analyse des convictions des personnes, on découvre que les significations qu'elles donnent à l'univers sont relatives à des conceptions, à des idées issues d'expériences personnelles, ayant marqué et accaparé leur affectivité. Les individus les fixent et les expriment sous forme de "principes personnels" présentés comme vérités indiscutables devant réguler la conduite. Dans ce sens, Roger MUCCHIELLI s'exprime :

"... Tout groupe engendre ses habitudes, ses normes, ses valeurs et son code dont s'imprègnent naturellement ses membres et ceci est vrai aussi bien au niveau du groupe familial qu'au niveau des grands groupes nationaux, religieux ou politiques, en passant par les milieux professionnels, les milieux socio-économiques et les sub-cultures " (1).

Concernant notre travail et en vertu de cette citation, nous soulignons une adhésion quasi-inconsciente des populations paysannes, conduisant à la reproduction d'une valeur relative à la médecine traditionnelle. Cette reproduction répétée conduit à des stéréotypes qui sont selon MUCCHIELLI :

"... Des clichés, des évaluations simplifiées et radicales des opinions/^{tranchées} et sommaires qui, sécrétées par le groupe lui-même, concernent son environnement, ses intérêts particuliers et généraux, et surtout les caractéristiques psychologiques des autres groupes " (2).

(1) Roger MUCCHIELLI, Opinions et changement d'opinion, Entreprise Moderne d'Édition, les Ed. E.S.F., p. 14.

(2) Roger MUCCHIELLI, op. cit., p. 17.

Dans le cadre des stéréotypes entravant l'innovation médicale, nul d'ignore les slogans tels : " umucafu ntiwica umwirabure " littéralement, la saleté ne tue pas le noir, qui connote qu'un noir peut consommer n'importe "quoi" ou habiter n'importe où et ne pas s'infecter. Ainsi constatons-nous un côté négatif des stéréotypes comme le souligne J.P. Burafuta dans son cours de sociologie :

" Les stéréotypes sont de fausses conceptions sans bases objectives, annoncent une assertion fautive qui indique un penchant pour ou contre ce dont il s'agit " (1).

Qu'ils soient faux ou fondés, cela nous intéresse peu. Ce qui nous intéresse est que les populations paysannes ont des principes personnels, des habitudes, des stéréotypes qui rentrent dans le cadre des pratiques sociales souvent entravant l'oeuvre d'éducation sanitaire. Mais, que signifie une pratique sociale ?

1.4.3. Pratiques sociales.

Les habitudes se scindent mal des coutumes, des pratiques sociales comme le souligne l'Encyclopedia Universallis :

" Les habitudes collectives constituent ce qu'on appelle généralement les moeurs, coutumes, usages d'un groupe social déterminé " (2).

Au sujet de la pratique sociale, le dictionnaire Hachette nous propose que :

" Habitude, usage passé dans les moeurs, manière d'agir, pratique consacrée par usage qui se transmet de génération en génération " (3).

Les pratiques sociales s'acquièrent par répétition des mêmes actes constamment renouvelés. Elles visent l'application, l'observation des coutumes et des usages dans leur dimension matérielle. En somme, c'est l'observation des règles de conduite et de prescription d'ordre moral, philosophique ou religieux qui constitue leur fondement.

(1) C. BURAFUTA, cours inédit de sociologie, 1ère Candidature, A.A., 1986-1987.

(2) Encyclopedia Universallis, V. 8, ibidem.

(3) Dictionnaire Hachette, Paris, 1980, p. 315.

Conclusion partielle.

La recherche sur le concept "mentalité", nous pousse à retenir certaines idées qui nous aident à prendre notre position et cela en fonction de notre travail.

Nous considérons qu'une mentalité est une modalité de connaissance particulière du monde, qui s'est élaborée à travers des expériences répétées. Elle est fonction des habitudes, des stéréotypes, des valeurs "valorisées" perçues à travers l'objet, en l'occurrence; la médecine traditionnelle, les pratiques d'hygiène en vogue dans notre société d'étude.

1.5. Impact.

D'une façon générale, l'impact signifie tout effet direct ou indirect d'une action. Ces effets sont multiformes. Nous en citerons, les conséquences, les résultats, les réactions du public visé par cette action, les nouveaux comportements qu'adopte ce public à la suite d'une innovation.

L'éducation sanitaire est une innovation qui connaît une importance croissante. Au fur et à mesure de cette croissance, ses effets se perçoivent de diverses manières par la population cible. Toutefois, l'appréciation de l'impact n'est pas facile; comme le souligne le rapport du FIDA (Fond International de Développement Agricole) :

" L'étude de l'impact des projets, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle les objectifs intermédiaires et à long terme ont été effectivement atteints est un élément essentiel de la planification et de la gestion du développement. Il y a deux raisons pour lesquelles cette tâche est difficile à mener à bien. La première tient au fait que l'impact d'un projet ne peut être apprécié pleinement que lorsque celui-ci a atteint son plein régime (...). La seconde raison est qu'il n'existe pas encore de méthodologie satisfaisante en ce qui concerne les études d'Impact " (1).

(1) D'après le Fonds International de Développement Agricole (FIDA),
Rapport annuel, 1984, p. 38.

Dans notre travail, lorsque nous parlons de l'Impact, de l'éducation sanitaire, nous insinuons l'effet que les émissions radiophoniques, les séances d'animation sanitaire sont à même de produire. Elles jouent un rôle certain dans la modification des comportements sanitaires. De ce fait le changement perçu doit aller dans le sens d'adopter des attitudes et des comportements permettant l'amélioration des conditions de vie en général, sanitaires en particulier de la population concernée par notre étude.

La recherche sur ce concept doit faire appel aux autres tel que l'évaluation, l'analyse qualitative et quantitative d'un programme d'action.

1.6. L'évaluation.

R. LAFON, dans son dictionnaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant, définit l'évaluation comme une détermination, une estimation ou une mesure approximative, soit des capacités ou qualités présentées par un sujet, soit l'efficacité de la valeur du programme. Ce point de vue traduit un jugement de valeur sur quelque chose.

En psychologie industrielle, l'évaluation d'un travail consiste en :

" Une opération de classement des tâches d'un atelier, d'une usine, d'une entreprise, souvent dans le but d'établir une échelle de rémunération. S'effectue généralement à partir de plusieurs critères " (1).

Dans notre travail, le terme d'évaluation recouvre non seulement le jugement de valeur, mais aussi toute enquête qui pourrait être menée avant ou après un projet en vue d'augmenter l'efficacité du programme d'éducation sanitaire. Peter EASTON abonde dans ce sens :

" L'examen systématique des activités qui constituent un programme d'intervention éducative, examen effectué en vue de porter une appréciation sur le programme et/ou de proposer des modifications dans sa méthodologie " (2).

(1) Henri PIERON, vocabulaire de la psychologie, Paris, PUF, 1979, p. 165.

(2) Peter EASTON, Education des adultes en Afrique Noire, manuel d'auto-évaluation assistée, T 1, p. 18.

De la citation découle l'objectif d'une évaluation d'un projet. C'est de se rendre compte de ses points forts et de ses faiblesses afin de les corriger, les amender. Cette évaluation peut se réaliser aussi en cours d'un programme d'activités ou au terme de ce dernier. L'UNESCO le confirme au sujet de la formation des maîtres en cours d'emploi :

" L'évaluation, elle, est un processus dynamique et continu se déroulant à travers la vie du projet et même au delà; elle est plus large en ce sens qu'elle permet un champ d'investigation englobant à la fois la psychologie, la sociologie, l'étude du comportement, l'information et les méthodes susceptibles d'être utilisées " (1).

Conformément à ces propos, l'évaluation est un processus dynamique et continue. En pédagogie, l'évaluation consiste en :

" Ensemble d'observations ou d'épreuves destinées à apprécier le savoir ou la culture des candidats en vue de la délivrance d'un diplôme, de l'entrée dans une école ou de l'aptitude à une fonction déterminée " (2).

Paul FOULQUIE sous-entend dans ce passage, la mesure quantitative du bagage culturel; ou l'aptitude des individus à l'acquérir.

Conclusion partielle.

Toutes les considérations faites à travers ces définitions, nous amènent à prendre position au sujet de la mesure de l'impact et de son corollaire, l'évaluation.

La mesure de l'impact n'est pas facile. Elle suppose une évaluation au terme de laquelle, l'enquêteur doit rendre compte de l'effet du programme de ses méthodes d'intervention, des lacunes à corriger, et jeter les bases d'une administration et d'une planification efficaces.

(1) Henri PIERON, vocabulaire de la psychologie, Paris, PUF, 1979, p. 165.

(2) Peter EASTON, Education des adultes en Afrique Noire, manuel d'auto-évaluation assistée, T 1; p. 18.

Cette évaluation se fait par la confrontation de la situation actuelle d'un projet à deux autres : - la situation de départ et
- la situation prévue.

C'est donc, d'après R. COUVERT de :

" Donner à tout moment la situation approximative du projet par rapport à ces deux pôles en essayant de chiffrer ce qui a été fait et ce qui reste à faire " (1).

1.7. Paysan.

Au sens premier, le terme paysan signifie l'homme du pays. Dans notre travail, il englobe une réalité complexe. Le concept ici défini inclut le mode de vie, l'environnement culturel, les mentalités de ce type d'homme.

Pour les personnes de cultures différentes, le paysan connaît des significations différentes. Aux agriculteurs, le terme englobe une population qui vit de l'agriculture dans laquelle, il faut inclure l'élevage, la pêche, la chasse et la sylviculture. Dans ce sens, nous dit la FAO :

" L'ensemble des personnes qui vivent de l'agriculture, soit qu'elles sont à la charge de personnes exerçant une activité agricole " (2).

Par activité agricole au Burundi, nous entendons le travail de la terre. Cependant, le paysan Burundais y associe l'élevage. Le paysan dont nous parlons ici ne diffère pas "du paysan de Guy Rocher", à savoir celui qui vit dans le milieu paysan, c'est-à-dire :

(1) R. COUVERT, l'évaluation des programmes d'alphabétisation, guide pratique, UNESCO, 1979.

(2) F.A.O., cité par BIKEBAKO & L. D'HAESE OVERBEEKE W, population et main-d'oeuvre dans l'économie rurale. Application au BURUNDI du module expérimental d'enseignement proposé par la FAO, BUJUMBURA, Faculté d'Agronomie, 1985, p. 5.

" (...) la société paysanne est nécessairement composée d'agriculteurs et/ou des pasteurs, elle est étroitement liée au sol " (1).

Du fait de sa liaison au sol, à sa terre (sa propriété), l'ouverture du paysan sur le monde extérieur est limitée. Il en découle une résistance au changement et partant une sélection des connaissances à faire. Michel Boulet nous dit à ce propos :

" ... l'adulte (paysan) ne s'approprie des connaissances nouvelles que dans la mesure où elles s'intègrent dans l'ensemble de celles qu'il possède déjà. Celles-ci peuvent être réellement scientifiques et servir de base à la formation ou bien être une somme d'éléments prescientifiques. Dans ce dernier cas, les connaissances proposées risquent d'être simplement plaquées et utilisables de manière étroite " (2).

Les considérations au sujet du concept, nous poussent à prendre position. Est paysan, tout homme qui survit des produits de son travail agricole, attaché à sa propriété, sa terre.

1.8. L'approche psychosociologique.

Deux composantes constituent cette approche : l'aspect psychologique et l'aspect sociologique. La ligne de démarcation entre le psychologique et le sociologique n'est pas aisée à tracer. Il y a du psychologique dans le sociologique et inversement. Point n'est besoin de nous perdre dans la polémique entre Gabriel TARDE et EMILE Durkheim au sujet de ces concepts. Chacun défendait "sa cathédrale", le premier penchant sur l'individuel pour expliquer les phénomènes sociaux, le second insistant sur le collectif dans ses explications.

(1) G. Rocher, Introduction à la sociologie générale, Paris, Seuil, 1983, p.2.

(2) Michel Boulet, Léandre COUDRAY et Jean COUTENET; Milieu rural et formation permanente, Les Editions E.S.F., Paris, 1976, p. 49.

Que prendre de ces deux positions ? Nous l'avons dit, les approches psychologiques et sociologiques s'entrecoupent. C'est dans ce sens que nous optons dans notre travail, pour une approche inclusivante des deux aspects de la réalité psychosociale, à savoir l'approche psycho-sociologique.

L'approche psychosociologique, tient compte des interactions (individu-société) au sein de laquelle la personne se meut. Elle est ainsi irréductible de l'ensemble psychologique et sociologique.

L'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans est donc envisagé du point de vue individuel et collectif.

Individuel en effet, parce que l'individu structure sa connaissance du monde, son comportement, d'une manière qui lui est particulière. Par conséquent, les effets de l'éducation sanitaire agissent sur le psychique individuel en premier lieu. Collectif en plus, parce que, la socialisation aidant, la société trie dans les manières d'agir, les comportements individuels, des valeurs "valorisées" donc à encourager et d'autres à interdire au niveau social.

CH. II. LA SITUATION SANITAIRE DANS LE BURUNDI TRADITIONNEL.

2.1. Conception traditionnelle de la maladie et de la mort.

La compréhension de la maladie et de la mort dépend de la saisie globale que les membres d'une société ont de l'univers environnant. Dans ce sens les propos qui suivent sont plus significatifs :

" Les croyances et pratiques à l'honneur dans une société sont en langage exprimant au sein d'une culture donnée la saisie que les gens ont d'eux-mêmes et de l'univers. Dans la mesure où ces représentations donnent sens à leur existence et contribuent à l'équilibre social, point n'est besoin de leur chercher une objectivité en dehors de lui. Elles sont vraies pour ce milieu " (1).

(1) E.O. TAMES, La religion préhistorique, Payot, Paris, 1972, p. 256.

Dans la pensée traditionnelle africaine, Burundaise en particulier, "les morts ne sont pas morts", ne disparaissent pas une fois pour toute. On croit que, avec la mort, les gens gagnent le monde souterrain; Après ce monde, l'individu ne perd pas ses liens avec le lignage. Toutefois, certains défunts disparaissent de la mémoire des générations futures du lignage à cause de la perte des rites de vénération.

Cependant, l'ancêtre non vénéré se fâche dans sa tombe et réapparaît à la surface pour la vengeance. A ce moment, la plupart des maux s'abattant sur la famille sont attribuables à la colère ressentie par l'ancêtre, maintenant resuscité sous forme de revenant.

Par ailleurs, au Burundi, les dieux, les puissances maléfiques, les esprits malveillants, la méchanceté des hommes sont jugés sources de maladies et souvent de la mort. Néanmoins, l'image de ces puissances aux yeux des hommes est double. Elles peuvent en effet, guérir et tuer. La deuxième possibilité (tuer) est évitable. Pour reculer cette éventualité, la société burundaise s'est construite un système médical composé d'un personnel de sorciers, de guérisseurs muni de médicaments traditionnels.

Une mort "naturelle" est aussi inconcevable au sein de la population paysanne. La mort est le résultat de la magie, des agresseurs (ABAROZI) surnaturels. Pour ce cas, la sorcellerie, le chamanisme (enlèvement du génie malsain ayant pénétré le coeur humain) sont mieux indiqués dans le traitement. C'est à l'intérieur de sa culture qu'une personne élabore sa conduite, sa conception de la santé, de la maladie et de la mort.

La santé fait ainsi partie d'un système de valeurs qui ne s'accorde pas nécessairement avec celui des médecins et de la science.

Cette conception rétrograde de la maladie et de son traitement est, nous le soulignons source d'épidémies et partant de pertes humaines surtout en bas âge. Le service de la protection sociale en Afrique nous le confirme :

" Dans un grand nombre de sociétés, la mauvaise santé est considérée, à l'instar des calamités, comme un facteur indépendant de la volonté de l'homme et sur lequel il n'a aucun pouvoir.

Comme il est nécessaire d'expliquer ce genre d'épreuve, on considère souvent qu'il s'agit des sanctions imposées par des êtres surnaturels, des actes de malveillance de la part des ennemis.

La maladie n'est qu'une calamité parmi toutes celles qu'au dieu, un esprit ou une personne mal intentionnée peut souhaiter à un être humain... C'est ainsi que des enfants souffrant d'une carence protéino-calorique ou d'autres formes de malnutrition sont souvent, au lieu d'être amenés dans un dispensaire, présentés à un sorcier qui s'efforcera d'annuler cette sanction ou cette épreuve " (1).

Dans ce sens, continue R. Neuhauss :

" ... Si la maladie ou la mort surviennent, jamais les causes naturelles ne suffisent, toujours il y a la sorcellie sous roche " (2).

D'après ce qui précède, une conclusion partielle se dégage sur la conception traditionnelle de la santé, de la maladie et de la mort.

Nous nous rendons compte qu'aucun homme ne peut mourir de "soi". Les sorciers, les esprits malins sont les vecteurs de la maladie et de la mort. Cette optique de vision de la maladie comme une sanction infligée ~~aux victimes~~ se retrouve encore chez bon nombre de paysans Burundais.

La sanction est soit liée à la violation des pratiques ou des rites liant l'ancêtre commun à sa progéniture, ou à la transgression de certains interdits. Parmi ces interdits nous citerons, la violation des domaines sacrés, la désobéissance aux recommandations du guérisseur, la consommation de tel type d'aliment, par tel ou tel autre catégorie de personnes.

Les populations paysannes sont obscurantistes, ce n'est point à démontrer. Cet obscurantisme, cette conception de la santé, de la maladie et de la mort, font appel à une médecine préventive et à une thérapeutique particulières.

(1) Revue, service de protection sociale en Afrique, n° 5, service de protection de la famille, de l'enfance et de l'adolescence, New York, Nations Unies, 1966, p. 23.

(2) R. Neuhauss, The Deutch New Guinea, cité par Lucien Révy-Bruhl, la mentalité primitive, p. 72.

2.2. La médecine préventive et la thérapie traditionnelles Burundaises.

2.2.1. Quelques thérapeutiques traditionnelles.

En Afrique en général et au Burundi en particulier, la maladie est prévenue en fonction de la conception du monde environnant.

M. Dores rejoint nos propos :

" Le pouvoir de guérison, n'est pas seulement lié à la connaissance de techniques, mais aussi à un savoir qui élabore une conception du monde, et par là même de la maladie " (1).

Corroborant la citation, les Burundais ont toujours eu foi en la phytothérapie dans leur manière de traiter et de guérir les maladies.

Les plantes sont encore aujourd'hui utilisées à des fins multiples : en cas de blessure, de vers intestinaux, d'hygiène des nouveaux-nés. Les lavements, les médicaments en poudre se démarquent dans la lutte et la prévention de maladies. C'est ce que nous retracent A. LEGAL et R. BRUN :

" L'attirance occulte exercée par les plantes est loin d'être révolue plutôt que de recourir à d'actifs médicaments de synthèse, un certain nombre de malades demeurent résolument fidèles à leurs petits paquets d'herbes sèches " (2).

Outre la phytothérapie, l'univers animal et le pouvoir de guérir investi dans certains objets sont impliqués dans les moyens de prévention des maladies. C'est le cas des os, des peaux, de certaines parties du corps animal recommandées par les guérisseurs à but thérapeutique.

En bref, la pharmacopée traditionnelle est d'usage courant dans les milieux paysans.

(1) M. Dores, La femme village, Maladies mentales et guérisseurs en Afrique Noire, Paris, Ed. de l'Harmattan, 1981, p. 58.

(2)

L. KERHARE nous le confirme en ces termes :

" 70 % des Africains doivent la conservation ou le rétablissement de leur santé, à l'utilisation des drogues de leur environnement " (1).

Par ailleurs, derrière une cause pathogène, se cache toujours la sorcellerie, le sort jeté dans la conception traditionnelle de la maladie. A ce niveau, intervient la consultation du devin, qui pense-t-on, peut situer dans le temps et dans l'espace l'agent pathogène, pourquoi pas en détecter le responsable. A ce sujet, nous dit François La PLANTINE :

" L'attaque n'est donc rendue possible que parce que les ancêtres, mais surtout les génies et les fétiches ont cessé de veiller sur l'individu ou le village qui a transgressé un interdit " (2).

Il s'en suit l'observation des rituels avec les mauvais génies, le port des amulettes protectrices afin de reculer le mal le plus loin possible.

Toutefois le malade déjà atteint doit subir l'exorcisme. La procédure consiste à chasser le mauvais génie, le mal ayant pénétré l'âme du patient. Autrement dit, le traitement vise la restitution de l'âme à celui l'ayant perdue à cause des puissances maléfiques le possédant. Au cours de l'opération, l'entourage, l'attitude du sorcier-traitant jouent un grand rôle dans rapidité ou le retard de la guérison.

En effet, les danses et les chansons du groupe exorcisant hâtent l'enlèvement du génie possesseur.

MASAMBA MA MPOLO le stigmatise en ces termes :

" Danse et chant sont utilisés pour identifier le patient à la joie, au bonheur et à la libération du mal.

(1) L. KERHARE, De l'étude de la pharmacopée traditionnelle à l'élaboration et à la mise en application d'une phytothérapie africaine dans les Etats africains francophones. Deuxième colloque du COMES, sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle. Niamey, 7 - 10 juin 1976.

(2) F. LA PLANTINE, Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire, Ed. T.P. Delarge, Paris, 1976, p. 69.

Il y a des moments où l'on demande au patient de danser et de chanter pour participer à la thérapeutique. Danses et chants aident le malade à exprimer les émotions dont il souffre " (1).

La recherche sur la thérapie traditionnelle nous pousse à tirer une conclusion.

L'interprétation de la maladie fait appel à des fonctions thérapeutiques culturelles. C'est le cas de l'exorcisme, de la vénération de l'ancêtre. D'après les renseignements recueillis ici et là, l'efficacité de la phytothérapie dépend de l'invocation des dieux, ou du moins de la soumission à des règles. Dans ce sens, le lavement n'est efficace à un petit garçon, que s'il est effectué avant le coucher du soleil.

Que le rituel accompagne ou précède une pratique thérapeutique, cela ne nous intéresse pas dans notre recherche. Seule la pratique en soi, nous préoccupe en tant qu'obstacle à la réussite de l'éducation sanitaire. Face à cet obstacle, que faire pour faire triompher l'éducation sanitaire ?

CH.III. L'EDUCATION POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL.

La notion de développement se laisse difficilement appréhender. Cependant, les économistes, les sociologues, pourquoi pas l'homme de la rue en font usage courant, comme nous le prouvent les propos suivants :

" Tout le monde croit savoir ce qu'est le développement. (...), les lieux communs sur le développement ne saisissent que l'écume tandis que les analyses scientifiques oublient souvent le problème du "quoi" et du "pourquoi" au profit du "comment" (...) Tout le monde veut se développer comme on veut être intelligent ou beau " (2)

A travers cette position, nous remarquons une controverse entre les définisseurs du concept "développement".

(1) MASAMBA MA MPOLO, La libération des envoûtés, Yaoundé, Ed. CLE, 1976, p.76.

(2) J. AUSTRY, Le scandale du développement, Paris, Marcel, Rivière, 1972, p.19.

Selon les théoriciens de l'organisation sociale, nous saisissons ce qui suit :

" Le développement n'est pas un simple processus propre et net consistant à investir des capitaux ou à introduire de nouvelles techniques, c'est un processus conflictuel de changement social " (1).

De la citation précédente, nous comprenons que le développement ne peut se réduire à l'accumulation des biens économiques, mais aussi, à un changement de mentalités. Abondant dans le même sens, J. NYERERE, partisan de l'éducation des adultes nous dit :

" Le développement de personnes n'est pas comparable à la construction de routes ou de puits; une personne ne peut être développée par les autres, il faut qu'elle se développe elle-même. Le développement a lieu quand les gens deviennent conscients des conditions d'oppression sous lesquelles ils vivent et agissent pour les transformer " (2).

Dans notre travail, les conditions d'oppression sont assimilées aux conditions critiques d'hygiène qui "pèsent" sur la population cible.

A en croire le titre du chapitre, l'éducation conditionne le développement. Cette éducation rentre en ce qui nous concerne dans le cadre de l'information et la formation pour des fins de changement de mentalités. C'est ce que nous retrace W. HILGERS, parlant du rôle de l'information dans l'ouverture de l'esprit :

" L'homme sans information vit mentalement comme un aveugle. Il est à la merci des rumeurs et des faux bruits, devient très dépendant à l'égard des notables de sa région. Car, c'est par leur intermédiaire qu'il est en contact avec le monde extérieur. Souvent, il est dominé par la peur, la méfiance.

(1) Nadia YOUSSEF et M. RACELIS HOLLNSTEINER, Technologie, revenu et organisation : communiquer le changement ou féminin les carnets de l'enfance, 63/64, 1983, p. 91.

(2) J. NYERERE, in Education des Adultes et Développement, DVV, n° 26, Mars, 1986, p. 53.

C'est pourquoi, le droit à l'information est considéré comme un droit fondamental de l'homme " (1).

Que conclure sinon que de l'éducation dépend le développement et vice-versa. D'après R. MALASIS lui aussi partisan de l'éducation des adultes, nous apprenons à ce sujet :

" Une Voie nouvelle, le champ libre pour les créateurs et les novateurs, il faut inventer des institutions et pédagogies, avoir une connaissance profonde de la réalité et des besoins, soutenir un dialogue avec les hommes qui ont acquis une expérience et sont confrontés avec les problèmes réels de la société en devenir... Une nouvelle vision de la culture et de la technicité pourrait naître ainsi, bien différente de celle que donnent les structures de la période scolaire " (2).

De ce qui précède, nous concluons que l'invention d'une pédagogie adaptée aux besoins des masses est la condition du développement social.

Toutefois, ne perdons pas de vue : l'éducation à elle seule ne peut pas remplir cette mission. D'autres conditions s'imposent telles que l'industrialisation, l'agriculture...

Cependant, l'éducation entraîne la pratique de ces dernières avec efficacité.

En est-il ainsi pour le cas de l'éducation sanitaire ? Nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CH. IV. L'EDUCATION SANITAIRE AU BURUNDI ACTUEL.

Depuis 1968, le Burundi fait partie de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), fondée en 1948. L'OMS s'est fixée en 1978 :

" La santé pour tous en l'an 2000 ".

-
- (1) HILGERS (W), Eglise et Développement. Inventaire commenté de la contribution de l'Eglise au développement économique et social au Rwanda et au Burundi, CERAS, 1967, p. 33.
- (2) L. MALASIS, Ruralité, Education, Développement, Ed. Les presses de l'UNESCO, Paris, 1975, p. 13.

Dans le but de réaliser cet objectif, notre pays a adopté un genre de médecine "sociale" et préventive, dont l'éducation pour la santé.

Ph. JEAMMET appuie cette option quand il nous dit :

" L'objectif d'un système de santé ne peut se réduire à établir des diagnostics, ni même à guérir des maladies. Il est d'aider la population à préserver son capital de vie et de lui en faciliter la gestion pour permettre un mieux être " (1).

1.4.1. Objectifs.

L'éducation sanitaire s'articule sur la formation des populations en vue de l'amélioration de leur santé. En général, disent I. Rotsart de Hertaing, J. Courtejoie, A. van der Meyden :

" Le but de l'éducation sanitaire sera donc d'aider les hommes à acquérir une meilleure santé par leur propre comportement et leurs efforts personnels. Elle cherche à faire comprendre que le progrès en matière de santé dépend du comportement de chacun devant la maladie " (2).

Ce changement de comportement se fait grâce à l'information, la sensibilisation sur les problèmes liés à une mauvaise hygiène. Dans ce sens, continuent les auteurs précédents :

" L'éducation sanitaire n'est donc pas seulement la transmission d'une information sanitaire, mais l'intégration des règles de l'hygiène dans la vie quotidienne par une prise de conscience et un changement de comportement.

Cette éducation s'adresse à toute personne en tant qu'individu, membre d'un groupe familial d'une communauté toute entière.

(1) Ph. JEAMMET, Psychologie médicale, Paris, Masson, 1980, p. 351.

(2) I. Rotsart de Hertaing, J. Courtejoie et A. Van der Neyden, Santé meilleure, source de progrès, Ed. du Bureau d'Etudes et de Recherche pour la promotion de la santé, Kangu-Mayombe, Rép. du Zaïre, p. 65.

(3) I. Rotsart de Hertaing, J. Courtejoie et A. van der Neyden, *Ibidem*.

Elle commence à la maison, mais aussi se poursuit à l'école, aux champs, intéresse tous les âges comme l'écrit Henri DUPIN :

" Le but de l'éducation sanitaire est d'aider les gens à acquérir la santé par leur comportement et leurs propres efforts. Elle s'appuie donc, au départ sur l'intérêt que les individus manifestent pour l'amélioration de leurs conditions d'existence, et vise à leur faire sentir en tant qu'individu et membre d'une famille, d'une collectivité ou d'un Etat, que les progrès de la santé relèvent de leur propre responsabilité " (1).

Le succès de l'éducation sanitaire dépend en grande partie de la promotion de l'hygiène, qui constitue son objectif fondamental. En son sein, des objectifs spécifiques sont poursuivis. Arrêtons-nous rien que sur les principaux.

L'éducation sanitaire cherche à amener les groupes humains à :

- . adopter des habitudes de vie plus saines
- . utiliser d'une façon judicieuse les services sanitaires disponibles
- . prendre des initiatives susceptibles d'élever leur niveau de santé, ainsi qu'à améliorer la salubrité de leur milieu.

Nous pensons avoir cerné l'objectif de l'éducation sanitaire, ce qui nous pousse à dégager des conclusions.

L'éducation sanitaire est une affaire de tous, des parents en passant par l'école jusqu'à l'autorité locale. La revue médicale du Burundi nous informe sur la création d'un comité national d'hygiène, où tous les ministères sont représentés pour l'élaboration d'un plan de développement national.

L'éducation pour la santé, nous l'avons dit, est l'amélioration du bien-être intégral de la société toute entière. Or, l'amélioration ne sera effective qu'avec certaines transformations sociales de comportements reposant sur la modification des attitudes et des convictions à l'égard de la santé et de la maladie. Parmi les moyens qui peuvent déclencher ce changement figure l'information continue sur les origines et les moyens de lutte contre les maladies.

(1) H. DUPIN, Expérience d'éducation sanitaire et nutritionnelle en Afrique.

4.2. Moyens mis en oeuvre.

L'accomplissement des objectifs suppose des moyens sans lesquels toute initiative est vouée à l'échec. Dans le cadre de l'éducation sanitaire, tous les Ministères sont impliqués ainsi que des organismes internationaux tels : l'INADES, le CARITAS. L'audio-visuel étant le moyen privilégié pour transmettre, dispenser ladite éducation. Nous ne prétendons pas épuiser la part qui revient à chaque partenaire, mais nous insisterons sur le rôle de l'INADES-Formation Burundi, du Ministère de la Santé publique en matière d'Education sanitaire.

4.2.1. Contribution de l'INADES-Formation en Education sanitaire.

L'Institut Africain pour le Développement Economique et Social (INADES) est créé en 1962, par une communauté de pères jésuites ayant son centre à Abidjan. Ses activités s'intensifient, l'institution s'est vue obligée de créer des départements, dont celui de la formation, de la Documentation et de l'Edition. Nous précisons que parmi ces derniers existe au Burundi celui de la Formation seulement. L'INADES-Formation est une Association Internationale sans but lucratif dont le siège est à Abidjan en Côte d'Ivoire.

Au Burundi, elle commence à être opérationnelle en 1967.

En 1974, l'institution eut son propre bureau, et juste une année après, elle est reconnue au Burundi comme une association sans but lucratif.

Objectif.

La promotion du monde rural est la priorité des priorités. Initier les adultes ruraux aux changements pour qu'ils n'en deviennent pas victimes, est aussi une des premières préoccupations.

L'INADES propose donc aux paysans, hommes et femmes peu ou pas lettrés des informations, des techniques et des méthodes qui leur permettent

- . D'améliorer leurs activités de production, de commercialisation et de gestion.
- . D'analyser en commun leur situation et les changements auxquels ils ont à faire face.
- . De choisir librement et de mettre en oeuvre eux-mêmes les solutions qu'ils estiment possibles, compte-tenu de leurs moyens et des contraintes inévitables du développement.

. De s'organiser ensemble pour faire entendre leurs voix, faire valoir leurs intérêts en dialoguant avec les organismes chargés de développement de leur milieu.

En ce qui nous concerne, l'INADES nous intéresse dans sa tâche pédagogique.

En effet, l'INADES oriente la formation dans le sens d'éveiller les consciences des individus et des groupes à la responsabilité et à la créativité. Nous avons eu à le dire, l'éducation sanitaire cherche à responsabiliser les populations à l'égard de leur santé.

Par ailleurs, l'INADES-Formation, s'adresse aux agents de développement rural : vulgarisateurs, encadreurs, animateurs socio-sanitaires. Dans les pages précédentes, nous soulignons qu'il n'y a de développement rural qu'à travers le "dialogue et la concertation" sans oublier la conjugaison des forces paysannes et des agents de développement. C'est ce que nous propose L. MALASSIS :

" Une voie nouvelle, le champ libre pour les créateurs et les novateurs, il faut inventer des institutions et pédagogies, avoir une connaissance profonde de la réalité et des besoins, soutenir un dialogue avec les hommes qui ont acquis une expérience et sont confrontés avec les problèmes réels de la société en devenir"(1).

A travers ces affirmations, nous pouvons affirmer que l'éducation sanitaire ne portera ses fruits que dans le cas où les masses paysannes révèlent les problèmes qu'elles éprouvent en matière sanitaire. Les agents de santé à leur tour ^{devront} en tenir compte pour ajuster leurs actions.

Instruments pédagogiques d'INADES-Formation

L'Inades s'étend sur les masses rurales et leurs animateurs, c'est inutile d'y revenir. Mais par quel canal les touche-t-elle ?

Elle a élaboré des cours par correspondance. Ces derniers ont des atouts de réussite dans la mesure où, ceux qui en bénéficient peuvent pratiquer sur place ce qu'ils ont appris.

(1) L. MALASSIS, op. cit. p.

Il s'entend aisément que l'Inades doit élaborer du matériel pédagogique destiné à la fois à la formation des masses rurales et des animateurs.

Trois ordres de cours sont dispensés par ladite institution :

- . Le cours d'Apprentissage Agricole (C.A.A.)
- . Le "progrès dans la famille" ("Majambere murugo en Kirundi")
- . Le Cours d'Initiation au Développement (CID).

Dans la rubrique des instruments pédagogiques, figure aussi :

- . Les visites et sessions
- . Deux revues "AGRIPROMO" et "TERIMBERE"
- . Le cours de FORMATION à l'Animation Rurale (F.A.R.)

Que les objectifs soient aussi explicites, que le matériel soit diversifié cela nous intéresse en second lieu. En premier, nous préoccupe les réalisations déjà enregistrées par l'Inades dans l'Education sanitaire.

Réalisations.

Faut-il rappeler le rôle de l'INADES dans la formation des paysans sur les techniques leur permettant d'analyser en commun leur situation sanitaire et les améliorations possibles à y apporter. La revue "TERIMBERE" contient beaucoup de choses à ce propos. Le tableau ci-dessous nous le montre.

Tableau n° 2 : Thèmes de santé abordés dans " TERIMBERE ".

Articles	Périodes
1°. Les maladies infantiles (Tuberculose, Rougeole, coqueluche, poliomyélite, maladies diarrhéiques infantiles) 2°. Les maladies carantielles (Kwashiorkor) 3°. Les consultations prénatales 4°. Les plantes médicinales	Ier trimestre 1980
5°. Le choléra 6°. La dysentérie bacillaire 7°. Les bienfaits de la vaccination	II ^e trimestre 1984
8°. Le planning familial	III ^e trimestre 1984
9°. Lutte contre les vers intestinaux 10°. Les méfaits de l'excès d'alcool	II ^e trimestre 1985
11°. L'hygiène est le support de la santé	Ier trimestre 1986
12°. Luttons contre la tuberculose	II ^e trimestre 1986
13°. La Ration de la mère et de l'enfant	III ^e trimestre 1986

Source : "TERIMBERE" INADES-Formation Burundi, tableau élaboré par nous-même.

Du tableau ressort des articles concernant la lutte contre les maladies par l'observation des mesures d'hygiène. D'où la part combien importante dans l'éducation sanitaire, sujet de notre travail.

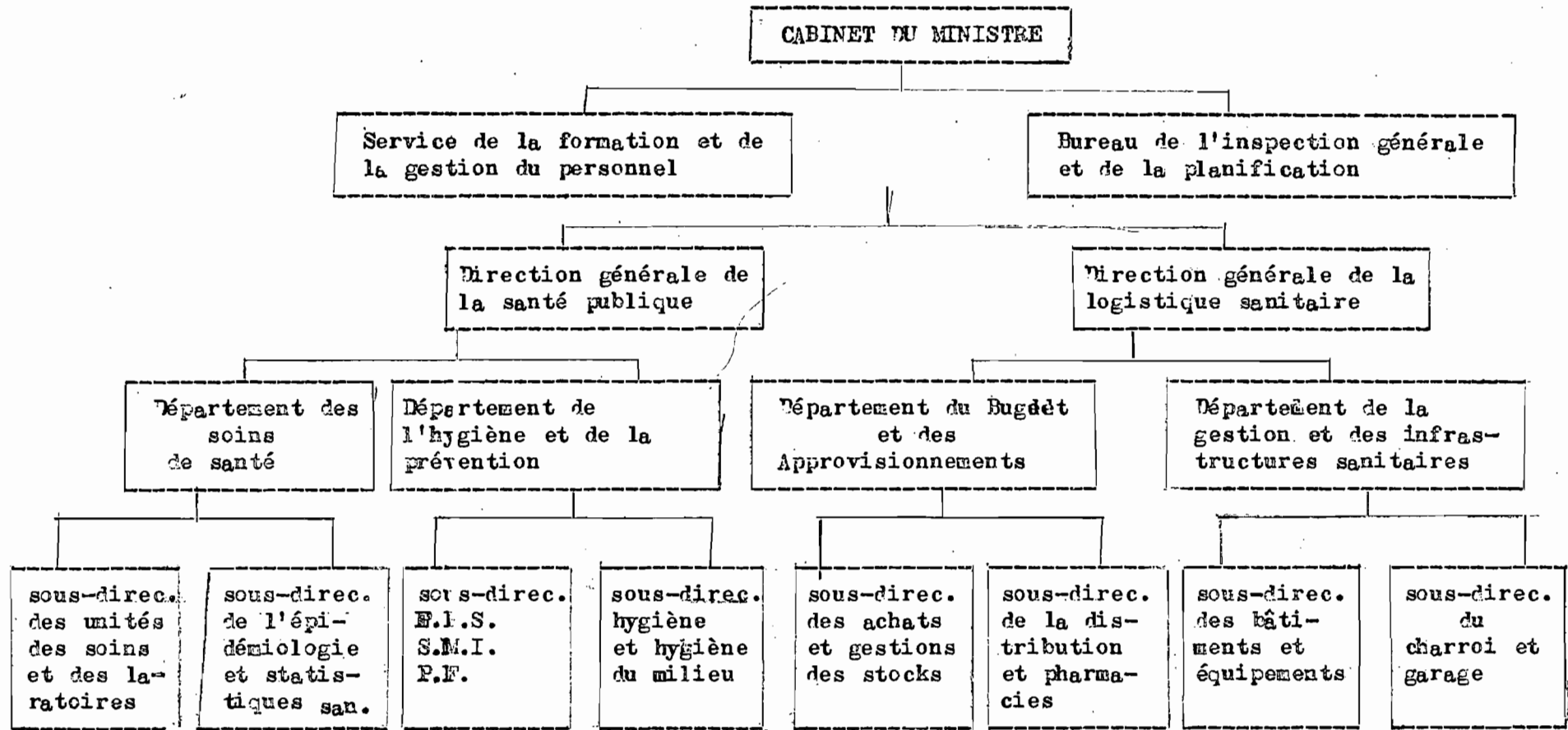
4.2.2. L'éducation sanitaire assurée par le Ministère de la Santé Publique.

Le gouvernement Burundais a décidé d'orienter les services de santé vers une forme sociale de la médecine. La politique sanitaire est aujourd'hui axée sur le principe d'une médecine sociale et préventive visant la plus grande couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de vie de toute la population.

En général son objectif est la répartition équitable à tous les citoyens des soins adéquats, intégrés de façon à ce que chacun puisse améliorer, promouvoir et préserver sa santé. La décentralisation des services de santé afin de les rapprocher le plus possible de la population a été décidée pour cette fin. Voici en effet, ce genre de décentralisation commençant dès le sommet du ministère.

36(2)

ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



N.B. Abréviations

- E.P.S.: Education pour la santé
- S.M.I.: Santé Maternelle et Infantile
- P.F. : Planning familial.

Source : Ministère de la Santé Publique, 1988.

Le renforcement de la décentralisation a abouti à la création des régions médicales correspondant au 15 provinces du pays.

En ce qui nous concerne, le Ministère de la Santé Publique nous intéresse dans son rôle en éducation sanitaire. D'où, seules les sous-directions de (E.P.S., S.M.I., P.F.) et celle de l'hygiène publique et hygiène du milieu contribuent en éducation sanitaire, comme nous le verrons dans leur objectif.

Objectif.

Nous ne prétendons pas segmenter cet objectif, de l'objectif général du ministère, néanmoins, ils diffèrent en ce que ce dernier est global alors que le premier est sectorisant.

En effet, le Ministère de la Santé Publique en général et en particulier les sous-directions ci-haut citées visent :

l'amélioration de la qualité et la couverture des services d'éducation pour la santé, de nutrition, d'hygiène de l'environnement, afin de prévenir les maladies transmissibles, promouvoir la protection maternelle et infantile ainsi que la planification familiale en milieu rural.

Quel est le canal que ledit Ministère emprunte pour réussir cet objectif ?

Moyens mis en oeuvre

La radio, la presse, les séances d'animation dans les centres de santé lui servent d'instruments.

Bien plus, des programmes d'activités concrètes ont été commencés à travers toute la Nation. Voici ceux qui sont déjà opérationnels :

- . Le programme d'aménagement des sources d'eau potable.
- . Le programme élargi de vaccinations démarré en octobre 1980, et qui s'est généralisé à travers tout le pays.
- . Le programme de protection maternelle et infantile et planification familiale.

Nous noterons cependant que tous ces programmes bénéficient d'une approche intégrée : intégrant les soins préventifs et promotionnels (soins de santé primaires).

Au niveau théorique, l'éducation sanitaire au sein du Ministère de la Santé Publique, se limite à la radiodiffusion des émissions médicales.

Tableau n° 3 : Thèmes de santé radiodiffusés et durée d'émission au cours de la période 1983-1984.

Thèmes	Jours de Diffusion	Heures de Diffusion	Durée de l'émission
1°. Lutte contre les maladies infectieuses	Lundi	18 h 00'	15'
2°. Mesure de lutte contre les maladies parasitaires	Mercredi	5 h 50'	5'
	Vendredi	5 h 50'	5'
	Dimanche	19 h 45'	10'
3°. Lutte contre les maladies transmissibles	Vendredi	5 h 50'	5'
	Mercredi	5 h 50'	5'
	Dimanche	19 h 45'	15'
4°. Lutte contre les maladies de malnutrition	Lundi	18 h 00'	15'
5°. Lutte contre les maladies liées à la pollution de l'environnement	Mercredi	5 h 50'	5'
	Vendredi	5 h 50'	5'
	Dimanche	19 h 45'	15'
6°. Lutte contre les maladies diarrhéiques	Lundi	18 h 00'	15'
7°. Les bienfaits de l'espace-ment des naissances pour la mère et l'enfant	Lundi	18 h 00'	15'
	Mercredi	5 h 50'	5'
	Vendredi	5 h 50'	5'
8°. Mesures de protection de conservation et traitement de l'eau de boisson	Dimanche	19 h 45'	10'
	Lundi	18 h 00'	15'
	Mercredi	5 h 50'	5'
9°. Mesures d'hygiène individuelle, vestimentaire et de l'habitat	Vendredi	5 h 50'	5'
	Dimanche	19 h 45'	10'
	Lundi	18 h 00'	15'
10°. Les méfaits du tabac et de l'alcool	Lundi	18 h 00'	15'

Source : Ministère de la santé, programme des émissions radiophoniques de santé au sein de l'unité d'E.P.S., 1983-1984.

A travers le tableau précédent, nous nous rendons compte, combien le ministère de la santé publique sensibilise la population au sujet de l'hygiène. L'oeuvre de sensibilisation par la radio continue avec une forte fréquence.

En effet, qu'on se réfère aux conseils de santé livrés à la population après les journaux radiodiffusés pour s'en convaincre. Les émissions suivantes sont plus significatives.

Tableau n° 4 : Thèmes abordés en octobre et novembre 1987.

Date et semaine	Mois	Thèmes	Durée
Du 5 au 11	Octobre(1987)	La bilharziose	15'
Du 12 au 18	Octobre(1987)	La lèpre La tuberculose	15'
Du 19 au 25	Octobre(1987)	Les verminoses en général	5'
Du 26 au 31	Octobre(1987)	"	5'
Du 2 au 8	Novembre(1987)	Les MST/SIDA	15'
Du 9 au 15	Novembre(1987)	Les conséquences des MST	15'
Du 16 au 22	Novembre(1987)	Le SIDA et ses consé- quences sur la santé de la communauté	15'
Du 23 au 30	Novembre(1987)	Les conséquences néfastes socio-économiques du SIDA	

Source : Ministère de la santé publique, programme d'émissions radio-phoniques pour 1987, mois d'octobre et novembre.

Nous l'avons déjà dit, le Ministère de la santé publique produit des émissions médicales au cours desquelles des conseils sont livrés à la population. Les tableaux précédents nous le signifient.

En cas d'épidémie, il est facile de remarquer combien la population est sensibilisée en quelques jours.

C'est le cas des émissions sur le "SIDA" qui occupent presque tout le temps imparti aux émissions médicales aujourd'hui.

Les autres émissions éducatives sont dispensées par l'INADES, nous venons de le voir.

L'expérience quotidienne nous a permis de remarquer que les paysans écoutent les émissions d'éducation pour la santé et regardent les images y relatifs. Mais alors, réagissent-ils de la même façon à la suite du message y transmis, compte tenu de leurs caractéristiques.

Dans ces conditions, les émissions d'éducation sanitaire, sont-elles susceptibles de produire un impact dans le sens des changements souhaités ?

4.2.3. L'audio-vision en éducation sanitaire.

Apprendre à parler, lire et écrire a toujours été la préoccupation des éducateurs. Si donc les mots sont au centre des démarches éducatives, il n'en est pas de même en ce qui concerne les images. Ce domaine est d'introduction récente en éducation.

Toutefois, quand bien même nous serions dans une "civilisation de la lettre", l'image "se taille" à son tour un pouvoir, une place sur lesquels il faut compter en éducation. Il est devenu un langage qui mérite toute notre attention, un langage qui permet d'exprimer ce que les mots seuls sont impuissants à dire. Nous sommes dans une époque de prédominance de l'image dans tous les média, entre autres l'affiche, le journal, la télévision, le cinéma.

Dans un article réservé à l'image d'une revue de grande diffusion, nous lisons ceci :

" L'audio-visuel occupe de plus en plus ouvertement le quotidien de l'homme du vingtième siècle (...). L'image et le son sont aujourd'hui omniprésents dans la plupart des sociétés mondiales et tendent à restreindre la part des autres modes de transmission ancestraux, la tradition orale et l'écrit notamment " (1).

(1) Revue direct n° 1, Bulletin mensuel sur l'utilisation de la technologie en éducation publiée par le centre d'information et d'échanges télévision de l'A.C.C.T.,

Arrêtons-nous rien que sur l'affiche médicale. Elle inonde les portes des hôpitaux, les centres de santé, les revues distribuées par l'INADES-Formation. Dans la plupart de cas, l'image illustre le texte et/ou les deux s'imbriquent. Ils s'adressent à tout public dans le soucis de l'inciter à prendre conscience du danger que représente une mauvaise alimentation, une non vaccination des enfants, une mauvaise hygiène en somme.

Il ne faut pas croire cependant que ce public parvient facilement à s'intégrer dans cet univers de l'image. Encore moins le public non instruit. Cela est d'autant plus vrai que sauf quelques efforts isolés ici et là et déployés par un public instruit, nous serions presque tous des "illettrés" de l'image.

Contre certaines croyances, il est à noter que l'interprétation des images n'est pas aisée dans la mesure où, il n'existe pas d'images transparentes. Ce n'est pas seulement l'oeil qui entre en jeu, mais aussi d'autres éléments qui se dérobent à l'analyse. Dans la revue précédente, nous lisons ce qui suit :

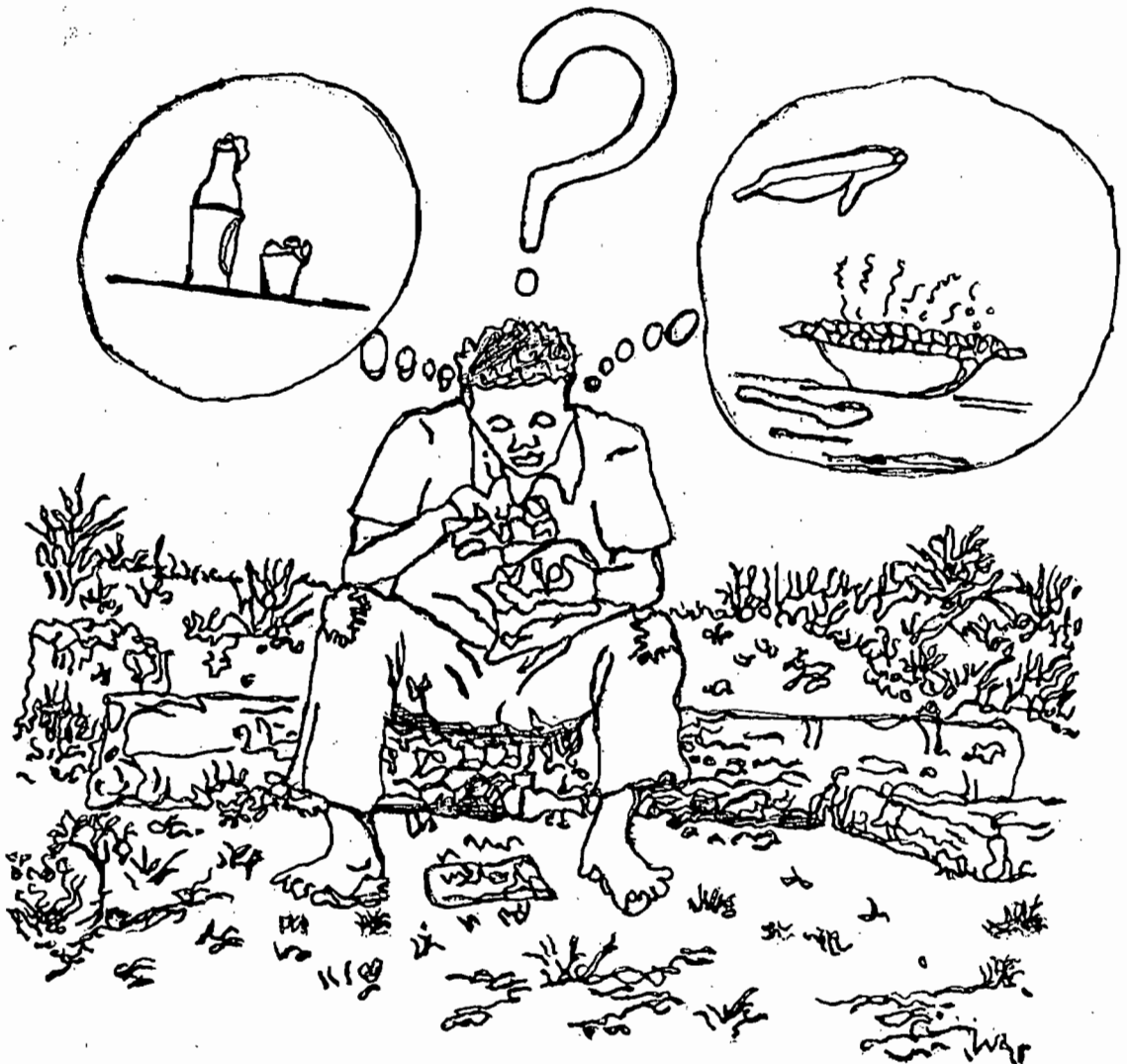
" Dans son combat désespéré pour se voir reconnu un statut noble, l'image part, il est vrai, avec des handicaps importants. Le premier est sa puissance, le second est son apparente simplicité. L'image représente la réalité, affirme-t-on souvent avec un goût peut-être mal mesuré pour des raccourcis. Mais l'image dépasse souvent la réalité pour véhiculer un contenu supplémentaire " (1).

En ce qui nous concerne, seuls les paysans instruits, même là avec de faible probabilité, peuvent tirer profit de l'image, de l'audiovisuel.

Cependant, nombreux lecteurs se réfèrent à l'imagination et investissent dans l'image ce qui, objectivement n'y est pas.

(1) Revue direct n° 1, op. cit., p. 12.

Voici, diverses interprétations d'une image adressée aux paysans pour leur sensibilisation avec les problèmes ruraux.



1°. Revue Direct n° 1, op. cit., p. 12.

Un message traduit dans une image par l'INADES est différemment interprété par les destinataires. Nous en livrons ici le contenu latent. C'est une question de sensibilisation avec les problèmes ruraux. Une question est posée :

Faut-il avec l'argent que l'on gagne s'acheter des boissons ou de la nourriture ? Notre enquête consiste à demander aux paysans de Rutana de s'exprimer sur l'image après l'avoir observée et en faire un commentaire.

Voici les différentes versions recueillies.

I^{ère} version : Par Minani, paysan alphabète.

Un bûcheron assez pauvre, apparemment (pieds nus, habillé en haillon) se repose assis sur un arbre. Il regarde avec attention les images (matérialisées par les objets dans ses mains). Il se demande "Qu'est ce que je vois ici ?" d'où le grand point d'interrogation au-dessus de sa tête. Ce qu'il voit, nous est montré, il s'agit d'une publicité sur la valeur nutritive des aliments. Deux fruits sont dessinés de part et d'autre de l'individu. Celui de gauche est mieux indiqué par son pouvoir à éteindre la soif, d'où le verre et la bouteille dedans. Celui de droite est réputé par sa qualité nutritive, car rivalise avec un plat de nourriture. D'où l'assiette la cuillère, et la banane dessinées.

II^è version : Inankima, femme alphabète.

Que nous sommes malheureuses nous les femmes. Le mari vient de toucher son dû en compagnie de ses amis. Au lieu de payer la ration, il s'enivre terriblement. Cette bouteille et le verre de l'image le traduisent.

Le soir, il réclame un repas consistant d'où le dessin attestant les réclamations d'une assiette pleine. Quand ses poches se sont vidées d'argent, il s'assit sur un arbre et se demande où trouver l'argent. D'où le grand point d'interrogation. Il se demande sur son avenir et celui de sa famille, d'ici la page suivante.

III^è version : KARENZO, homme analphabète.

Que la banane soit louée.

Les mérites de la banane sont multiples. Nous en consommons comme ration et surtout elle nous égaye par son bon vin très recherché. La bouteille et le verre le signifient clairement. Le grand point d'interrogation signifie peut-être : "Que veux-je faire aujourd'hui sans bouteille de bière de banane ?"

IV^e version : PAHORINA INANKUKI, femme analphabète.

Je n'en sais rien.

Ce genre d'images est le propre des enfants, je n'en sais rien moi. Cesse de "jaser" avec moi. Tu ignores les problèmes auxquels je suis confrontée, seuls les travaux ménagers me préoccupent, surtout que je n'ai pas fait d'études.

Les versions précédentes sont ou ne peut plus claires. Les paysans traduisent leurs propres intentions quand il s'agit de s'exprimer sur l'image leur présentée. Il en est ainsi au sujet des images, des affiches que les agents de santé utilisent en Education sanitaire.

Nous ne pouvons pas nier l'efficacité de l'audio-visuel en éducation en général et en éducation sanitaire en particulier. F. TERROY nous dit à ce sujet :

" Ils (mass média) sont les sources de l'éducation parallèle des jeunes et pour, les moins jeunes, les instruments de l'éducation permanente qu'impose le renouvellement continu des connaissances théoriques et pratiques au point que l'on a préconisé un système intégré d'éducation et d'information dans les pays en voie de développement " (1).

Mais, nous inviterons les éducateurs sanitaires à d'abord alphabétiser le public cible avant de lancer l'image, l'audio-visuel dans les moyens d'éducation pour la santé.

Les considérations déjà faites sur les mentalités paysannes, leurs comportements de la vie quotidienne à l'égard de la santé, de l'hygiène, et la recherche sur l'éducation sanitaire, nous poussent à dégager la problématique et la méthodologie de notre travail.

(1) F. TERROY, L'information, Paris, P.U.F. coll "Que sais-je ? 1974, p. 9.

DEUXIEME PARTIE : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE.

CH.I. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET VARIABLES.

I.1. Problématique.

Ici au Burundi, la médecine traditionnelle ne date pas d'hier. Elle fut longtemps pratiquée avant que la médecine moderne ne s'installe. Elle se faisait essentiellement à base des plantes, lesquelles constituent encore aujourd'hui un matériel de choix, pour les multiples expériences thérapeutiques.

Nous apprenons en général de par l'histoire qu'autrefois, presque toutes les maladies étaient soignées par la phytothérapie. Au sujet de l'introduction de la médecine moderne, François LEBRUN nous dit :

" Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que s'amorce une rupture qui ira s'amplifiant pour aboutir à un divorce total : les progrès de la médecine, de la chimie et de la pharmacologie permettent au corps médical d'abandonner les vieilles thérapeutiques auxquelles reste fidèle une médecine parallèle qui tend alors de plus en plus à devenir ce qu'elle n'était pas jusque-là, une médecine presque exclusivement populaire, face à une médecine savante " (1).

L'essor considérable de la médecine moderne ne parvient pas à couvrir les besoins sanitaires surtout dans les pays en voie de développement. La médecine préventive intervient pour relever le défi par le biais de l'immunisation et l'éducation sanitaire.

Ainsi, avec le problème de l'hygiène qui se pose comme source de maladies, le ministère de la santé publique produit des émissions médicales au cours desquelles, des conseils sont livrés à la population. On apprend à la population comment se protéger contre les maladies transmissibles, comment nourrir correctement les enfants, comment garder propres les habitations.

Toutes ces émissions prônent l'amélioration du niveau de santé des populations.

Face à ces efforts d'éducation sanitaire, les comportements des paysans constituent un handicap.

LAZANSFELD (P.L) par exemple nous dit à ce propos :

" Nous avons tendances à refuser de lire des articles, d'écouter ou de regarder des émissions qui ne vont pas dans le sens qui nous intéresse. Nous avons tendance à filtrer l'information; nous accordons de réelle attention qu'aux messages qui, à priori, nous intéressent " (1).

Dans ce filtrage de l'information, l'éducation sanitaire "passe souvent à travers le "grillage".

En effet, la médecine traditionnelle a déjà fait ses preuves, la médecine moderne curative, aussi. A ces dernières s'ajoute la médecine "sociale" préventive qui est l'introduction récente. Il en découle que le guérisseur, le médecin, l'éducateur sanitaire rivalisent dans l'art de prévenir et guérir. Des fois, c'est le guérisseur qui remporte.

Par ailleurs, le paysan s'entient à la tradition, à la vénération des ancêtres, au respect des interdits alimentaires dont il n'ose la violation. En ce qui concerne les interdits alimentaires, J.A.S. RITCHIE s'exprime :

" Les hommes éprouvent généralement un fort sentiment de loyauté et d'attachement à l'égard de leur régime traditionnel et sont peinés lorsqu'on le critique " (2).

Malgré ces croyances d'ordre comportemental qui handicapent, l'éducation sanitaire cherché à réduire la mortalité infantile qu'elles entraînent, voire les supprimer. Les propos suivants sont significatifs à ce sujet :

" L'action des centres de santé, de l'éducation sanitaire, vise la réduction du taux de mortalité maternelle, prénatale, infantile ... Traditionnellement, les enfants étaient l'objet de soins de familles. Toutefois, vu divers facteurs, tels que l'absence de ressources, l'ignorance, les modèles culturels, ... la famille a été incapable de fournir une atmosphère adéquate à la croissance et au développement de l'enfant.

(1) LAZANSFELD (P.L) : "Radio and the printed Page", New York, Duell, 1940, p. 511.

(2) J.A.S. RITCHIE, Etudions la nutrition, Genève, E.S.F., ONU, 1968, p. 59.

C'est pourquoi il est nécessaire de créer un environnement qui soit capable d'offrir des conditions requises au développement physique, mental, émotif et social de l'enfant " (1).

L'objectif en soi est louable mais sa réalisation est loin d'être effective spécialement à Rutana. La fréquence élevée de maladies diarrhéiques au sein de ce secteur nous l'aura prouvé. Ce fait nous inquiète et suscite en nous beaucoup d'interrogations.

L'éducateur sanitaire, les animateurs sociaux, les agents de santé, prennent-ils des précautions pour faire de l'éducation sanitaire un moyen de changement des mentalités de la population cible ?

Les populations paysannes de Rutana, répondent-elles à l'appel des éducateurs sanitaires, des services de soins préventifs ?

Nous avons eu à le dire, ces derniers reçoivent peu de clients, car, ceux-ci n'y voient pas un médicament palpable. D'où, un manque de confiance en leur efficacité.

Toutefois, cette attitude n'est pas partagée équitablement par les gens instruits et les non instruits. Ces derniers, n'ayant pas été initiés aux idées nouvelles s'en tiennent à la pratique devant tout apprentissage.

Par conséquent, l'apprentissage théorique dispensé par les services d'éducation sanitaire trouve moins d'écho, chez cette catégorie de personnes.

Par ailleurs, l'éducation sanitaire à l'aide de l'audio-visuel exige des paysans un esprit critique, une compréhension que leur niveau d'instruction ne leur permet d'avoir. A quelques égards près, nous sommes "taus des illettrés de l'image".

Rien plus, nous ne pensons pas que la science soit parvenue à expliquer tous les phénomènes de la nature, qu'il n'est point besoin de se fier à la science occulte, surtout en médecine.

(1) P.E. MAADL, La préparation de l'enfant à la modernisation :
l'exemple de la Tunisie, Genève, IRNUD, 1970, p. 80.

AUBIN (M) et PICARD (P) s'expriment à ce propos :

" Que conclure sinon que la médecine classique et scientifique ne répond pas à la majorité des questions qui lui sont posées : cela ne veut pas dire, continuent-ils qu'il faille rejeter ou abandonner ce qu'elle nous a apporté de positif. Nous croyons nécessaire de dire qu'il existe d'autres solutions, qu'il y a d'autres moyens thérapeutiques, malheureusement trop peu connus mais utilisés " (1).

Face à cette attitude du paysan à l'égard des services de soins préventifs, face à ce comportement de la vie de tous les jours à l'égard de l'éducation sanitaire, quels sont les effets, l'impact de cette dernière sur les premiers ?

I.2. Hypothèses de travail.

2.1. Hypothèse générale.

Compte tenu des observations que nous venons de formuler dans la problématique et que nous avons émises dans la justification du choix du sujet, nous avons posé la question de savoir l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans de la commune Rutana à l'égard de la santé.

Comme hypothèse générale, nous affirmons provisoirement que l'éducation sanitaire aurait un impact positif sur les mentalités des paysans de la commune Rutana en rapport avec leur vie quotidienne.

L'impact de ce projet éducatif sur les mentalités des paysans bénéficiaires serait fonction du sexe et du niveau d'instruction. D'où, nous allons dégager des hypothèses opérationnelles.

(1) M. AUBIN, P. PICARD, le Médecin, le malade et l'homéopathie, Paris, Payot, 1980, p. 26.

2.2. Hypothèses particulières.

Avec le développement de l'instruction, l'abandon des coutumes ancestrales rétrogrades s'installe. Les instruits portent un jugement critique à l'égard du sorcier, du guérisseur, en passant par la phytothérapie.

Néanmoins, toute science, même moderne connaît des limites. D'où, poussé par le souci de guérir le plus tôt possible, même le savant du siècle peut se fier aux guérisseurs dans certaines circonstances, laissant de côté la médecine moderne.

Mais, un niveau d'instruction si élémentaire soit-il, permet au détenteur d'acquérir des aptitudes critiques et une ouverture d'esprit.

Compte tenu de ces considérations nous formulons l'hypothèse opérationnelle suivante :

1°. Les paysans instruits présentent un attrait particulier pour l'éducation sanitaire et changent plus que les non instruits leurs mentalités à l'égard de la santé.

Notre deuxième hypothèse particulière est fondée sur la variable sexe. Soulignons tout de suite que la tradition burundaise fait qu'une femme mérite son foyer selon sa progéniture. Il s'en suit qu'une femme "stérile" soit chassée au profit d'une autre qui soit féconde.

Dans ces conditions, chaque femme cherche à avoir un enfant à tout prix pour mériter le ménage. Elle pratique les consultations pré-natales et post-natales afin d'éviter les mauvaises couches. Indiscutablement, les femmes doivent dans ces conditions implorer le secours du médecin, de l'éducateur sanitaire.

C'est ce que nous retrace Y. Pélicier quand il dit :

" ... , les femmes semblent se soigner davantage que les hommes à partir d'une quinzaine d'années et jusqu'à la fin de leur vie. (...)

Le net accroissement de leurs dépenses au début de leur fécondité est dû aux postes "gynécologique" et "obstétrique" (1).

(1) Y. Pélicier, P. NOUCHEZ, Abrége de sociologie et économie médicale, Paris, Masson, 1973, p. 127.

Les femmes étant plus impliquées dans les soins des enfants, elles sont plus responsables de leur entretien que leur maris. Ainsi donc, il incomberait à la mère de promouvoir les soins préventifs des enfants. Ainsi, nous dégageons l'hypothèse que voici :

2°. Les paysans de sexe féminin sont plus favorables à la formation reçue par le biais de l'éducation sanitaire que ceux de sexe masculin, et changent leurs mentalités en conséquence.

I.3. Variables utilisées.

Dans notre travail, nous avons retenu deux variables, à savoir le niveau d'instruction et le sexe de la population à enquêter.

En effet, les paysans de la commune Rutana perçoivent différemment l'éducation sanitaire, en témoignent les versions recueillies au sujet de l'image élucidée dans les pages précédentes. Certains facteurs sont moteurs de cette différenciation d'opinions. Nous en avons retenu les deux précités que nous jugeons plus pertinents. Nous tenons à souligner que ces variables sont à notre avis les plus plausibles, mais non les seules pour vérifier nos hypothèses. D'autres existent mais nous les laissons de côté pour des raisons d'opérationnalité. Nous nous sommes limité à la variable sexe, parce que pensons-nous et nous l'avons déjà dit, chaque sexe a ses préoccupations propres et voit les choses d'une manière qui lui est particulière.

Quant à la variable "niveau d'instruction", nous sommes parti du principe que les populations scolarisées peuvent être facilement incitées au changement, alors que les analphabètes restent généralement attachés à la tradition.

Au sein de notre population-cible, certains ont terminé tout le cycle primaire d'autres l'ont quitté sans l'avoir achevé. La dernière catégorie de notre population n'a fait ni l'école primaire, ni l'école Yagamukama, par conséquent ne sait ni lire ni écrire.

Dans notre travail, nous parlerons des paysans alphabètes sachant lire et écrire et des analphabètes, ne le sachant pas.

CH. II. METHODOLOGIE.

II.1. Instrument de recherche.

Pour la récolte des données de notre recherche, vu que notre sujet fait appel aux avis et opinions de nos sujets sur l'impact de l'éducation sanitaire sur leurs comportements à l'égard de la santé, nous avons estimé que l'interview est l'instrument adéquat comme le soulignent FESTINGER et KATZ, parlant de la recherche en sciences sociales.

" ... La science sociale fait de plus en plus appel à des faits qui, seuls peuvent rapporter les individus qui en ont fait l'expérience personnelle. Ce n'est que grâce à des contacts directs avec les intéressés que l'économiste, le sociologue, l'anthropologue, le psychologue peuvent atteindre leurs attitudes, leurs perceptions, leurs espérances ou leurs projets " (1).

Nous avons privilégié l'interview semi-dirigée par rapport à l'entretien non directif pour diverses raisons.

Pour l'entretien non directif, c'est le client qui est demandeur, alors que dans notre cas, c'est nous-même, enquêteur qui sollicitons. Par ailleurs, nous orientons le discours du locuteur dans le sens de notre sujet, ce qui justifie notre option.

En effet, tout au long de nos entretiens avec les paysans, notre rôle se réduisait à écouter l'interviewé parler, à l'aider en cas d'hésitation en répétant les derniers mots émis comme le souligne M.C. UNRUG :

" ... De laisser parler l'enquêté, voir de l'aider à parler par des "relances" sans pour autant diriger son discours : dire "oui" ou "hum" en répétant les derniers mots émis, afin de refléter tout ou une partie du discours " (2).

(1) FESTINGER Léon & Daniel KATZ, Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Presses Universitaires de France, tome 2, 1974, p. 133.

(2) M.C. UNRUG, Analyse de contenu, Paris, éd. Universitaire, 1974, p. 87.

Dans le cas de l'entretien non directif (Rogérien), aucune position ne doit être adoptée à l'avance. Par rapport à l'entretien dirigé, l'interview semi-dirigée laisse l'interviewé s'exprimer, alors que le premier est très rigide.

Quant à nous, nous avons opté pour une position intermédiaire.

II.2. La technique de recueil des données.

2.1. La pré-enquête.

Notre première phase de recueil d'informations a été la pré-enquête. Nous l'avons menée sur 15 paysans composés de 7 hommes et 8 femmes qui venaient fréquenter le centre de santé de GITABA et le centre de santé de RUTANA.

Voici la liste des interviewés au cours de cette phase.

Centres de santé	Noms	Sexe	Niveau d'instruction
GITABA	1. Ciz	F	An
	2. Tit	M	An
	3. Nshi	M	A
	4. Bizo	M	An
	5. Cub	M	An
	6. Buk	F	A
	7. Nit	F	An
RUTANA	8. Kez	F	A
	9. Min	M	An
	10. Bit	M	A
	11. Kab	F	An
	12. Inank	F	A
	13. Maho	F	A
	14. Mat	M	An
	15. Bar	F	An

F : féminin
M : masculin
An : analphabète
A : alphabète

Au cours de la pré-enquête, nous nous sommes servi de l'entretien semi-dirigé, dont les résultats ont abouti sur :

- L'élaboration d'un guide d'entretien définitif plus intelligible à notre population d'enquête.

- L'appréciation de la pertinence des variables retenues à savoir le sexe et le niveau d'instruction.

Avec le déroulement de la pré-enquête, nous nous sommes rendu compte que l'éducation sanitaire est dispensée par beaucoup de partenaires, ce qui nous a conduit à la suppression de la variable : Etre détenteur d'un poste de radio pour notre population.

En effet, pour ceux qui en ont, le moment des émissions sur la santé ne coïncide peut-être pas aux temps libres des paysans qui constituent notre population.

Par ailleurs, tout personnel de santé et les domaines connexes poursuivent le même idéal en éducation sanitaire. Sensibiliser les populations sur les problèmes d'une mauvaise hygiène, afin qu'elles n'en deviennent pas victimes.

D'où, la radio n'est qu'un moyen parmi d'autres à tel enseigne que son rôle n'est pas plus déterminant que les autres, en éducation sanitaire.

Après ce tour d'horizon sur la pré-enquête, et les résultats auxquels nous avons abouti, nous pensons que le terrain est suffisamment déblayé pour nous laisser le libre passage vers la deuxième phase de récolte d'information sur le terrain.

2.2. L'enquête proprement dite.

2.2.1. Le choix des personnes à interviewer.

Considérant les exigences de l'instrument que nous avons à utiliser dans notre recherche, la modicité des moyens financiers qui nous étaient alloués, nous avons limité notre enquête sur deux centres de santé. Ainsi, les paysans qui venaient aux centres de santé de GITABA et RUTANA, ont fait l'objet de notre enquête.

La population d'enquête a été choisie en fonction des variables retenues. Quant à l'échantillon, nous n'avons considéré qu'une partie de la population qui nous intéressait. Comme nous le dit J.L. LOUBET del BAYLE :

" Décrire un tout en n'en connaissant qu'une partie. Le "tout" constitue l'univers d'enquête : c'est l'ensemble des personnes dont l'on veut connaître l'opinion. Cet univers est déterminé par l'objet de l'enquête. Pour connaître l'opinion de cet univers, on étudie seulement l'opinion d'une partie réduite de cet univers : "échantillon". Après avoir interrogé les membres de cet échantillon, on extrapolera les résultats obtenus à l'ensemble de l'univers de l'enquête " (1).

Dans le but d'étudier l'opinion de cet "univers" notre échantillon est constitué par 68 personnes, réparties selon leur sexe et leur niveau d'instruction.

Répartition de l'échantillon.

Des problèmes indépendants de notre volonté ont fait que notre échantillon connaît des disproportions tant en fonction du sexe que du niveau d'instruction.

Tableau n° 5 :

Ni Effectifs par sexe	Alphabètes		Analphabètes	
	M	F	M	F
	16	20	16	16
Total : 68	36		32	

Les inégalités dans la représentativité selon les variables retenues s'expliquent.

En effet, un niveau d'instruction si élémentaire soit-il, donne le détenteur d'une ouverture d'esprit, lui permettant d'appréhender le monde, ou être réceptif à toute chose.

(1) J.L. LOUBET del BAYLE, Introductions aux méthodes des sciences,

En ce qui nous concerne, la plupart des paysans non instruits nous refusaient des réponses.

D'où le peu de paysans non instruits qui se sont montrés bienveillants à notre demande.

Par ailleurs des problèmes de disponibilité ont fait que notre échantillon est composé plus de femmes que d'hommes.

D'un côté la division du travail aidant, l'homme doit s'occuper de la construction, de l'aménagement de ses terres au moment où la femme s'occupe des travaux menagers, et doit assurer les soins des enfants.

Les activités auxquelles vague, l'homme n'impliquent pas souvent un recours aux services sanitaires, alors que la femme sollicite toujours les médecins, en cas de grossesse, de maladies des enfants. D'où l'effectif élevé de femmes répondant à notre appel.

Bref, aucun critère ne nous a conduit à privilégier le sexe féminin ni la population scolarisée. La disponibilité et la bienveillance des clients ont conduit à ces disproportions.

II.3. Description du milieu d'enquête.

Dans l'intérêt de délimiter notre sujet dans l'espace et de permettre au lecteur de se fixer dans le milieu, une description de ce dernier nous paraît d'une grande importance.

3.1. Situation géographique.

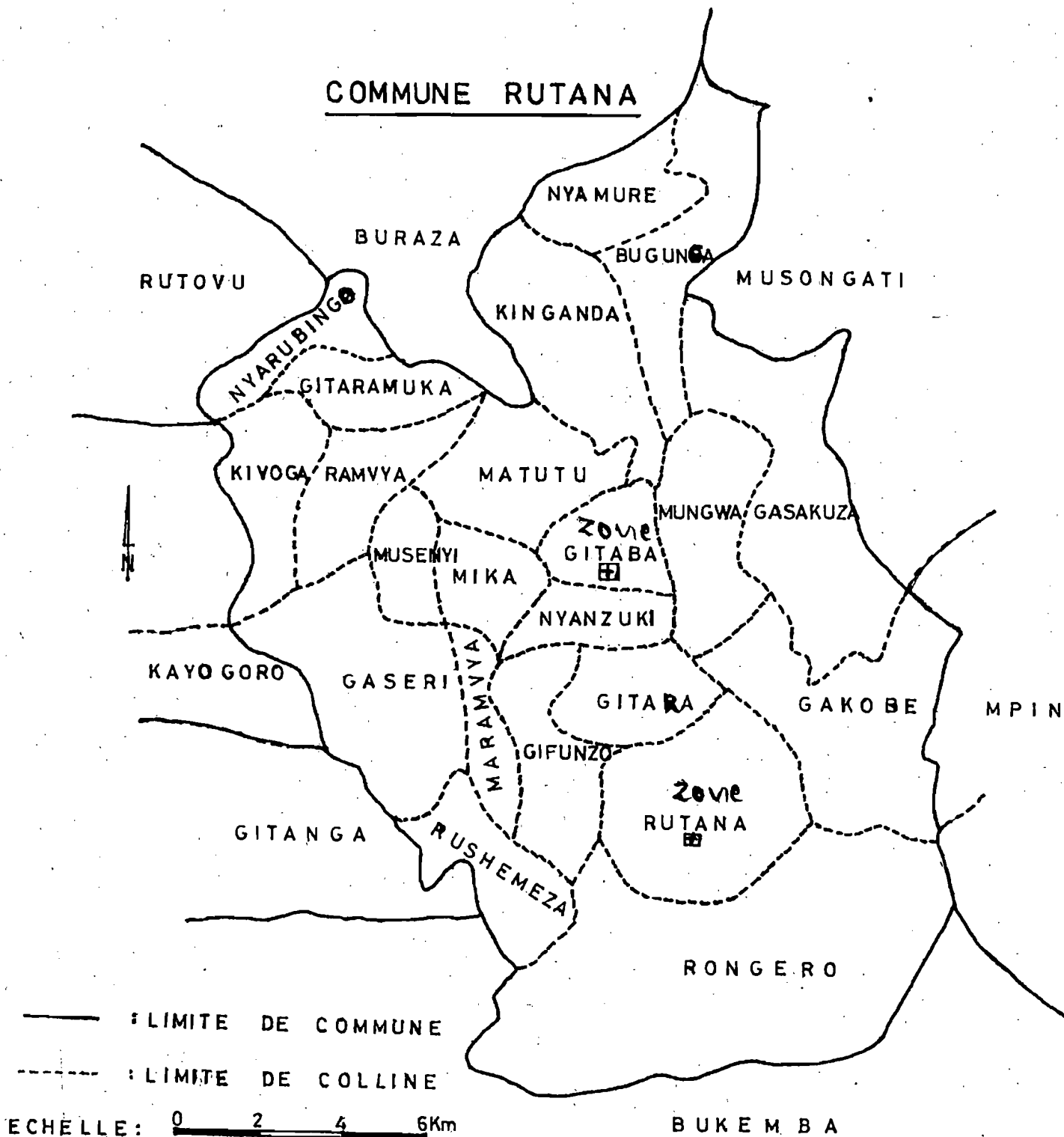
La commune de Rutana se trouve en la province portant le même nom et occupe le Sud-Est du pays.

Ses limites sont les suivantes :

Au nord, les communes Buraza et Rutovu.
A l'ouest, les communes Kayogoro et Gitanga.
Au sud, la commune Bukemba.
Au sud-est, la commune Mpinga-Kayove.
Enfin à l'est, la commune Musongati.

La carte qui suit montre la délimitation de ladite commune comprenant les collines de recensement et les zones.

Carte n° 1. Situation géographique de la commune RUTANA :
limites administratives.



3.2. Les activités économiques.

L'agriculture et l'élevage constituent une source de richesses chez les paysans de Rutana.

La culture d'exportation reste le café, ainsi le reste de la production agricole sert à la consommation et au stockage en vue de l'utiliser pour les futurs semis. L'agriculteur vend le surplus de ses cultures vivrières qui sont essentiellement constituées par, le haricot, le sorgho, la banane, la patate douce, le manioc...

Quant à l'élevage, il englobe le petit bétail et le gros. Mais l'élevage de caprins et ovins est plus propice que l'élevage bovin.

En matière du commerce, seul le centre commercial de Rutana est très prospère, les autres comme Gitaba, Matutu sont de petits marchés pour la vente de produits vivriers.

3.3. Situation socio-politique.

La commune de Rutana présente l'habitat dispersé, la politique de regroupement en villages se cherche encore.

Le message relevant de l'administrateur circule par le chef de zone en passant par le "Nyumbakumi" jusqu'aux masses rurales. Dans le domaine sanitaire, chacune des zones (deux) est dotée d'un centre de santé où les agents de santé exercent l'éducation sanitaire tous les lundi et les jeudi matin. L'hôpital de Rutana traite des cas dépassant les compétences des centres de santé.

En ce qui concerne l'éducation nationale, la commune concentre 8 écoles primaires mais, il n'y a qu'une seule école secondaire, un collège récemment implanté à Rutana-centre.

3.4. L'infrastructure sanitaire à Rutana.

En milieu rural en général et spécialement à Rutana, la population se heurte à deux grands problèmes en matière sanitaire.

D'une part, un problème du recours aux centres de santé. De l'autre, la qualité des soins dispensés dans ces centres.

En principe, un centre de santé doit intégrer le curatif, l'éducationnel et le préventif dans le traitement des malades. Ph. JEMMET est tel qu'on ne peut plus clair à ce sujet, lorsqu'il souligne que l'objectif d'un système de santé ne peut se réduire à établir des diagnostics, ni même à guérir des maladies ...

Faute d'équipement de nos centres de santé et grâce aux mentalités traditionnelles, la plupart de nos mères recourent à leur matrone au moment de l'accouchement.

D'autres collectent des feuilles d'arbres à des fins thérapeutiques ou pour la toilette des nouveaux-nés.

A ce sujet, nous dit Alain DESTEXHE :

" Toute communauté a développé son système de soins de santé et dispose de guérisseurs, d'herboristes, de chamans ... Au Nigéria, le pourcentage de patients passant d'abord par la médecine traditionnelle est estimé à 80 % et ce ne sont pas les moins intellectuels " (1).

Cet état de chose conduit à une sous-utilisation des services sanitaires disponibles surtout à Rutana. Voici en effet comment sont utilisés certains antibiotiques au sein du centre de santé de Rutana.

Tableau n° 3 : Utilisation de certains médicaments au centre de santé de Rutana (Février 1987).

Etat du stock	Stock au 1er jour du mois	Entrées	Sorties	Stock au dernier jour du mois
Antibiotiques				
Pénicilline	244 flacons	1200	374	1100 flacons
Extencilline (1200000 UI)	192 flacons	200	51	341 flacons
Extencilline (2400000 UI)	169 flacons	200	61	308 flacons

(1) A. DESTEXHE, Santé, médicaments et développement, colloque tenue à Paris, 1986, p. 93.

Le tableau nous expose un état tel que le stock de médicaments acheminés à Rutana "ne bouge pas". En effet, pour le mois de Février 1987, le service de soins de santé au Ministère de la Santé Publique rajoute 1200 flacons de pénicilline au stock alors qu'il en restait 274 dans le magasin du centre de santé de Rutana.

La population ne "grignotte" sur ce stock 'regonflé" que 374 flacons enregistrés dans la rubrique des sorties. L'explication du phénomène est hypothétique. Soit le mois de Février 1987, le centre de santé n'a pas enregistré de patients réclamant ces antibiotiques. Une autre possibilité, la population s'est constituée un système médical, tel que le recours à la médecine moderne serait superflu.

Nous pensons avec P. MERAND, qu'avant que la malade ne vienne à l'hôpital, il a déjà consulté les guérisseurs, essayé la phytothérapie.

Par ailleurs, dans les pays sous-développés en général au Burundi en particulier, la population dispose d'un nombre réduit de centres de santé. Ce problème est inégalement ressenti en ville et en milieu rural. C'est ce que nous confirme DESTEXHE :

" Dans les années 70, malgré les progrès sanitaires, les services de santé, trop concentrés dans les villes, souvent calqués sur les C.H.U. occidentaux, suscitaient une grande déception. En particulier, les zones rurales étaient délaissées " (1).

Au Burundi, ce décalage se retrouve si on compare le milieu rural et le milieu urbain. Les indicateurs enregistrés dans le tableau ci-dessous sont significatifs à ce propos.

Tableau n° 6 : Personnel soignant par population.

Indicateurs Milieux	Population	Personnel 10.000 hommes	Personnel centre de santé
Rutana	206.000	3	6
Bujumbura	581.000	8	12
Gitega	568.000	6	11

(1) Alain DESTEXHE, Idem, p. 10.

Les données enregistrées dans le tableau sont significatives. Très peu de personnel de santé en moyenne, s'occupant d'une population nombreuse dans le milieu rural (Rutana). Trois pour Rutana contre 8 et 6 respectivement pour Bujumbura et Gitega. Le nombre de centres de santé est réduit en milieu rural en rapport avec le milieu urbain.

En effet, pour Rutana, nous comptons 10 centres de santé, alors que Bujumbura et Gitega disposent respectivement de 21 et 22.

Nous osons affirmer que ces inégalités, ces insuffisances de personnel et de centres de santé associées aux mentalités paysannes favorisent l'évolution des épidémies dans notre milieu d'enquête.

Voici en effet les tendances d'évolution de quelques maladies qui sont sous le contrôle épidémiologique dans le secteur médical de Rutana de 1982 à 1986.

Tableau n° 7 : Evolution de certaines maladies 1982 - 86.

Cas par années	1982	1983	1984	1985	1986
Cas de maladies					
Maladies diarrhéiques	2427	2302	3104	3887	3824
Dysentérie Bacillaire	480	1205	923	667	846
Rougeole	2363	1913	940	1530	845
Coquéluche	407	172	260	248	160

Source : Ministère de la Santé Publique, Bulletin épidémiologique pour le secteur médical de Rutana de 1982 à 1986.

Les cas enregistrés par année sont significatifs. En effet, le nombre de cas diminue progressivement avec la coquéluche. Pour d'autres, les enregistrements connaissent des hauts et des Bas.

Pour tout dire, les maladies connaissent des recrudescences. Tentons une explication à ce phénomène.

Les paysans de Rutana, n'ayant pas accès facile aux centres de santé sont exposés à des atteintes de maladies. Nous attribuons ici, ces recrudescences de maladies au nombre réduit de centres de santé, qui entraîne de longues distances à parcourir pour y accéder. Ils essaient la médecine traditionnelle, là aussi quand la situation devient urgente et que la santé se soit altérée. M. SANKALE abonde dans ce sens lorsqu'il aborde le diagnostic de maladies :

" Le diagnostic tardif des malades est la règle. Il est dû à la négligence, au paupérisme et à l'insouciance, mais il est motivé encore par le recours au marabout et au guérisseur. Le prestige de ces empiristes diminue lentement, mais il reste un frein de l'action sanitaire " (1).

La recherche sur l'infrastructure sanitaire à Rutana, nous pousse à tirer des conclusions qui nous permettent à prendre position dans notre travail.

Au niveau national, le Burundi connaît des problèmes d'infrastructures sanitaires insuffisants. Quoi de plus normal que ses différents secteurs de santé en ressentent les conséquences.

Toutefois, la concentration de ces infrastructures sanitaires dans les milieux urbains, fait que les zones rurales soient plus le théâtre d'épidémies que les zones urbaines.

Par ailleurs, les mentalités paysannes favorisant la phytothérapie, le recours aux guérisseurs, sont un atout fort exploité par les épidémies en milieu rural, spécialement à Rutana.

II.4. Déroulement de l'enquête.

Dans la deuxième phase de notre enquête sur terrain, nous avons gardé l'instrument utilisé dans la pré-enquête. Nous avons réopté pour la technique d'interview semi-dirigée du fait de l'expérience dont nous en avons tiré en l'appliquant au cours de la pré-enquête.

(1) M. SANKALE, Médecin et action sanitaire en Afrique Noire, Paris, présence africaine, 1969, p. 117.

Pour nous entretenir avec les gens sur notre sujet, nous avons demandé l'aide des responsables des centres de santé, qui nous ont introduit auprès de leurs clients.

Rappelons que les seuls critères auxquels l'interviewé devait répondre étaient d'avoir bénéficié ou pas d'une formation et parant sachant ou non lire et écrire. Dès que nous avons établi le contact avec l'interviewé et que nous nous étions bien installés, nous lui énoncions la consigne pour entrer dans la situation d'entretien.

En présentant ainsi les thèmes principaux de notre étude aux paysans interviewés, nous laissions au sujet la latitude de s'exprimer autant qu'il le désirait. En cas de points obscurs à travers son discours, nous intervenions pour demander des éclaircissements à notre client. Ainsi, au terme de son discours, nous introduisons le thème suivant.

4.1. Consigne et guide d'entretien.

a) Consigne et guide d'entretien en Kirundi.

. Consigne en Kirundi

Jewe ndi umunyeshure, niga muri Kaminuza. Mfise agakorwa nifuza ko womfasha gukora. Ivyo tuyaga kuriko, biri n'akamaro cane kandi nimwe mubizi. Ushobora kuvuga ivyo vyose uzi kandi wiyumvira ata nkeka. Nanje ntegerezwa kubifata neza nkuko vyavuzwe, ataco nongeyemwo canke ngo nkuremwo.

Kugira ivyo uza kumbwira nti binsige canke ngo nze ndagusubizamwo, nza gukoresha iki cuma gifata amajwi. Ivyo rero nti bigutere ubwoba. Ivyo tuza kuyaga rizoba ibanga rya babiri hagati yawe nanje gusa, nta wundi azobimenya.

. Guide d'entretien en Kirundi

- 1°. Woba waraciye mwishuri, uzi gusoma n'ukwandika ?
- 2°. Aha mu Rutana, muraronka inyigisho ntungamagara
 - . Muyironkera hehe ?
 - . Bayibaha gute ?
- 3°. Mwibaza ko irya inyigisho ntungamagara ihindura uko mwahora mwivuzwa ?
- 4°. Mwibaza ko inyigisho ntungamagara ituma murangura amategeko y'isuku ?
- 5°. Mwibaza ko inyigisho ntungamagara ituma muhindura imigenzo itajanye n'iterambere ry'amagara y'abantu ?

6°. Mwiheje ukuntu babaha inyigisho ntungamagara, n'impanuro muronkamwo mwifuza ko bokongeramwiki canke bagakuramwiki ?

b)) Traduction de la consigne et du guide d'entretien en Français - consigne.

Je suis étudiant. J'ai un travail au sujet duquel je souhaiterais que nous nous entretenions. Ce travail est très important et vous êtes mieux indiqué en savoir ce qui m'intéresse.

Ne courez-pas avec le temps, vous pouvez dire autant que vous en savez et que vous en pensez. Je dois donc en prendre tel que cela m'en a été donné, sans rien ajouter ni omettre. Pour que les informations que vous me livrez ne m'échappent pas ou que je ne doive vous arrêter à chaque instant, je vais utiliser cet appareil enregistreur. Que ça ne vous fasse pas peur. Tout ce que vous me fournirez sera et restera un secret entre vous et moi. Personne d'autres ne le saura.

- Guide d'entretien

- 1°. Auriez-vous fréquenté l'école et par conséquent sauriez-vous lire et écrire ?
- 2°. Auriez-vous déjà bénéficié de l'éducation sanitaire ?
D'où et comment ?
- 3°. Pensez-vous que l'éducation sanitaire peut changer les modes de traitement traditionnel des maladies ?
- 4°. Pensez-vous que l'éducation sanitaire contribue dans l'accomplissement des mesures d'hygiène ?
- 5°. Pensez-vous que l'éducation sanitaire change les pratiques sociales qui sont contre le progrès sanitaire ?
- 6°. Compte tenu des conseils livrés en éducation sanitaire et de la manière dont elle est donnée, que souhaiteriez-vous qu'on ajoute ou qu'on élimine ?

Etant donné que nous cherchons à déceler l'impact de l'éducation sanitaire à travers les opinions des enquêtés, nous passons au dépouillement des informations recueillies.

4.2. Mode de dépouillement des données.

Au cours du dépouillement, nous avons fait une analyse qualitative et une analyse quantitative des résultats. Au niveau qualitatif, nous sommes parti de cinq entretiens réalisés avec les paysans. Ce point de départ est fondé sur l'importance que revêtent lesdits entretiens.

En effet, ils contenaient d'amples informations sur l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités paysannes. Des différentes idées émises par nos interlocuteurs, nous avons bâti un système d'indicateurs traduits dans des tableaux selon qu'ils reflètent un même aspect dans la signification des différents thèmes constituant des chapitres dans notre travail.

Après l'analyse qualitative, nous avons abordé l'analyse quantitative. Cette fois-ci, nous avons déterminé à travers les entretiens réalisés, l'effectif et le pourcentage des sujets qui ont évoqué les indicateurs contenus dans chaque chapitre. Cette analyse à double entrée nous conduit à des résultats chiffrés que nous présentons et analysons tout en les interprétant dans la troisième partie de notre recherche.

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.

Nous avons dégagé des présupposés théoriques ainsi que la problématique dans les pages précédentes. La 3^e partie nous amène à confronter ces derniers aux résultats de l'enquête que nous venions de mener. De la confrontation, nous aurons des réponses à la question de recherche et partant nous vérifierons nos hypothèses.

Nous ferons suivre la présentation des données d'un essai interprétatif. L'analyse de contenu des idées émises par nos interviewés nous a conduit à regrouper leurs opinions en cinq catégories dont nous faisons correspondre aux chapitres ci-dessous.

Le premier chapitre souligne la part des agents de santé, de la presse et des réunions avec les animateurs sociaux, en éducation sanitaire.

Le deuxième s'articule sur l'influence de l'éducation sanitaire sur les modes de traitement traditionnel des maladies.

Dans le troisième chapitre, il est question du rôle de l'éducation sanitaire dans l'amélioration de l'hygiène.

Le quatrième chapitre insiste sur la contribution de l'éducation sanitaire dans la modification des moyens de lutte et de prévention traditionnels contre les maladies.

Le cinquième chapitre qui est le dernier, retrace les souhaits, le sens dans lequel la population paysanne de Rutana voudrait que l'éducation sanitaire soit orientée.

CH.I. CONTRIBUTION DES EMISSIONS RADIODIFFUSEES DES AGENTS DE SANTE ET DES ANIMATEURS SOCIAUX EN EDUCATION SANITAIRE.

L'éducation sanitaire comme nous informant les services de santé est un :

" Ensemble des techniques visant à inculquer à chaque individu les notions qui lui permettront de tirer le plus grand parti possible des connaissances actuelles en matière de médecine et d'hygiène " (1).

(1) Services sociaux et services de santé, bulletin de terminologie, n° 170, Canada, secrétariat d'Etat, Bureau des traductions, p. 36.

Parmi ces moyens permettant l'inculcation des mesures d'hygiène, figurent les moyens d'information, les agents de santé, les animateurs sociaux. Voici un tableau reflétant cette contribution et qui est reconnue par notre population d'enquête.

Tableau n° 8 : Répartition des indicateurs selon la variable sexe.

Variable, sexe	Hommes		Femmes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectif	%
Radio brochures écrites	$\frac{9}{32}$	28,2%	$\frac{5}{36}$	13,8%	14	20,5%
Dispensaire ou centre de santé	$\frac{13}{32}$	40,6%	$\frac{20}{36}$	55,5%	33	48,6
Réunions dans les centres d'animation sociale ou au sein du Parti	$\frac{10}{32}$	31,2%	$\frac{11}{36}$	30,7%	21	30,9%
	32	47,1%	36	52,9%	68	100%

Nous avons eu à le dire, l'éducation sanitaire est dispensée par beaucoup de partenaires. Nos interviewés en évoquent, la radio (émissions radiodiffusées à la voix de la Révolution du Burundi), le dispensaire (conseils livrés par les agents de santé), les réunions dans les centres d'animation sociale.

Un lecteur non averti de ce tableau pourrait se demander le pourquoi de ces écarts entre les pourcentages d'évocation des différents indicateurs.

En effet, la plupart de nos interlocuteurs tant féminins que de sexe masculin soulignent avoir bénéficié de l'éducation sanitaire au dispensaire en raison de 55,5% de femmes et 40,6% d'hommes. 31,2% d'hommes contre 30,7% de femmes déclarent avoir suivi l'éducation sanitaire dans le cadre des réunions dans les centres d'animation. Au moment où 28,2 % des nos interviewés masculins ont eu l'éducation sanitaire à la radio contre 13,8% de femmes qui évoquent le même indicateur.

En considérant l'indicateur radio, nous pouvons saisir le pourquoi des écarts, en se représentant la façon dont certaines activités sont organisées dans le monde rural.

En effet, la plupart des paysans n'ont pas de temps pour suivre les émissions médicales radiodiffusées. La femme et le mari passent la majeure partie (toute la journée) aux champs. Au retour, la femme vague aux travaux ménagers. Au moment où la femme s'occupe de ces différentes activités domestiques, l'homme vague aux activités extra-familiales, notamment quand il visite les voisins il peut écouter la radio, bref il jouit d'un temps libre pour suivre les émissions sanitaires.

Des problèmes de disponibilité au moment où passent les émissions médicales empêchent le public féminin de les suivre.

L'écart en pourcentage est plus sensible quant à ce qui concerne la part des agents de santé en éducation sanitaire. Les interviewés de sexe féminin le reconnaissent à 55,5 % des femmes enquêtées contre 40,6 % d'hommes.

En effet, à la femme burundaise incombe l'éducation et les soins de santé des enfants. Ces derniers sont objets de soins particuliers surtout dans le bas âge. La mère les nourrit de son sein, les soigne, les entoure de chaleur familiale. Il s'en suit que toute attaque de cet enfant implique la mère en premier lieu, comme le souligne B. BARARUFISE :

" ... L'enfant burundais fait matériellement partie intégrante du corps de la mère, non seulement parce que comme toutes les mères, la femme burundaise ressent avec une grande intensité tout ce qui le touche, mais aussi parce qu'elle l'allaité au sein d'une façon permanente, le dorlotte, l'endort à côté d'elle, le porte sur le dos " (1).

On ne peut douter d'un recours permanent au dispensaire chaque fois qu'une affection touche l'enfant. D'où, l'effectif élevé de femmes qui soulignent avoir eu l'éducation sanitaire au dispensaire.

Par ailleurs, les femmes fréquentent plus les médecins, pour leurs propres soins. C'est ce que nous affirmaient Y. Pélicier et P. NOUCHEZ.

(1) BARARUFISE (B), L'éducation traditionnelle au Burundi, in Liaison, centre de recherche et de documentation pédagogique 2^e année, n° 5, janvier 1971, p. 10.

Dans le tableau nous lisons des pourcentages presque les mêmes en ce qui concerne le rôle des centres d'animation sociale en éducation sanitaire. En effet, 31,2 % d'hommes et 30,7 % de femmes enquêtés évoquent l'indicateur (réunions). Dans le monde rural, la grande proportion de femmes sont analphabètes. Ce n'est que très récemment que le gouvernement Burundais charge les centres d'animation sociale de leur formation. Ce manque de scolarisation, constitue un handicap à l'hygiène, le souligne R. DUMONT :

" Le manque de scolarisation des fillettes et l'absence d'éducation formelle des mères sont parmi les facteurs les plus importants de malnutrition infantile. Il a été amplement démontré que, même sans accroissement sensible de niveau de vie, une éducation plus complète des mères réduit considérablement la malnutrition infantile " (1).

Il découle de cette situation une attraction des femmes vers les centres d'animation sociale pour bénéficier de l'éducation sanitaire.

Quant à la proportion d'hommes qui soulignent l'indicateur (réunion), ils insistent surtout sur la contribution des réunions du parti en éducation sanitaire. Nous avons eu à le dire, l'autorité locale dispense l'éducation sanitaire dans les réunions pour le développement communautaire. Nous l'entendons prêcher aux hommes, l'adduction d'eau potable, tandis qu'aux femmes, il recommande l'entretien des sentiers du village la variation des aliments comme le témoigne Bucumi Jean :

"... Egome mu Rutana turaronka inyigisho ntungamagara, cane cane munama z'umugambwe. Baduhanura guhingura ivyo karya mu buryo tuzivanga, tukingira ingwara mugukwega amazi ya rusengo, tukayateka imbere yo kuyanywa " (2).

C'est-à-dire : Certainement, nous recevons de l'éducation sanitaire à Rutana et surtout au cours des réunions du parti. On nous conseille la variation des aliments dans leur préparation. nous prévenir contre les maladies par l'adduction d'eau potable, la bouillir avant la consommation.

(1) René DUMONT, Pour l'Afrique, j'accuse, Paris, PUF, 1986, p. 85.

(2) BUCUMI Jean, Paysan alphabète.

des enquêtés
Compte tenu de ce rémoignage d'un nos interviewés, une autre part/s'est ralliée à ce dernier pour constituer les 31,2 % de nos enquêtés de sexe masculin, qui évoquent (les réunions du parti) comme moyen de diffusion de l'éducation sanitaire.

Tableau n° 9 : Répartition des indicateurs selon la variable niveau d'instruction.

variable: Ni Indicateurs	Alphabètes		Analphabètes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Radio et brochures écrites	$\frac{10}{36}$	27,8%	$\frac{6}{32}$	18,7%	16	23,6%
Dispensaire au centre de santé	$\frac{17}{36}$	47,2%	$\frac{14}{32}$	43,8%	31	45,6%
Réunion dans les centres d'animation sociale ou au sein du parti	$\frac{9}{36}$	20 %	$\frac{12}{32}$	37,5%	21	30,8%
Totaux	36	52,9%	32	47,1%	68	100%

Le niveau d'instruction permet au détenteur une appréhension du monde autrement que s'il était analphabète. En éducation sanitaire, les populations alphabètes sont plus réceptives au message si on les compare aux analphabètes.

Le tableau précédent nous le montre sauf pour le cas de l'indicateur (réunions).

En effet, nos interviewés se déclarent avoir bénéficié de l'éducation sanitaire en écoutant la radio, ou en lisant les brochures écrites, à raison de 27,2 % pour les alphabètes contre 18,7 % des analphabètes. D'autres évoquent les centres de santé avec un pourcentage de 47,2 % d'alphabètes contre 43,8 % d'analphabètes, au moment où 37,5 % d'analphabètes contre 25 % d'alphabètes soulignent les réunions du parti et les centres d'animation sociale, comme source d'éducation sanitaire dont ils ont bénéficié.

La lecture du tableau nous montre une différence, des écarts entre les pourcentages d'évocation des indicateurs selon que le répondant est alphabète ou non.

En effet, les alphabètes saisissent plus le message d'éducation sanitaire à travers les émissions radiodiffusées et les écrits, alors que les analphabètes en saisissent moins. Les pourcentages sont significatifs à ce sujet. Nous l'avons déjà dit, sauf pour quelques efforts déployés par le public "lettré", le message audio-visuel nous échappe presque tous. Dans ce sens, l'image devient par exemple un objet de discrédit. Un récent article réservé à l'image rejoint nos propos :

" L'intrusion de l'image dans le monde de l'expression et de la communication est souvent considérée comme une forme de dépérissement, une atteinte portée à la suprématie des langages nobles " (1).

Cette condamnation de l'image relève du public instruit, quant aux paysans analphabètes en général, ils n'en saisissent pas beaucoup. D'où le faible pourcentage de paysans analphabètes qui évoquent avoir eu l'éducation sanitaire par le biais des émissions et des écrits.

Un écart sensible se fait sentir entre le pourcentage de paysans alphabètes et celui des analphabètes qui soulignent avoir suivi l'éducation sanitaire aux centres de santé. En effet, 47,2 % des alphabètes contre 43,8 % pour les analphabètes.

Comme déjà dit, l'éducation sanitaire et la médecine curative triomphent mal sur la médecine traditionnelle. L'ignorant, s'en tient à ce qui est ancien notamment à la phytothérapie en matière médicale. Il s'en suit un désintéressement des analphabètes à la médecine préventive et éducationnelle en rapport avec les alphabètes. Les premiers voient en services de santé, des institutions à finalité curative surtout qu'un médicament palpable est sollicité tant en médecine moderne que traditionnelle par les analphabètes.

La formation dispensée dans les centres d'animation sociale rentre dans le cadre de l'éducation des adultes. La priorité est ici accordée aux adultes analphabètes pour leur doter des techniques de lecture et d'écriture mais aussi d'une formation aux métiers, aux techniques d'hygiène. Les alphabètes en savent déjà des notions qu'il n'est point besoin de continuer l'éducation sanitaire au sein de ces centres.

(1) Revue direct, n° 1, op. cit., p. 21.

Dans ce sens, des expériences sur le sur-apprentissage montrent que si l'on a maîtrisé une matière, le sur-apprentissage n'aboutit qu'à la consolidation mais non à l'augmentation du savoir.

Toutes ces considérations justifient le faible pourcentage d'alphabètes (25%) contre 37,5% d'analphabètes, qui suivent l'éducation sanitaire dans les centres d'animation sociale.

Tableau n° 10 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe et du niveau d'instruction.

Variables	Hommes		Femmes				Totaux			
	Alphabètes		Analph.		Alphab.		Analph.		Effectif	%
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%		
Radio et brochures écrits	$\frac{7}{16}$	43,7%	$\frac{4}{16}$	25%	$\frac{4}{20}$	20%	$\frac{2}{16}$	12,6%	17	25%
Dispensaire ou centre de santé	$\frac{6}{16}$	37,5%	$\frac{5}{16}$	31,3%	$\frac{11}{20}$	55%	$\frac{9}{16}$	56,2%	31	45,6%
Réunions dans les centres d'animation sociale et au sein du parti	$\frac{3}{16}$	18,8%	$\frac{7}{16}$	43,7%	$\frac{5}{20}$	25%	$\frac{5}{16}$	31,2%	20	29,4%
Totaux	16	23,5%	16	23,5%	20	29,5%	16	23,5%	68	100%

Plusieurs moyens d'information en matière d'éducation sanitaire sont utilisés. Nos interlocuteurs le soulignent à travers ce tableau et ce, en fonction de leur sexe et leur niveau d'instruction.

En effet, ils évoquent, les émissions radiodiffusées, les agents de santé et les animateurs sociaux.

Dans notre échantillon, les hommes alphabètes ont évoqué l'indicateur (radio et les écrits à 43,7% contre 25% des analphabètes. Chez les femmes alphabètes, l'indicateur précédent est évoqué à 20% contre 12,6% de femmes analphabètes qui soulignent le même indicateur.

La tendance générale est que la variable niveau d'instruction influence la saisie du message audiovisuel en éducation sanitaire.

Pour le public "illettré", l'audio-visuel en général, l'image en particulier est un objet de discrédit comme nous le dit J.J. Henriot :

" (L'audio-visuel) est une drogue d'un instant qui laisse les obstacles intacts, les difficultés non franchies, qui petit à petit crée l'accoutumance de l'abandon et brouille tout regard sur l'avenir "(1).

Compte tenu de ce discrédit, le faible pourcentage d'analphabètes qui saisissent l'éducation sanitaire à travers les mass-média s'explique.

Chez les hommes, le niveau d'instruction influence le recours aux centres de santé. L'écart entre pourcentages nous le montre : 37,5% d'hommes alphabètes contre 31,3% d'analphabètes qui bénéficient de l'éducation sanitaire dans ces centres. Le cas ne se présente pas chez les femmes : 55 % de femmes alphabètes contre 56,2 % déclarent avoir eu l'éducation sanitaire dans les centres de santé.

Qu'elles soient alphabètes ou analphabètes, les femmes consultent les médecins plus que les hommes, c'est ce que nous affirmait Y. Pélicier, parlant des dépenses de soins pour femmes à partir de 15 ans.

Ainsi pensons-nous justifier l'écart qui sépare, hommes et femmes, alphabètes ou non, tout en rapprochant ces dernières quant à l'évocation de l'indicateur centres de santé dans l'éducation sanitaire.

Les hommes alphabètes soulignent à 18,8% contre 43,7% d'analphabètes, les réunions dans les centres d'animation sociale comme source d'éducation sanitaire. Les femmes analphabètes l'évoquent à 31,2 % contre 25 % d'alphabètes.

La tendance générale est que les analphabètes bénéficient de l'éducation sanitaire dans ces centres.

En effet, les centres d'animation sociale présentent un intérêt particulier dans le domaine de l'éducation, dans ce sens qu'ils assurent aux personnes qui n'ont pas pu faire ou continuer des études, une formation essentiellement pratique, en les dotant des acquis importants pour pouvoir améliorer leur niveau de vie.

Nous en déduisons que ces centres s'adressent prioritairement aux analphabètes.

(1) J.J. HENRIOT, L'enfant, l'image et les media, éd. SNT, France 1982, p. 22

Voici les objectifs poursuivis par ces centres à l'égard des populations non scolarisées :

- . Les aider à prendre conscience de ses problèmes et de ses besoins sanitaires.
- . Aider la population à acquérir plus de connaissances qui le tireraient de son retard culturel, lequel est capable d'entraîner de graves conséquences sur le plan familial, social et économique.

Vu les objectifs de ces centres en matière d'éducation en général et d'éducation sanitaire en particulier, la fréquence élevée d'analphabètes y recevant l'éducation sanitaire est fondée.

Conclusion sur le chapitre.

La modification des comportements que nécessite l'éducation pour la santé est conditionnée à la fois par des réalités socio-culturelles que psychologiques des bénéficiaires. Ces réalités nécessitent pour leur changement participation des agents de santé, de la radio, des organismes et agents apparentés à la santé pour la diffusion de l'information sanitaire.

Les considérations sur le chapitre précédent nous renseignent sur un état tel que les chargés de l'éducation sanitaire manquent un cadre de coordination des activités.

En effet, les moyens de communication de masse notamment la radio, les écrits, les animateurs sociaux interviennent en éducation sanitaire. Ce manque de coordination des activités a pour conséquence une dispersion des efforts et une attitude passive des collectivités vis-à-vis de l'information d'éducation pour la santé telle que nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CH.II. LE ROLE DE L'EDUCATION SANITAIRE DANS LE CHANGEMENT DES MODES TRADITIONNELS DE TRAITEMENT DES MALADES.

L'éducation sanitaire vise entre autres à faire adopter des habitudes de vie plus saine et à utiliser d'une façon judicieuse les services sanitaires disponibles. Dans ce chapitre, nous avons jugé nécessaire d'étudier comment elle y parvient et éventuellement déceler les obstacles à la réalisation de cet objectif.

Nos interviewés affirment recourir aux centres de santé, aux guérisseurs ou suivre les mesures d'hygiène en cas d'épidémie.

Tableau n° 11 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe des interviewés.

Indicateurs	Hommes		Femmes		Totaux
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Recours aux médecins modernes pour réclamer des soins curatifs	$\frac{14}{32}$	43,7%	$\frac{16}{36}$	44,5%	30 . 44,1%
Recours aux guérisseurs et à la médecine traditionnelle	$\frac{7}{32}$	21,8%	$\frac{8}{36}$	22,2%	15 22%
Usage et application des techniques d'hygiène pour la prévention	$\frac{11}{32}$	34,5%	$\frac{12}{36}$	33,3%	23 33,9%

Quand un malade se rend à l'hôpital, il s'attend à une personne capable de l'aider à guérir. L'univers de la psychologie est plus parlant à ce propos :

" La présence du médecin, par le sentiment de sécurité qu'elle apporte, apaise l'angoisse et de ce fait, atténue ou efface un certain nombre de symptômes qui sont une modalité de son expression " (1).

Le tableau précédent nous le montre.

43,7% d'hommes interviewés contre 44,5% de femmes recourent aux médecins pour réclamer des soins curatifs.

21,8% d'hommes contre 22,2% de femmes enquêtés sollicitent le secours des guérisseurs. Au moment où 34,5% d'hommes contre 33,3% de femmes préfèrent prévenir que guérir, éloigner le mal avant son éclatement par l'hygiène.

(1) Y. Pélicier, J. HAMBURGER, op. cit., p. 238.

La tendance générale est que les services de soins curatifs sont sollicités tant en médecine moderne qu'en médecine traditionnelle. Hommes et femmes recourent aux médecins, aux guérisseurs, mais à des fréquences inégales. Comme le souligne A. DESTEXHE :

" Pour le meilleur des cas, c'est une tentative de traiter par des médicaments ce qui, en réalité est dû aux conditions sociales, tels que les conséquences de la malnutrition, le manque d'eau potable, les conditions de logement " (1).

Les femmes sollicitent plus les médecins et les guérisseurs que les hommes. Les pourcentages enregistrés dans le tableau le signifient mieux. Comme déjà dit, les femmes recourent aux médecins, se font soigner déjà à partir d'une quinzaine d'années.

Par ailleurs, notre population enquêtée fréquente les guérisseurs, malgré les conseils prodigués par les éducateurs sanitaires. Les relations soignants-soignés, la rareté des services sanitaires en milieu rural Burundais, font que les paysans recourent aux guérisseurs des environs. Nos enquêtés soulignent aussi bien que L. SCHWARTZENBERG et P. VIANSON-PONTE; ce qui suit :

" La plupart d'entre eux (les médecins) on l'a dit font ce qu'ils peuvent et le font bien. Cependant, les défauts, les refus, le mépris que nous leur reprochons sont trop répandus, trop courants dans le corps médical et trop aisément admis par le public et en particulier dans les couches défavorisées, pour être tenus pour négligeables. Ce sont ces attitudes et ces pratiques qui expliquent lumineusement le succès des guérisseurs, charlatans, sorciers qui pillulent littéralement au siècle de la science et font ravages " (2).

Bien plus ; la population rurale a investi une confiance en la médecine traditionnelle qu'elle a du mal à s'en défaire. C'est ce que nous dit : M. BOUTELLIER, parlant de la réussite de l'action médico-magique :

(1) Alain DESTEXHE, op. cit., p. 168.

(2) L. SCHWARTZENBERG et P. VIANSON-PONTE, changer la mort, Paris, Albin-Michel, 1977, p. 180.

" La réussite de l'action médico-magique est donc escomptée et préparée, pour autant que des facteurs psychiques soient susceptibles d'intervenir, par l'adhésion fervente aux jugements de valeur, portés par le groupe, sur le guérisseur " (1).

Cette réussite de la médecine traditionnelle est inégalement favorisée par nos enquêtés. Les interviewés de sexe féminin implorent le secours des guérisseurs plus que les hommes. Nous pensons que les mentalités des hommes et des femmes n'évoluent pas de la même façon. En nous fondant par exemple sur l'opinion populaire qui croit que, les "interdits", les "Abaganza", frappent plus les femmes que les hommes, nous justifions le pourcentage élevé de femmes qui recourent aux guérisseurs.

Le tableau nous montre 34,5% contre 33,3%, respectivement d'hommes et de femmes interviewés qui recourent à la prévention, à l'hygiène en cas d'épidémie. En effet, comme le signifient les propos suivants :

" Devant la gravité de la malnutrition tant en ce qui concerne la mortalité que les séquelles à longue échéance, vu également les grandes difficultés que rencontre le traitement curatif de malnutrition avérée, il est primordial de nous tourner vers la prévention. Il ne s'agit en effet, pas seulement de diminuer la mortalité infantile, mais surtout de promouvoir la santé et les potentialités des enfants qui vivent " (2).

De la citation, nous retenons que la prévention connaît une promotion même à l'époque de l'empire du médicament. D'où, les pourcentages élevés de paysans de la commune Rutana qui y font recours. Nous venions de le dire, les mentalités des femmes et des hommes connaissent un décalage d'évolution. Les femmes réclament des soins curatifs tant en médecine ^{moderne} qu'en médecine traditionnelle. Le tableau est plus parlant à ce sujet. Il s'ensuit que la prévention démunie du médicament "palpable" trouve moins d'écho chez la femme. D'où, le bas pourcentage de femmes qui sollicitent la prévention, si on les compare aux hommes.

(1) M. BOUTELLIER, Chamanisme et guérison magique, Paris, PUF, 1950, p. 307.

(2) Rotsart de MERTAIN et J. COURTEJOIE, Nutrition, Kangu-Mayombe, Rép. du Zaïre, Ed. d'Etudes et de recherche pour la promotion de la santé, 1975, p. 77.

Tableau n° 12 : Répartition des indicateurs selon le niveau d'instruction des enquêtés.

-Ni variable: Indicateurs	Alphabètes		Analphabètes		Totaux	
	Effectifs		Effectifs		Effectifs	
Recours aux médecins modernes pour réclamer des soins curatifs	$\frac{13}{36}$	36,1%	18	40,6%	28	38,9%
Recours aux guérisseurs et à la médecine traditionnelle	$\frac{8}{16}$	22,2%	11	34,4%	19	27,9%
Usage et application des techniques d'hygiène pour la prévention	$\frac{15}{36}$	41,7%	8	25%	23	31,9%
Totaux	36	52,9%	31	47,1%	68	100%

Ce tableau contient des écarts entre les pourcentages d'évocation des indicateurs. La tendance générale est que, les analphabètes font appel aux médecins modernes et aux guérisseurs pour solliciter un médicament "palpable".

En effet, chez les analphabètes 40,6% recourent au médecin contre 36,1% d'alphabètes. Là aussi, ils réclament des soins curatifs. 34,4% chez les analphabètes sollicitent le guérisseur contre 8 % d'alphabètes, au moment où 41,7 % d'alphabètes utilisent les techniques d'hygiène et prévention contre 25 % chez les analphabètes.

En nous appuyant sur les essais philosophiques de K. JASPERS, nous lisons ce qui suit :

" Les moyens de traitement ne dépendant plus de la richesse et de la libre décision de l'individu, l'activité médicale est organisée sur le modèle des entreprises. Les cliniques, les assurances, maladies et les laboratoires d'analyse font écran entre le médecin et le malade " (1).

(1) Karl JASPERS, Essais philosophiques, Paris, Payot, 1970, p. 160.

De la citation, nous retenons que les soins curatifs, les pharmacies se multiplient davantage. Aux simples maux de tête, un médecin est sollicité pour prescrire des comprimés. D'où les pourcentages considérables tant d'alphabètes que d'analphabètes qui soulignent l'invocation du médecin moderne :

En ce qui concerne notre population d'enquête, un malade associe les deux formes de médecines (moderne et traditionnelle). La rareté des services de santé, le discrédit à l'égard de ceux qui sont disponibles font triompher la médecine traditionnelle. Au sujet du discrédit face au personnel soignant, nos interviewés soulignent avec M. BALINT :

" Le médecin n'est pas automatiquement disponible lorsqu'il est désiré, affirme M. BALINT, il n'aime pas être appelé pendant la nuit ou le dimanche(...) (1).

Les propos précédents nous renseignent sur ce qu'un guérisseur des environs sera sollicité, étant donné son entière disponibilité à la population paysanne. Ce n'est pas tout, l'hôpital ne manque pas de reproches comme le signifie le passage suivant :

" Il y aurait beaucoup à dire sur l'hôpital, usine de santé. Ils (les malades) n'osent pas interroger, se plaindre ou réclamer et acceptent d'être souvent traités comme des enfants, comme des objets" (2).

Toutes ces accusations à l'égard du personnel soignant justifient en même temps que la confiance investie en la médecine traditionnelle, les 34,4% d'analphabètes enquêtés qui utilisent la médecine traditionnelle.

Par ailleurs, lorsque vous enseignez quelque chose à un adulte analphabète, il s'attend toujours à sa mise en pratique. A. Léon nous le signifie lorsqu'il compare l'adulte et le jeune devant un apprentissage :

" Un adulte, quand on va lui enseigner une chose théorique, il pense tout de suite que cette théorie, il faudra la mettre rapidement en pratique, un jeune apprend la théorie; il la connaît par coeur, il ne se pose pas de question de pratique " (3).

(1) Michael BALINT, Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 1973, p. 265.

(2) L. SCHWARTZENBERG et P. VIANSON-PONTE, op. cit., p. 167.

(3) Antoine Léon, Psychopédagogie des adultes, Paris, PUF, 1980, p. 80.

Ainsi pensons-nous que la théorie développée par les éducateurs sanitaires au sujet de l'utilisation des services de santé disponibles suscitent auprès de notre population analphabète une réclamation de soins curatifs, plutôt que de recourir à l'hygiène et à la prévention en cas d'épidémie. Les pourcentages enregistrés nous le prouvent : 41,7% de paysans alphabètes suivent les mesures d'hygiène, contre 25% d'analphabètes. Ces derniers réclament plus les soins curatifs que l'éducation sanitaire.

Tableau n° 13 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe et du niveau d'instruction des enquêtés.

Variables Sexe Ni	Hommes				Femmes				Totaux	
	Alphabètes		Analph.		Alphabètes		Analph.			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Recours aux médecins modernes pour réclamer des soins curatifs	$\frac{5}{16}$	31,2%	$\frac{7}{16}$	43,8%	$\frac{6}{20}$	30%	$\frac{5}{16}$	31,2%	23	33,9%
Recours aux guérisseurs et à la médecine traditionnelle	$\frac{4}{16}$	25%	$\frac{5}{16}$	31,2%	$\frac{5}{20}$	25%	$\frac{7}{16}$	43,8%	21	30,9%
Usage et application des techniques d'hygiène pour la prévention.	$\frac{7}{16}$	43,8%	$\frac{4}{16}$	25%	$\frac{9}{20}$	45%	$\frac{4}{16}$	25%	24	35,2%
Totaux	16	23,5%	16	28,5%	20	29,5%	16	23,5%	68	100%

En lisant ce tableau, nous dégagons certaines constatations. Le fait que l'éducation sanitaire permet aux bénéficiaires de recourir aux médecins en cas d'épidémie est évoqué par 31,2% d'hommes alphabètes contre 43,8% des analphabètes.

Les femmes alphabètes l'évoquent 30 % contre 31,2 % d'analphabètes. 25 % d'hommes alphabètes contre 31,2 % d'analphabètes soulignent recourir aux guérisseurs au moment où les femmes (43,8%) d'analphabètes contre 25% d'alphabètes recourent à la médecine traditionnelle en cas d'épidémie.

Les alphabètes masculins et féminins répondent favorablement aux conseils d'éducation pour la santé, 43,8% d'hommes alphabètes contre 25% d'analphabètes et 45% de femmes alphabètes contre 25% d'analphabètes.

En général dans les pays du tiers-monde et en particulier au Burundi, la consommation des médicaments tant en médecine moderne qu'en médecine traditionnelle se répand sur toutes les populations qu'elles soient alphabètes ou non. Comme nous l'avons déjà dit, il faut dans la logique paysanne un médicament palpable, de préférence une piqûre. Alain DESTEXHE le stigmatise en ces termes :

" La demande des consommateurs pour des médicaments non rationnels et superflus reflète souvent la croyance que tout symptôme ou toute maladie peut être "guéri" par des médicaments.

Le profane, dans le Tiers-Monde comme dans les pays occidentaux se procure souvent des produits dans l'espoir de guérir l'inguérissable. Le profane consomme aussi pour supprimer n'importe quel symptôme parfaitement supportable et il y parvient souvent par l'effet placebo plutôt que par l'effet pharmacologique des médicaments " (1).

Dans la logique de ces propos, nous ne pouvons pas douter des pourcentages de paysans de la commune Rutana qui réclament des soins curatifs en cas d'éclatement d'épidémies.

Toutefois, l'information reçue en éducation sanitaire, permet à certains parents une ouverture d'esprit sur la réalité, d'où sont conscients des conséquences fâcheuses d'un régime alimentaire déséquilibré ou d'une mauvaise hygiène. D'où le pourcentage élevé de paysans surtout instruits qui respectent les techniques d'hygiène. A ce sujet nous lisons à travers la Revue ESNACH ce qui suit :

" En vérité, le centre nutritionnel nous a beaucoup aidé. Autrefois, quand un enfant commençait à souffrir du Kwashiorkor, quand ses cheveux, ses sourcils blanchissaient, que ses joues, ses pieds, ses mains gonflaient, les guérisseurs indigènes disaient qu'il s'agissait d'un poison et ils nous disaient le nom de l'empoisonneur.

(1) Alain DESTEXHE, op. cit., p. 169.

Cela courait entre famille et voisins de grandes bagarres et malgré les médicaments donnés par le guérisseur, les enfants mourraient. Dieu soit loué, nous avons compris les conseils et nous les appliquons. Nous savons quelle préparation alimentaire va remettre sur pieds les enfants menacés de Kwashiorkor. Rien n'est plus intéressant que de voir les enfants guérir du Kwashiorkor par une alimentation provenant des cultures que nous produisons nous-mêmes " (1).

Nous tirons de la citation que l'éducation sanitaire triomphe de plus en plus sur la médecine curative que ce soit en médecine moderne que traditionnelle.

Les considérations sur ce chapitre nous amènent à tirer des conclusions qui nous permettent de prendre position dans notre travail.

Conclusion du chapitre

De par les indicateurs consignés dans les tableaux précédents, nous remarquons que l'éducation sanitaire atteint certains de ses objectifs, notamment l'utilisation des services de santé disponibles. Toutefois, la motivation de ces utilisateurs détermine le refus ou l'acceptation des conseils d'éducation pour la santé. Ce qui fait que ces conseils livrés sont tenus différemment en considération par nos enquêtés compte tenu de leurs caractéristiques. C'est pour dire qu'au sein de notre population d'enquête, les femmes plus que les hommes, les alphabètes plus que les analphabètes, changent facilement les modes traditionnels de traitement de maladies, suite aux conseils d'éducation sanitaire.

CH. III. CONTRIBUTION DE L'EDUCATION SANITAIRE DANS L'AMELIORATION DE L'HYGIENE

L'éducation sanitaire vise également l'amélioration du bien-être intégral de la société toute entière. Or, cette amélioration ne sera effective qu'avec la pratique de l'hygiène nutritionnelle, l'hygiène de l'environnement; l'hygiène de l'habitat surtout dans le monde rural.

(1) ESNACN, Centres d'éducation sanitaire et nutritionnelle d'Afrique centrale, 1981, p. 3.

Tableau n° 14 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe des interviewés.

Indicateurs	Hommes		Femmes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
L'éducation sanitaire nous permet de bien entretenir les enfants	$\frac{10}{32}$	21,2%	$\frac{15}{36}$	41,7%	25	36,8%
De pratiquer l'hygiène de l'environnement	$\frac{9}{32}$	28,1%	$\frac{13}{36}$	36,1%	22	32,3%
De construire des maisons durables	$\frac{13}{32}$	40,7%	$\frac{8}{36}$	22,2%	21	30,9%
Totaux	32	47,1%	36	52,9%	68	100%

En termes de chiffres, voici ce qui ressort de ce tableau. L'éducation sanitaire permet à notre population enquêtée de bien entretenir les enfants. Cet indicateur est évoqué par 41,7% de femmes interviewées contre 31,2% d'hommes.

Les hommes soulignent à 28,1% que l'éducation sanitaire entraîne la pratique de l'hygiène de l'environnement, au moment où les femmes évoquent cet indicateur à 36,1 %.

Chez les hommes, l'éducation sanitaire contribue dans l'amélioration du logement : 40,7 % d'hommes enquêtés nous le confirment alors que les femmes le reconnaissent à 22,2 % des interviewées.

En fonction du sexe, nous remarquons que les femmes par rapport aux hommes, accusent un pourcentage élevé sur les indicateurs (entretien des enfants et hygiène de l'environnement). Le troisième indicateur est exprimé à 40,7 % d'hommes contre 22,2 % de femmes. Nous remarquons que la différence est nette quant à la reconnaissance du rôle de l'éducation sanitaire dans la prévention de maladies et ce, en fonction des variables retenues.

Dans le domaine du bon entretien des enfants, nos interviewés insistent sur l'éducation nutritionnelle transmise par le biais de l'éducation sanitaire.

Cette différence s'expliquerait par la mentalité de certaines personnes selon laquelle, il appartient aux femmes de s'occuper des questions en rapport avec la nutrition des enfants et de toute la famille. Une de nos interviewées, nous paraît plus explicite à ce sujet :

"... Baratubwira kugaburira abana isoya, imboga, indemamubiri, ivyo birabungabunga amagara yabo".

Ce qui signifie : " ... On nous dit de nourrir les enfants avec du soja, une alimentation de protéine, ce qui permet d'entretenir leur santé " (1).

A ce sujet, J. BOWLBY s'est déclaré en disant :

" C'est la mère qui nourrit et lave l'enfant, qui lui donne chaleur et bien-être. Dans la détresse, c'est vers elle que l'enfant se tourne. Aux yeux du petit enfant, le père joue un rôle secondaire et son importance n'augmente que lorsque l'enfant devient moins sensible à la carence des soins maternels " (2).

Etant donné que les pères lèguent l'entretien des enfants aux mères, quoi de plus normal que ces dernières saluent une initiative les épaulant dans cette tâche qu'est l'éducation sanitaire. D'où le pourcentage élevé de femmes qui évoquent la contribution de l'éducation sanitaire dans l'entretien des enfants.

La salubrité de l'environnement a été évoquée par 36,1% d'hommes et 28,1% de femmes interviewés. Ces pourcentages considérables nous font constater que les paysans tiennent compte de l'hygiène pour mieux entretenir leur santé.

Actuellement, nombreux sont ceux qui se sont construits des latrines, creusés des trous à ordures. Bien plus, les interviewés nous indiquent qu'ils se sont construits de petites cuisines munies d'étagères pour sécher les ustensiles de cuisine après le nettoyage.

D'après ces considérations, hommes et femmes se partagent la responsabilité en matière d'hygiène de l'environnement.

(1) INANKUKI Jeanne, Femme alphabète.

(2) J. BOWLBY, Soins maternels et santé mentale, Genève, OMS, 1954, p. 14.

Mais, à part cette responsabilité partagée, le rôle des femmes est plus accentué dans la santé et l'hygiène familiales.

Dans la culture burundaise en effet, la division du travail selon le sexe est sans doute fondée sur la mentalité des populations, ainsi, aux femmes de préparer la nourriture, soigner les enfants, balayer les maisons. Aux hommes de construire la maison. Dans la logique de ces mentalités, il peut être outrageant à une femme de vaquer aux activités dévolues aux hommes et vice-versa. A titre d'exemple, "umugore nti yurira inzu", en français : une femme ne monte pas la maison.

Ceci expliquerait le faible taux de femmes enregistré à l'indicateur : amélioration du logement, construction de maisons durables.

Il ne fait actuellement nul doute que, tout progrès, dans le domaine social, ne peut pas se passer du logement des individus. D'où, l'éducation sanitaire y insiste. Nos interviewés le reconnaissent à 30,9% de notre échantillon.

Si les hommes ont mieux reconnu cette contribution par rapport aux femmes, c'est peut-être parce qu'ils sont censés construire les maisons, concernés par l'hébergement de toute la famille. Les femmes quant à elles sont concernées par ce qui touche à la propriété de la maison.

Tableau n° 15 : Répartition des indicateurs en fonction du niveau d'instruction.

variable : Ni Indicateurs	Alphabètes		Analphabètes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
L'éducation sanitaire nous permet de bien entretenir les enfants	$\frac{16}{36}$	44,5%	$\frac{13}{32}$	40,6%	29	42,6%
De pratiquer l'hygiène de l'environnement	$\frac{18}{36}$	33,3%	$\frac{8}{32}$	25%	20	29,5%
De construire des maisons durables	$\frac{8}{36}$	22,2%	$\frac{11}{32}$	34,4%	19	27,9%
Totaux	36	52,9%	32	47,1	68	100%

L'analyse du tableau ci-dessus montre que 44,5% de paysans alphabètes ont évoqué la part de l'éducation sanitaire dans l'entretien des enfants. Les analphabètes l'ont évoqué avec une proportion de 40,6%.

L'opinion selon laquelle l'éducation sanitaire contribue dans l'hygiène de l'environnement nous apparaît à 33,3% chez les paysans alphabètes et à 25% chez les analphabètes.

Quant au fait que l'éducation sanitaire permet la construction et l'amélioration du logement, il est mentionné par 22,2% d'alphabètes contre 34,4% d'analphabètes.

Dans l'ensemble, les alphabètes reconnaissent plus que les analphabètes, le rôle de l'éducation sanitaire dans le changement des moyens traditionnels de prévention. Sauf pour le cas de l'indicateur, amélioration des logements, qui est plus évoqué par les paysans analphabètes, les alphabètes se démarquent pour les autres.

Ces constatations rejoignent encore une fois, l'idée déjà émise que les paysans analphabètes attendent derrière tout enseignement, une mise en pratique. En effet, l'entretien des enfants, l'hygiène de l'environnement, font appel à des formules parfois insaisissables par le paysan analphabète.

La construction de maisons durables est directement applicable, surtout que le matériel est facilement trouvable. D'où, les paysans analphabètes imprégnés d'un pragmatisme, qui soulignent le troisième indicateur avec un pourcentage élevé par rapport aux alphabètes qui trouvent, fort probablement leur compte dans d'autres sources d'informations.

Tableau n° 16 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe et du niveau d'instruction des interviewés.

Variables: Sexe Ni	Hommes				Femmes				Totaux	
	Alphabètes		Analph.		Alphabètes		Analph.			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
L'éducation sanitaire nous permet de bien entretenir les enfants	7	43,7%	5	31,3%	9	45%	6	37,5%	27	39,7%
De pratiquer l'hygiène de l'environnement	6	37,5%	7	43,7%	7	35%	5	31,3%	25	36,7%
De construire des maisons durables	3	18,7%	4	25%	4	20%	5	31,3%	16	23,6%
Totaux	16	23,5%	16	23,5%	20	29,5%	16	23,5%	68	100%

De la lecture de ce tableau, nous dégagons quelques constatations. L'indicateur selon lequel l'éducation sanitaire permet le bon entretien des enfants apparaît à 43,7% chez les hommes alphabètes contre 31,3% chez les interviewés de même sexe, mais analphabètes. Au sujet du même indicateur, les femmes alphabètes s'expriment à 45% alors que les analphabètes l'évoquent à 31,3%. Concernant la contribution de l'éducation sanitaire dans l'hygiène de l'environnement, les hommes alphabètes s'expriment à 37,5% contre 49,7% chez les analphabètes. Les femmes analphabètes soulignent à 31,3% contre 35% d'alphabètes le rôle de cette éducation dans l'hygiène.

La construction de maisons durables est évoquée par 18,7% d'hommes alphabètes contre 25% chez les analphabètes. Les femmes alphabètes soulignent l'indicateur précédent à 20% au moment où les analphabètes l'évoquent à 31,3%.

Les résultats observés aux différents indicateurs selon leur évocation en fonction des variables retenues, nous poussent à une tentative d'explication.

Le problème que connaissent les paysans analphabètes est qu'ils ne connaissent pas de quoi servir à leurs enfants. Et d'ailleurs, la distinction des aliments selon leur valeur nutritive est le propre des paysans ayant un esprit ouvert sur le changement.

Par ailleurs, les analphabètes, quel que soit leur sexe, hésitent sur l'introduction d'un nouvel aliment dans leur régime quotidien. A ce propos, le Docteur DESJARDINS, se déclare :

" On pense que la bouillie donnée aussi tôt que quatre mois, risque de blesser l'estomac ou l'intestin du bébé ou de provoquer la diarrhée et on pense que les enfants ne devraient pas manger avant d'avoir quelques dents " (1).

Au Burundi en général à Rutana en particulier, les hommes éprouvent, surtout quand ce sont des analphabètes, un fort "sentiment de loyauté à leur régime alimentaire, et sont peinéés si on le critique ".

D'où, le faible pourcentage de paysans analphabètes qui s'expriment sur le premier indicateur principalement axé sur la nutrition des enfants.

Nous l'avons déjà dit, l'hygiène de l'environnement repose sur la construction des latrines, des trous à ordures. La construction de maisons quant à elle peut s'appliquer directement après son enseignement. Or comme déjà mentionné dans les pages précédentes, la pratique anime l'esprit paysan engagé dans une formation.

Ainsi, les hommes analphabètes évoquent plus la part de l'éducation sanitaire dans l'hygiène de l'environnement et l'amélioration de maisons d'habitation, que leurs homologues alphabètes.

Les femmes alphabètes sont plus sensibles aux techniques d'hygiène prodiguées par les éducateurs sanitaires si on les compare à leurs homologues analphabètes. Nous affirmons par exemple avec l'O.M.S. que :

" Les mères (instruites) apprécient que leur entourage s'intéresse à elles et à leur famille, mais elles peuvent avoir peur que les gens critiquent la manière dont elles s'occupent de leurs enfants, de leurs enclos " (2).

De la citation, nous retenons que la propreté au sein du ménage est assurée, selon que la mère a bénéficié d'un niveau d'instruction.

(1) Dr DEJARDINS (C1) et S., Aider la mère Africaine des régions rurales à bien soigner son enfant, Québec, centre d'étude et coopération internationale, 1980, p. 19.

(2) OMS, Guide pour la formation en nutrition des agents de santé, publication OFFSET, n° 59, p. 13.

Nous pensons justifier ainsi le pourcentage élevé de femmes alphabètes par rapport aux analphabètes qui retiennent de l'éducation sanitaire, les mécanismes d'hygiène.

Paradoxalement, les femmes analphabètes reconnaissent plus la contribution de l'éducation sanitaire dans la construction de maisons durables, que les alphabètes.

Nous revenons pour ce cas-ci à la pratique dont est imprégné l'esprit paysan qui apprend. Le seul message éducatif pouvant déboucher sur la pratique directe est dans la logique paysanne, la construction de maisons durables. D'où, même les femmes analphabètes le soulignent plus que leurs homologues alphabètes.

Conclusion sur le chapitre.

Que les hommes alphabètes ou non se prononcent plus sur tel ou tel autre indicateur que les femmes alphabètes ou analphabètes. Cela nous intéresse dans la vérification de la pertinence de nos variables. Mais, en général, nos interviewés, indépendamment de leur sexe ou niveau d'instruction, évoquent chacun un indicateur rentrant dans le changement des moyens de prévention traditionnels. Tous les indicateurs témoignent en faveur de l'usage de l'hygiène comme moyen actuel de prévenir la maladie.

Dans ce sens, nous pensons que l'éducation sanitaire chemine vers la prise des initiatives susceptibles d'élever le niveau de santé et l'amélioration de la salubrité en milieu rural de Rutana. D'autres initiatives sont prises par notre population, comme le chapitre suivant nous le montre.

CH.IV. L'INFLUENCE DE L'EDUCATION SANITAIRE SUR LES PRATIQUES SOCIALES.

Dans le précédent chapitre, nous avons eu à souligner que l'évolution des gens exige le renoncement à certaines pratiques contre-hygiène. Pour celui-ci, nous sommes convaincu du rôle que joue l'éducation sanitaire dans la modification des pratiques sociales et, par conséquent, nous avons invité nos interlocuteurs à nous dire quelles habitudes sont supprimées après les séances d'éducation sanitaire.

Voici sous forme de tableaux, la répartition des indicateurs se rapportant à ce sujet compte tenu des différentes variables.

Tableau n° 17 : Habitudes abandonnées par nos interlocuteurs selon leur sexe.

- Sexe variable: Indicateurs	Hommes		Femmes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Suppression des interdits alimentaires	$\frac{9}{32}$	28,1%	14	38,9%	23	33,8%
Des naissances rapprochées	$\frac{13}{32}$	40,6%	13	36,1%	26	38,2%
Le traitement par les guérisseurs et médecine traditionnelle	$\frac{10}{32}$	31,3%	9	25%	19	28%
Totaux	32	47,1%	36	52,9%	68	100%

Au sein du présent tableau, nous remarquons que trois indicateurs ont été soulignés par nos informateurs. En effet, 38,9% de femmes contre 28,1% disent que l'éducation sanitaire permet la suppression des interdits alimentaires. D'autres interviewés nous ont indiqué qu'avec l'éducation sanitaire, ils saisissent l'intérêt des naissances espacées et les réduisent en conséquence.

Dans le domaine médical, 31,3% des nos hommes interviewés contre 25% de femmes soulignent l'évitement de la médecine traditionnelle à la suite des conseils livrés par les éducateurs sanitaires.

D'une façon générale, les pourcentages enregistrés montrent que l'influence de l'éducation sanitaire sur les pratiques sociales est une réalité. Mais nos informateurs l'ont reconnue avec des pourcentages différents selon le sexe. Ainsi les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à reconnaître cette influence dans la diminution des interdits alimentaires. Les hommes quant à eux, sont nombreux quant à l'évocation de l'espacement des naissances suite à l'éducation sanitaire, aussi bien que dans l'évitement du traitement traditionnel des maladies. Nous sommes amené à nous demander le pourquoi de ces écarts.

Nous avons mentionné dans les pages précédentes qu'à la femme incombe la préparation de la nourriture, la nutrition de l'enfant, voire de toute la famille. Nos enquêtées nous affirment avec Rotsart de Hertaing et J. COURTEJOIE que :

" L'alimentation d'une femme enceinte, doit être abondante et riche en protéines, vitamines et minéraux. La nutrition est d'une très grande importance pour la femme encainte, car elle conditionne la réussite de la grossesse et de ses suites " (1).

De ces convictions, nous retenons que les femmes doivent équilibrer leur ration, surtout lorsqu'elles sont enceintes. Nous n'ignorons cependant pas qu'en général les interdits et en particulier, les interdits alimentaires ont toujours plus frappé la femme burundaise que le mari raison pour laquelle la femme burundaise et spécialement celle de Rutana, salue l'initiative lui allégeant ce fardeau que constituent les interdits alimentaires.

Par ailleurs, l'écart entre le pourcentage d'hommes et celui de femmes au sujet de l'indicateur "espacement des naissances" s'explique par la conception de l'enfant dans la pensée traditionnelle africaine. P. ERNY nous dit à ce propos :

" Une femme africaine ne s'accomplit vraiment qu'en devenant une mère. Alors, seulement la stabilité de l'union est assurée et le respect des autres lui vient avec la maternité. Amour, considérations, prestige croissent avec leur nombre ... la stérilité touche donc la femme dans sa plus grande fierté.

(1) Rotsart de Hertaing et J. COURTEJOIE, Maternité et santé, Kangu-Mayumbe (Rép. du Zaïre), Ed. du Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé, 1977, p. 71.

Elle contribue presque toujours un cas de divorce quelles que puissent être les qualités d'épouse. Une femme stérile sera jalouse du bonheur des autres et sera bientôt perçue comme un être malfaisant. Sur le plan affectif, avoir des enfants est pour la femme une question de sécurité. Elle ne peut être acceptée socialement qu'en tant que mère"(1).

Il s'entend aisément que nos paysannes veulent enfanter autant que faire se peut pour gagner le ménage, comme l'explique le passage suivant :

" La femme, n'a que des droits restreints dans la maison de son père ou de ses frères et encore moins dans celle de son mari. Par contre, chez ses fils, elle commandera jusqu'à l'abus; quant à la vieille femme sans fils, elle peut se voir réduite à la mendicité. C'est ce qui explique le maintien, encore aujourd'hui, d'une fécondité élevée chez les femmes paysannes "(2).

D'où, cette image sécurisante de l'enfant à l'égard de la femme au sein du ménage, fait que la limitation, l'espacement des naissances prêchés par l'éducation sanitaire, ne soient pas bien accueillis par nos interviewés.

Nous l'avons déjà dit, les mentalités des hommes et des femmes n'évoluent pas de la même façon. Bien plus la catégorie des enfants qui sont sans les soins maternels est souvent atteinte de maladies que la médecine moderne n'arrive pas à identifier. Les mères sont dans ce cas obligées de recourir au traitement traditionnel. Voici ce qu'en dit CIZA Consolata, une de nos interviewées :

" Twebwe abavyeyi, igituma dutangura kuja mu Kirundi, ni zirya ngwara z'abana umengo barazisangiye. Kenshi usanga abana barwaye ingwara ziyoberanye. Mukirundi rero hakaba aribo bamenya ivyo ari vyo. Nahu mu kizungu bavura nti woheza ngo uce wirukirayo "(3).

Ce qui signifie :

" Nous, les mères, ce qui nous pousse à commencer par la médecine traditionnelle, ce sont ces maladies qui, semble-t-il sont propres aux enfants. Le plus souvent, les enfants sont atteints par des maladies qui ne sont pas identifiables. C'est alors en médecine traditionnelle qu'on sait de quoi il s'agit. Même si en médecine moderne on soigne, tu ne peux pas y recourir directement ".

(1) P. ERNY, L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique, Paris, le livre africain, 168, p. 81.

(2) P. Michel, La sociologie de la famille, Paris la Haye, 1970, p. 167.

(3) CIZA Consolata. Femme enlèvements.

Le contenu de ce témoignage, nous montre que le recours aux guérisseurs est dû en premier lieu à la nature de la maladie et surtout aux maladies qui ne sont pas identifiables et qui affectent souvent les enfants. Ainsi, nous pensons justifier le bas pourcentage de femmes qui évitent le traitement traditionnel à la suite de l'éducation sanitaire.

Tableau n° 18 : Répartition des indicateurs en fonction du niveau d'instruction.

variable : Ni Indicateurs	Alphabètes		Analphabètes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Suppression des interdits alimentaires	$\frac{10}{36}$	27,8%	18	40,7%	23	33,9%
Des naissances rapprochées	16	44,4%	11	34,3%	27	39,7%
Le traitement par les guérisseurs et la médecine traditionnelle	$\frac{10}{36}$	27,8%	8	25%	18	26,4%
Totaux	36	52,9%	32	47,1%	68	100%

De ce tableau, il se dégage que selon que nos interviewés sont instruits ou non, l'éducation sanitaire suscite en eux, l'abandon des interdits alimentaires, les naissances rapprochées ainsi que le traitement à la médecine traditionnelle par les guérisseurs. Par ordre de succession des indicateurs évoqués, le premier est souligné par 40,7% d'analphabètes contre 27,8% d'alphabètes. Le second est exprimé à 44,4% d'alphabètes contre 34,3% d'analphabètes. Quant à ceux qui disent que l'éducation sanitaire leur permet d'éviter le recours au guérisseur et le traitement traditionnel des maladies, ils sont à 27,8% d'alphabètes contre 25% d'analphabètes.

En général, sauf pour l'indicateur, suppression des interdits alimentaires, les alphabètes dépassent en pourcentages d'évocation des deux derniers. Nous ne prétendons pas expliquer pourquoi cette exception, mais nous pensons que les paysans instruits dépassent tout interdit alimentaire pour varier leur ration selon l'apport nutritif des aliments. D'où n'évoque cet indicateur que celui qui en sentait le poids, qui en était victime.

Le bienfait lié au planning familial est inégalement ressenti par les paysans instruits et les non-instruits. Pour les paysans analphabètes burundais, l'enfant constitue un cadeau de Dieu dont on ne pourrait empêcher la venue au monde. Bien plus, il contribue dans l'économie familiale. De ces considérations ressort qu'une famille à peu d'enfants est vouée à la malédiction. Nos interviewés se sont basés sur les mots de la bible pour me dévoiler ce qui suit à ce sujet :

" Ikibondo ni ingabirano y'imana " ce qui signifie en français " L'enfant, c'est un cadeau de Dieu ". Et d'ailleurs continuent-ils, ce passage de la bible nous paraît explicite.

" Dieu créa l'homme à son image, il créa à son image homme et femme et leur dit : soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre et soumettez-là " (1).

Dans la logique de ces idées, nous pensons justifier le faible pourcentage de paysans analphabètes qui se montrent bienveillants à l'espacement des naissances tel que prêché en éducation sanitaire. Qu'en est-il au sujet de l'évitement des guérisseurs ?

Ce qui est flagrant au sujet du troisième indicateur, c'est que les analphabètes manifestent un penchant pour la médecine indigène. Voici ce qu'en dit Bourgeois parlant de la magie et de la religion chez les paysans rwandais et burundais :

" La personne qui se croira envoûtée par l'exécration et l'enterrement du crapaud devra porter sur elle un crapaud vivant dans une boîte de corne. Pour l'envoûtement par le coeur percé, il faudra faire manger à la personne malade un coeur d'agneau assaisonné avec la sauge et de la verveine " (2).

Il se dégage de cette citation, une peur d'envoûtement et d'ensorcellement qui pousse le paysan analphabète à se fier aux objets qu'il porte ou utilise pour se protéger.

Par contre, l'homme instruit reste convaincu que la maladie n'est qu'un phénomène anatomophysiologique pouvant être traité par les médecins. Ce qui fait que notre population alphabète évite le traitement traditionnel si on les compare aux analphabètes.

(1) Barendayabo Domitile, Femme, analphabète.

(2) Bourgeois, Banyarwanda et Barundi, Religion et magie, Tome 3, Académie royale des sciences, Colon, 1954, p. 140.

Tableau n° 19 : Répartition des indicateurs en fonction du sexe et du niveau d'instruction des interviewés.

- sexe - Ni variables: Indicateurs	Hommes				Femmes				Totaux	
	Alphabètes		Analph.		Alphabètes		Analph.			
	Eff.		Eff.		Eff.		Eff.		Eff.	
Suppression des interdits alimentaires	$\frac{8}{16}$	18,8%	$\frac{7}{16}$	43,7%	$\frac{8}{20}$	40 %	$\frac{8}{16}$	50%	26	38,2%
Les naissances rapprochées	$\frac{7}{16}$	43,7%	$\frac{5}{16}$	31,3%	$\frac{5}{20}$	25%	$\frac{3}{16}$	18,8%	20	29,5%
Le traitement à la médecine traditionnelle par les guérisseurs	$\frac{6}{16}$	37,5%	$\frac{4}{16}$	25%	$\frac{7}{20}$	35%	$\frac{5}{16}$	31,2%	22	32,3%
Totaux	16	23,5%	16	23,5%	20	29,5%	16	23,5%	68	100%

En tenant compte de toutes les variables, l'indicateur selon lequel l'éducation sanitaire permet la suppression des interdits alimentaires est évoqué par 43,7% d'hommes analphabètes.

Le même indicateur est évoqué par 18,6% d'interviewés alphabètes de sexe masculin. Dans la catégorie des enquêtés de sexe féminin, 50% d'analphabètes soulignent l'indicateur précédent contre 40% d'alphabètes.

En nous intéressant au deuxième indicateur, à savoir que l'éducation sanitaire permet aux paysans, l'espacement des naissances, nous remarquons que parmi les sujets de sexe masculin, 43,7% d'alphabètes contre 31,8% d'analphabètes, évoquent cet indicateur. Les sujets de sexe féminin le soulignent à 25% d'alphabètes contre 18,8% d'analphabètes.

Que pouvons-nous dire à l'endroit du troisième indicateur ? Dans la catégorie des interviewés de sexe masculin, les alphabètes l'ont exprimé à 37,5% contre 25% d'analphabètes alors que chez les sujets féminins, il a été exprimé à 35% d'alphabètes contre 31,2% d'analphabètes.

Etant entendu que l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans, ne peut être saisie à travers son influence sur les pratiques sociales, nous remarquons ainsi qu'il a été reconnu dans des proportions différentes selon les caractéristiques des interviewés.

Conclusion du chapitre

Au terme du présent chapitre, nous pouvons dire que l'éducation sanitaire est un moyen aidant à modifier les attitudes ou des pratiques auxquelles la population est attachée.

Si dans le chapitre sur l'éducation pour le développement et le changement des mentalités, nous disions que la population doit vivre des transformations sociales et mentales pour participer au processus de développement socio-économique, cela ne signifie pas qu'il faut la bousculer. L'efficacité de l'éducation sanitaire contre les mentalités, les valeurs ou les pratiques sociales profondément enracinées se saisit avec le temps.

" Un phénomène social ne s'enraye pas par décret ".

En effet, chez certains Burundais d'hier et d'aujourd'hui, la recherche d'un grand nombre d'enfants, la confiance investie en la sorcellerie, restent des valeurs "valorisées". Mais, une analyse du contenu des indicateurs avancés par nos interviewés au sujet de l'influence de l'éducation sanitaire sur les pratiques sociales nous montre que certaines pratiques perdent de plus en plus la place. C'est le cas de la suppression des interdits alimentaires qui est avouée par nos interlocuteurs indépendamment de leur sexe et leur niveau d'instruction.

CH.V. L'ORIENTATION DE L'EDUCATION SANITAIRE SOUHAITEE PAR NOS INTERVIEWES.

Un lecteur non avisé pourrait se demander pourquoi nous insérons ce chapitre au sein de notre recherche. Arrêtons-nous rien que sur les propos de l'UNESCO au sujet de la planification de l'éducation non-formelle pour en saisir le pourquoi :

" C'est leur flexibilité qui permet aux programmes les plus effectifs d'éducation non-formelle d'exister et de survivre " (1).

En nous fondant sur ces idées, nous saisissons qu'un programme doit être adapté sinon il est voué à l'échec. Nous l'avions déjà signalé dans nos propos introductifs qu'un programme doit répondre aux besoins des populations cibles.

En effet, l'éducation sanitaire a débuté par la distribution des vivres importés. Ceci, dans le souci de pallier à l'apport alimentaire insuffisant qui menaçait la population.

Le lait en poudre, l'huile de coton, le blé bourgur ont été distribués à cette fin.

Aujourd'hui que la source a tari, les paysans de Rutana en restent nostalgiques.

Dans le chapitre sur l'infrastructure sanitaire à Rutana comparée à celle de Bujumbura et Gitega, nous nous sommes rendu compte de son insuffisance en milieu rural en général, à Rutana en particulier.

Nos interviewés ne manquent pas de revendications allant dans ce sens. Bien plus, une éducation sanitaire intégrant le curatif et le promotionnel est sollicitée par notre population d'enquête. Voici en gros, le souhait des masses, comme il va se traduire dans les tableaux réservés à la présentation des données selon les variables retenues.

Tableau n° 20 : Principales revendications selon le sexe des enquêtés.

Indicateurs	Hommes		Femmes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Offre de nourritures bénévoles (lait, blé)	8	25%	14	38,9%	22	32,3%
Infrastructure sanitaire et un personnel suffisant . Médicaments sinon associer la médecine traditionnelle et la moderne	13	40,7%	16	44,4%	29	42,7%
Education sanitaire intégrée . Educateurs compétents ! Association image, texte et pratique	11	34,3%	6	16,6%	17	25%
Totaux	32	47,1%	36	52,9%	68	100%

Ce tableau nous montre que plus de femmes (32,9%) que d'hommes (25%) attendent de l'éducation sanitaire l'offre de nourritures bénévoles. Mêmement, plus de femmes (44,4%) que d'hommes (40,7%) souhaitent beaucoup d'infrastructures sanitaires, voire associer la médecine traditionnelle avec la moderne.

Inversément, plus d'hommes (34,3%) que de femmes (16,6%) désirent recevoir une éducation sanitaire intégrée avec des éducateurs compétents, associant l'image, le texte et la pratique.

Comme nous l'avons déjà dit, la nutrition des enfants et de toute la famille incombe à la femme. Lorsque les vivres viennent à manquer, elle doit les chercher à tout prix. Les hommes interviewés reconnaissent qu'il ne leur manque pas de nourriture, mais que leurs épouses ne savent pas les préparer, en témoignent les propos suivants :

" Hano iwacu nta vyokurya bibuze, turarima isoya, amahonda, ibigori, ibiyoba, ibiharage, tukabirya uko nyene, ibindi tukabishora. Ingwara z'abana ziva kuko aba inarugo batazi kubivanga mukutugaburira " (1).

Ce qui signifie :

Nous cultivons ici chez-nous du soja, du sorgho, du maïs, des arachides, du haricot, ce qui fait qu'on ne manque pas de quoi manger. Mais nous en consommons sans la moindre modification, le reste nous en vendons. Les maladies infantiles (carencielles) proviennent du fait que nos épouses ne savent pas varier la ration.

Dans la logique de ce qui précède, nous constatons l'ignorance de notre population de sexe féminin en matière des besoins nutritifs. Bien plus les ressources locales, mêmes riches au niveau nutritif ne sont pas exploitées.

Ce qui pensons-nous, incite plus les femmes que les hommes à revendiquer des vivres importés comme la bouillie, le lait en poudre...

Nos interviewés réclament des infrastructures sanitaires, des médecins et médicaments dans leurs attentes à l'égard de l'éducation sanitaire.

(1) Juvénal Burije, homme, alphabète.

En général, le milieu rural burundais concentre moins d'infrastructures sanitaires, c'est ce que les docteurs J. CLOUZET et M. HORWITZ déclarent sur la campagne :

" Il fallait aussi répartir les tâches sanitaires vers les régions où la demande était importante. A la campagne, les structures de santé étaient pratiquement inexistantes. Des guérisseurs plus ou moins sorciers, plus ou moins charlatans donnaient de bonnes paroles mais surtout de mauvais conseils à celui qui avait mal à la tête ou au ventre " (1).

La citation précédente nous renvoie à une réclamation d'infrastructures sanitaires des gens de la campagne, indépendamment de leur sexe.

Par ailleurs, nos interviewés réclament des médicaments sinon, associer la médecine moderne avec celle de nos ancêtres.

Nous pensons qu'ils reconnaissent respectivement les limites des deux formes de médecines. Nous pensons aussi avec L.P. AUJOUAT que :

" L'efficacité de cette pharmacopée locale est suffisante en tout cas pour que les indigènes lui gardent leur confiance " (2).

D'où une synthèse est indispensable pourvue que le dosage soit assuré en médecine traditionnelle.

Si l'on analyse les résultats obtenus au sujet du deuxième indicateur, nous remarquons que les femmes sont nombreuses à parler de ce projet. Nous l'avons déjà dit, les femmes se font plus soigner que les hommes surtout à partir d'une quinzaine d'années. Elles y sont contraintes par des problèmes gynécologiques, de fécondité.

Par ailleurs, au Burundi en général et spécialement à Rutana, les guérisseurs comptent beaucoup sur les femmes pour gagner des fonds. Nous sommes porté à croire que les femmes détiennent plus que les hommes beaucoup de secrets dans le domaine de la médecine traditionnelle, ce qui pourrait les inciter à "osciller" entre la médecine traditionnelle et la moderne.

En poursuivant l'analyse du tableau, nous nous rendons compte que plus d'hommes (34,3%) que des femmes (16,6%), souhaitent bénéficier d'une éducation sanitaire intégrée.

(1) Dr J. CLOUZET et M. HORWITZ, Comment se soignent les chinois aujourd'hui, Robert Laffont, 1980, p. 68.

(2) L.P. AUJOUAT, Santé et développement en Afrique, Paris, Armand Colin, 1980, p. 80.

En effet, les hommes disposent, plus que les femmes ont du temps à consacrer aux activités extra-familiales. Ils en ont pour la lecture des brochures, sont disponibles aux émissions de santé radiodiffusées, aux réunions surtout au sein du parti. D'où, le pourcentage élevé d'hommes qui voudraient que l'éducation sanitaire soit intensifiée, parce qu'ils en bénéficient.

Tableau n° 21 : Répartition des revendications selon le niveau d'instruction des enquêtés.

-Ni variable; Indicateurs	Alphabètes		Analphabètes		Totaux	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Offre de nourriture bénévolement (lait, blé)	10	27,8%	13	40,7%	23	33,9%
Infrastructures sanitaires avec un personnel suffisant . Médicaments sinon associer la médecine tradition- nelle et la moderne	11	30,6%	10	31,2%	21	30,9%
Education sanitaire intégrée; Educateurs compé- tents . Association image, texte et pratique	15	41,6%	9	28,1%	24	35,2%
Totaux	36	52,9%		47,1%	68	100%

D'après ce tableau, trois indicateurs ont été évoqués. Nous constatons que 40,7% d'analphabètes contre 27,8% d'alphabètes souhaitent bénéficier des vivres à travers l'éducation sanitaire.

Signalons immédiatement que nos interviewés analphabètes poursuivent un intérêt immédiat à travers tout apprentissage.

D'autres interviewés ont souligné que l'éducation sanitaire devrait leur garantir des infrastructures sanitaires, des médecins et des médicaments, à défaut de quoi, les laisser manipuler la médecine moderne et traditionnelle concomitamment.

Cela a été évoqué par 31,2% d'analphabètes contre 30,6% d'alphabètes enquêtés.

L'indicateur selon lequel les paysans de la commune Rutana souhaitent un genre d'éducation sanitaire intégrée, dépourvue d'images sans textes explicatifs mais munie de pratique, a été mentionné par 41,6% d'alphabètes contre 28,1% d'analphabètes interviewés.

En général, les analphabètes plus que les alphabètes insistent sur le côté pratique des choses au détriment du bienfait de l'éducation sanitaire qui n'est perceptible qu'à longue échéance. Autrement dit, l'intérêt immédiat est visé sauf pour le cas des alphabètes qui réclament l'intensification de l'éducation sanitaire à un pourcentage élevé. Mais, pourquoi la situation est ainsi exposée ?

Si les analphabètes ont plus réclamé des vivres que les alphabètes, c'est peut-être que l'ignorance les y contraint. Ils ne savent pas la valeur nutritive des produits locaux.

Par ailleurs, lorsqu'un adulte analphabète apprend un contenu théorique, il s'attend toujours à sa mise en pratique, disait A. Léon.

Ainsi, conseiller un adulte analphabète de pratiquer l'hygiène alimentaire, ne l'incite-t-il pas à réclamer d'abord la nourriture et l'hygiène après, vu l'intérêt immédiat qu'il poursuit à travers tout enseignement ?

Dans le tableau précédent, les analphabètes réclament beaucoup d'infrastructures sanitaires, de médecins et de médicaments tant indigènes que synthétiques.

En effet, parmi les mobiles qui poussent l'analphabète à fréquenter le médecin, c'est la gratification de soins curatifs, un comprimé, de préférence une piqûre.

Nos interviewés analphabètes déclarant avec François LEBRUN :

" Le bon médecin est celui qui a des remèdes spécifiques, ou s'il en manque, qui permet à ceux qui les ont, de guérir son malade " (1).

(1) François LEBRUN, op. cit., p. 197.

A travers ces idées, nous remarquons une réclamation de médicaments "palpables", à défaut de quoi, le paysan emprunte le chemin du guérisseur.

Face à cette façon de concevoir la médecine, l'éducation sanitaire se limitant aux simples conseils trouve le moins d'écho. Elle doit revoir sa méthode et son contenu pour justifier sa place dans le concert des médecines. Mais comment y arriver ?

Nos interviewés alphabètes proposent un genre d'éducation sanitaire intégrée avec un fort pourcentage (41,6%) comparé à celui des analphabètes (28,1%).

En effet, les alphabètes détectent plus que les analphabètes les lacunes que comporte l'éducation sanitaire ici chez nous, et voudraient en rectifier le tir.

Pour certains de nos enquêtés, l'audio-visuel utilisé en éducation sanitaire est un objet de discrédit. Voici ce qu'en dit Gèneviève Jacquinet dans son : "Images et pédagogie" :

" Les langages de l'image quels qu'ils soient (Bande -Dessinée, cinéma, télévision) ont tous en commun de prendre au départ un large appui sur la perception visuelle; celle-ci ne rend pas compte de l'intellection de toutes les données visuelles, il s'en faut de beaucoup, mais elle assure du moins une première couche d'intelligibilité qui n'a aucune équivalent dans les langues " (1).

Il ressort de cette citation que l'entraînement à une saisie analytique et synthétique des images et de leurs attribus s'impose aux paysans analphabètes. Dans ce sens, nous pensons justifier le faible effectif de paysans analphabètes qui réclament l'éducation sanitaire intensive.

(1) Gèneviève Jacquinet, Images et Pédagogie. Paris, PUF, p. 81.

Tableau n° 22 : Répartition des indicateurs traduisant les principales revendications en fonction du sexe et du niveau d'instruction.

Indicateurs	Hommes		Felles				Totaux			
	Alphabètes		Analph.		Alphabètes		Analph.			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Offre de nourritures bénévolement (lait, blé)	3	18,8%	4	25%	8	40%	7	43,7%	22	32,3%
Infrastructures sanitaires avec un personnel suffisant - Médicaments sinon associer la médecine traditionnelle et la moderne	6	37,5%	7	43,7%	7	35%	7	43,7%	27	39,8%
Une éducation sanitaire intégrée; éducateurs compétents - Association image, texte et pratique	7	43,7%	5	25%	5	25%	2	12,6%	19	27,9%
Totaux	16	23,5%	16	23,5%	20	29,5%	16	23,5%	68	100%

Il ressort du tableau n° 22 que 25% d'hommes analphabètes contre 18,8% d'alphabètes de même sexe souhaitent bénéficier des vivres à travers l'éducation sanitaire. Dans la catégorie des femmes, 43,7% d'analphabètes contre 40% d'alphabètes soulignent le même indicateurs. Parmi les enquêtés qui préfèrent bénéficier des infrastructures sanitaires, beaucoup de médecins et médicaments, à défaut de quoi associer la médecine moderne et traditionnelle, nous avons 43,7% d'hommes analphabètes contre 37,5% d'alphabètes, 43,7% de femmes analphabètes contre 35% des alphabètes. Des interviewés qui souhaitent une éducation sanitaire intégrée, des éducateurs compétents associant l'image, le texte et la pratique en éducation sanitaire, nous avons 43,7% d'hommes alphabètes contre 31,3% d'analphabètes, 25% de femmes alphabètes contre 12,6% d'analphabètes.

Disons directement que les analphabètes tant masculins que féminins réclament plus que leurs homologues alphabètes, des vivres, des infrastructures sanitaires et leurs attributs. Au moment où les alphabètes des deux sexes revendiquent plus une éducation sanitaire intensive que leurs partenaires analphabètes.

En effet, la position prise par les paysans analphabètes face au changement s'explique bien de part leur vécu, comme le souligne Guy Rocher :

" Dans cette perspective, on comprend que le changement et l'innovation ne soient pas bien accueillis et paraissent même menaçants. C'est la base même de l'ordre intellectuel et du rapport mental et pratique avec les choses qu'ils mettent en question et risquent d'ébranler. N'est-ils pas plus sûr de continuer à s'en remettre à des connaissances utiles, éprouvées par le temps, que d'accepter des idées nouvelles, surtout lorsque celles-ci sont étrangères à la démarche intellectuelle habituelle. Le conservatisme qui caractérise la mentalité traditionnelle est donc féliciter une protection contre tout ce qui menace la tradition comme base de l'ordre intellectuel et de l'adaptation réussie à l'ordre naturel " (1).

L'éducation sanitaire a débuté par la distribution d'une aide alimentaire chez les paysans de Rutana, nous l'avons déjà dit. Il s'en suit que les paysans analphabètes en ayant bénéficié ont du mal à s'en débarrasser, vu le conservatisme qui les anime.

Par ailleurs la femme au foyer est préoccupée par des questions d'alimentation. Dans cet ordre d'idées, nous pensons que les femmes en général, les analphabètes en particulier sont plus préoccupées par ces questions que les hommes, analphabètes ou non. Ainsi les femmes que nous avons interviewées se montrent plus exigeantes des vivres, à plus forte raison, celles analphabètes, si on les compare aux hommes alphabètes ou non. Les femmes analphabètes ne savent pas tirer profit des produits locaux.

(1) Guy Rocher, L'organisation sociale, Paris, éd. HMR, 1963, p. 103.

Au sujet du deuxième indicateur à savoir la réclamation de médicaments tant modernes que traditionnels, voici ce qu'en dit F. LAPLANTINE, lorsqu'il étudiait certains peuples d'Afrique de l'ouest :

" (...) face à la maladie, on essaie pratiquement tout, on cherche à bénéficier des avantages respectifs des uns et des autres, la thérapie traditionnelle, continue-t-il n'exclut pas une prise en charge chimiothérapique. La première accompagne plutôt la seconde, la précède et la complexe " (1).

Dans ce sens, la médecine curative et éducationnelle cèdent à la médecine traditionnelle chez le paysan analphabète.

D'où la forte proportion de femmes et d'hommes analphabètes qui "oscillent" entre les deux genres de médecines, si on les compare à leurs homologues alphabètes.

Dans le tableau précédent, les hommes et femmes alphabètes souhaitent une éducation intégrée, des éducateurs compétents, associant l'image, le texte et la pratique en éducation sanitaire. Ils sentent plus que leurs homologues analphabètes, les manquements que comporte l'éducation sanitaire leur dispensée. Corroborant ses souhaits, voici ce que nous propose J. VAN RIEL sur la santé publique tropicale :

" Le succès d'une éducation sanitaire se traduit par une modification de l'opinion et du comportement de celui auquel elle est destinée et dépend des qualités de l'informateur (expérience et degré de confiance qu'il inspire), de celles de l'information elle-même (valeur et présentation des arguments) et des caractères individuels de celui qu'on informe " (2).

Les doléances des paysans précédemment mentionnées ne soulignent nulle part la participation du paysan lui-même à la réussite de l'éducation sanitaire.

Néanmoins, comme nous le montre J. VAN RIEL, ce succès est conditionné par la modification du comportement du concerné. Les considérations faites sur le chapitre nous poussent à tirer des conclusions.

(1) François LAPLANTINE, Maladies mentales et thérapie traditionnelles en Afrique Noire, Paris, Ed. Universitaire, 1976.

(2) J. VAN RIEL, Santé Publique tropicale, Ed. DESOER, Liège - Belgique,

Conclusion sur le chapitre

Nous venons d'analyser les différents indicateurs qui ont été mentionnés par nos interviewés pour nous faire une idée sur la manière dont ils voudraient que l'éducation sanitaire soit orientée. Comme nous avons pu nous en rendre compte, leurs attentes varient en fonction du sexe et du niveau d'instruction qu'ils ont.

En effet, certaines de ces attentes sont les vivres à offrir gracieusement aux participants, les infrastructures sanitaires et les médicaments, l'intensification de l'éducation sanitaire étant beaucoup sollicitée par les hommes et femmes alphabètes par rapport aux analphabètes.

De ces constatations, nous nous posons une question autour de laquelle vont tourner nos conclusions sur tout le travail.

Les discours prononcés par les éducateurs sanitaires, les animateurs sociaux, sont-ils représentatifs des besoins des populations cibles ?

Est-ce que ces dernières se retrouvent dans le message leur adressé ?

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude, les considérations qui vont suivre ont pour but de dresser une sorte de bilan de ce qui a été dit, avant de suggérer l'orientation de l'éducation sanitaire vers d'autres ouvertures. Ce bilan sera bref dans la mesure où des remarques de caractère général ont été déjà faites au fur et à mesure que nous avançons dans le développement de nos propos. Il convient toutefois de reprendre quelques uns des grands axes de notre étude.

Notre objectif était de voir si l'éducation sanitaire a un impact sur les mentalités paysannes surtout celle à l'égard de la santé. Ledit impact ne peut s'opérer que si les individus bénéficiaires de cette éducation ont confiance en ses méthodes et les avantages y relatifs.

Cependant, nous sommes conscient que l'éducation sanitaire à elle seule ne peut pas garantir la promotion de la santé. D'autres conditions sont préalables telles que la médecine curative.

Mais, les résultats de la présente étude nous donnent quelques espoirs sur ses effets en la matière.

Au cours de cette étude, nous avons pu nous rendre compte de l'impact de l'éducation sanitaire dans l'amélioration des conditions de vie de la population burundaise, matérialisée par l'adoption des habitudes d'hygiène, par le changement des modes traditionnels de traitement des maladies et la diminution des pratiques sociales contraires aux progrès sanitaires.

D'une manière générale, les résultats de l'enquête montrent que l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités des paysans de la Commune Rutana est encourageant, sinon nous nous référons à leurs opinions.

Toutefois, une constatation générale est que jusqu'à présent, ceux qui sont chargés d'assurer l'encadrement sanitaire des paysans n'ont pas encore réussi à faire adopter les méthodes d'éducation sanitaire susceptibles d'élever le niveau de santé des populations. Antoine Léon parlant des lacunes que comporte l'éducation des adultes nous dit :

" On met notamment en cause l'insuffisance des liaisons entre la théorie et la pratique ou la tendance à privilégier les contenus par rapport à la méthode d'apprentissage " (1).

Ce fait se retrouve chez nos animateurs et éducateurs sanitaires qui conseillent la consommation d'eau potable, alors que cette dernière est rare en milieu rural de Rutana.

En ce qui concerne la méthode, nos interviewés analphabètes se déclarent ne rien saisir à travers l'éducation sanitaire par l'audio-visuel »

Par ailleurs, les paysans semblent très profondément attachés à leurs habitudes traditionnelles surtout dans l'usage de la phytothérapie. Nous pensons que cet usage mérite sa place dans le scillage des médicaments. Comme le souligne SEMBENE OUSMANE :

" Pour l'avenir de l'Afrique, pendant un temps transitoire, il est à souhaiter que les médecins africains collaborent avec les botanistes africains et même que les gouvernements locaux particulièrement les ministres de la santé créent des centres pour le regroupement des sages-femmes nutritionnelles. L'Afrique a besoin de médecins, d'un corps médical qui lui soit propre " (2).

Quant à nous, l'éducation sanitaire devrait prendre appui sur la phytothérapie, la médecine traditionnelle pour les exploiter au profit de la médecine éducationnelle et préventive.

Au cours de nos propos sur l'impact de l'éducation sanitaire sur les mentalités paysannes, les variables sexe et niveau d'instruction de la population ciblée ont beaucoup joué.

En effet, plus notre enquête était scolarisée, plus il évoquait à un fort pourcentage, des indicateurs témoignant l'amélioration de l'hygiène et la lutte contre les pratiques sociales qui sont de nature à favoriser les maladies.

(1) A. Léon, op. cit., p. 79.

(2) SEMBENE OUSMANE, l'Harmattan, Paris,

Présence Africaine, 1964, p. 36, cité par P. HERANO, op. cit., p. 190.

Bien plus, l'éducation sanitaire étant un domaine plus vaste, les femmes semblaient se prononcer plus que les hommes pour certains secteurs et vice-versa.

Ceci se remarque quant à l'évocation des indicateurs : suppression des interdits alimentaires et évitement des naissances rapprochées du chapitre quatre de notre travail. D'où nos hypothèses se sont confirmées.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé la richesse de notre travail, c'est pourquoi d'autres ouvertures lui sont possibles. D'autres recherches pourraient porter sur l'impact de l'éducation sanitaire sur le développement économique et social des populations.

On peut étudier la contribution de cette éducation dans la minimisation des dépenses de santé par le ministère de tutelle.

D'autres chercheurs pourraient aborder l'impact du planning familial sur la réduction des maladies infantiles. Notons que ce planning familial est une composante de ladite éducation.

Comme nous l'avons fait remarquer dans l'introduction, le problème est immense et sa solution se trouve trop au-delà de nos moyens pour qu'on puisse nous en tenir rigueur. Mais, notre contribution est une piste qui, nous l'espérons peut permettre le décollage d'autres recherches.

B I B L I O G R A P H I E

A. OUVRAGES GENERAUX.

1. AUSTRY (T), Le scandale du développement, Paris, Marcel, Rivière, 1972.
2. AUBIN (M) & (P) PICARD, Le médecin, le malade et l'homéopathie, Paris, Payot, 1980.
3. L.P. AUJOLAT, Santé et développement en Afrique, Paris, Armand Colin, 1969, p. 89.
4. BALINT (M), Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 1973.
5. BOUTHOU (G), Que sais-je, les mentalités, Paris, P.U.F., 1975.
6. BOUTELLIER (M), Chamanisme et guérison magique, Paris, P.U.F., 1950.
7. BOWLBY (J), Soins maternels et santé mentale, Genève, OMS, 1954.
8. BOULET (M), Milieu rural et formation permanente, les Editions E.S.F., Paris, 1976.
9. BOURGEOIS, Banyarwanda et Barundi Religion et magie, Tome 3, Académie Royale des sciences, Colon 1954, p. 140.
10. COUVERT (R), L'évaluation des programmes d'alphabétisation, guide pratique, UNESCO, 1971.
11. CLOUZET (J) et MORWITZ (M), Comment se soignent les chinois aujourd'hui, Robert Laffont, 1980.
12. DAVANE (M), Action communautaire, Paris, Ed. Ouvrières, 1970.
13. DESTADINS (Cl) et S., Aider la mère Africaine des régions rurales à bien soigner son enfant, Québec, Centre d'étude et coopération internationale, 1980.
14. DUMONT (R), Pour l'Afrique j'accuse, Paris, P.U.F., 1986.
15. DUPIN (H), Expérience d'Education sanitaire et nutritionnelle en Afrique, Paris, P.U.F., 1965.
16. DORES (M), La femme village, Maladies mentales et guérisseurs en Afrique Noire, Paris, Ed. L'Harmattan, 1981.
17. EASTON (P), Education des adultes en Afrique Noire, manuel d'auto-évaluation assistée T₁, 1980.
18. ERNY (P), L'enseignement dans les pays pauvres modèles et

19. FREIRE (P), L'éducation. Pratique de la liberté.
Paris, Ed. du Cerf, 1978.
20. FESTINGER (L) et KATZ (D), Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Presses Universitaires de France, tome 2, 1974.
21. GAUDY (M), Animation rurale. Encadrement et moyens de développement économiques en pays tropicaux, Paris, Maison Rustique, 1959.
22. GUILBERT (J.J.), Guide pédagogique pour les personnels de santé, Genève, CMC, 1981.
23. HILGERS (W), Eglise et développement économique et social au Rwanda et au Burundi, CERAS.
24. Ivan ILLICH, Némésis Médicale, in anonyme, les médecines différentes Descriptions, Applications perspectives, Paris, Ed. du Dauphin, 1983.
25. JAMES E.O., La religion préhistorique, Payot, Paris, 1972.
26. JEANET (Ph.), Psychologie médicale, Paris, Masson, 1980.
27. JACQUINOT (G), Images et pédagogie, Paris, P.U.F., 1981.
28. JASPERS (M), Essais philosophiques, Paris, Payot, 1970.
29. LEON (A), Psychopédagogie des adultes, Paris, P.U.F., 1980.
30. LAPLANTINE (Fr.), Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire, Ed. J.P. Delarge, Paris, 1976.
31. LAZARSFELD (P.L), Radio and the printed page, New York, Duel, 1940.
32. LEBRUN (Fr.), Se soigner autrefois. Médecins soins et sorciers au 17^e et 18^e s, Paris, temps actuels, 1983.
33. LEGALL (A) et (R) BRUN, Les malades et les médicaments, Paris, P.U.F., 1978.
34. LETHANKHOI, L'industrie de l'enseignement, Ed. de Minuit, Paris, 1972.
35. LOUBET del BAYLE (J.L), Introductions aux méthodes des sciences, Toulouse, Privat, 1978.
36. MAADL (P.E), La préparation de l'enfant à la modernisation, l'exemple de la Tunisie, Genève, IRNUD, 1970.
37. MAMPOLO (M), La libération des envoûtés, Yaoundé, Ed. CLE, 1976.
38. MALASIS (L), Ruralité, Education, Développement, Ed. les presses de l'UNESCO, Paris, 1975.

39. MAVINGA (N), L'éducation sanitaire, quelques principes de base,
Kanyu Mayombe, Rép. du Zaïre, Ed. du Bureau d'Etude
et de recherche pour la promotion de la santé, 1974.
40. MEHEUS (A), Santé et maladie au Rwanda, Belgique, 1982.
41. MUCCHIELLI (R), Opinions et changement d'opinion,
Entreprise moderne d'Ed., les Ed. ESF, 1979.
42. MICHEL (A), La sociologie de la famille, Paris, La Haye, 1970.
43. NEUHAUSS (R), The Deutch new Guinea, in L. Levy Bruhl,
la mentalité primitive, Paris, P.U.F., 1976.
44. PELICIER (Y) et MOUCHER (P), Abrégé de sociologie et économie médicale,
Paris, Masson, 1973.
45. - ROCHER (G), Introduction à la sociologie générale,
Paris, Seuil, 1984.
- L'organisation sociale, Paris, Seuil, 1985.
46. ROTSART (I) de Nertaing, COURTE JOIE (J) et VANDER (A) Neyden,
Santé meilleure, source de progrès, Ed. du Bureau
d'Etudes et de Recherche pour la promotion de la
santé, Kangu Mayombe, Rép. du Zaïre, 1965.
47. SANKALE (M), Médecin et action sanitaire en Afrique Noire,
Paris, présence africaine, 1969.
48. SALBERG (J.F.) et S. WELSH-BONNARD, Action communautaire, Paris,
Ed. ouvrières, 1970.
49. SCHWARTZENBERG (L) & P. VIANSON PONTE, Changer la mort, Paris,
Albin-Michel, 1977.
50. STUART MILL (J), in E. DURKHEIM, Sociologie et éducation,
Paris, P.U.F., 1980.
51. SEMBENE (O), L'Harmattan, Paris, présence africaine, 1964.
52. J. VAN RIEL, Santé publique tropicale,
Ed. DESOER, Liège - Belgique, 1977.

B. OUVRAGES METHODOLOGIQUES.

1°. Revues.

- UNESCO, planification de l'éducation non formelle, I.I.P.E., 1981.
- MAJAMBERE, INADES-Formation, Burundi.
- Le magazine de l'OMS, Santé du monde, Avril-Mai, 1983.
- UNESCO, Guide pratique pour la formation des maîtres en cours d'emploi en Afrique, 1970.
- Revue direct n° 1, bulletin mensuel sur l'utilisation de la technologie en éducation, publiée par le centre d'information et d'échanges télévision de l'ACCT, 1980.
- ESNACN, Centre d'éducation sanitaire et nutritionnelle d'Afrique centrale, 1981.
- Services sociaux et services de santé, bulletin de terminologie, n° 170, Canada, Secrétariat d'Etat, Bureau des traductions, 1986.
- Education des Adultes et développement, DVV, n° 26, Mars, 1986.
- Nadia YOUSSEF et N. KACELIS NOLLNSTETNER Technologie, revenu et organisation : communiquer le changement ou féminin, les carnets de l'enfance, 63/64, 1983.
- Service de protection sociale en Afrique, n° 5 service de protection de la famille, de l'enfance et de l'adolescence, New York, Nations Unies, 1966.

2°. Colloques et Articles.

- Alain DESTEXNE, Santé, médicaments et développement, colloque tenue à Paris, 1986.
- Ministère de la Santé Publique, projet FNUAP, distribution du personnel sanitaire dans les établissements de santé, 1986.
- L. KERHARE, De l'étude de la pharmacopée traditionnelle à l'élaboration et à la remise en application d'une phytothérapie africaine dans les Etats africains francophones. Deuxième colloque du CAMES, sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle, Niamey, 7 - 10 juin 1976.
- Fond international de développement agricole (FIDA), Rapport annuel, 1984.

3°. Mémoires et Dictionnaires.

- C. I. - Paul POULQUIE, Dictionnaire de la langue pédagogique,
Paris, P.U.F., 1971.
- Dictionnaire Hachette, Paris, 1980.
 - Henri PIERON, Vocabulaire de la psychologie, Paris, P.U.F., 1978.
 - Encyclopaedia Universallis, T 6, V 8, Paris, 1980.
 - BIKESAKO & L, D'HAESE, OVERBEEKE W,
Population et main-d'oeuvre dans l'économie rurale. Application au
Burundi du module expérimental d'enseignement proposé par la
FAO, BUJA, Faculté d'Agronomie, 1985.
(- Mémoire).