

2020-08

Dynamique socio-familiale autour d'un enfant malnutri dans le district sanitaire de Muyinga

Kwizerimana, Françoise Romaine

UB, FLSH

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/93>

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

UNIVERSITE DU BURUNDI



**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
MASTER EN SOCIO-ANTHROPOLOGIE**

**DYNAMIQUE SOCIO-FAMILIALE AUTOUR D'UN ENFANT MALNUTRI
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE MUYINGA**

Par :

KWIZERIMANA Françoise Romaine

Sous la direction de :

1. Professeur Christine Dubois Grard
2. Professeur Joseph NDAYISABA

Mémoire présenté et défendu publiquement
en vue de l'obtention du grade de **Master en
Socio-anthropologie**

Bujumbura, Août 2020

DEDICACE

A notre cher époux,

A nos chers parents,

A nos frères et sœurs,

A notre belle famille,

A tous ceux qui nous sont chers,

Nous dédions ce mémoire !

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous éprouvons un grand plaisir d'exprimer nos sentiments de reconnaissance envers toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Nos hommages à nos chers parents qui n'ont ménagé aucun effort pour nous accompagner et nous soutenir dès notre prime enfance. Ils nous ont donné une fondation dure et sûre sur laquelle nous avons construit et continuerons de construire toutes les étapes de notre vie. Nous leur serons toujours reconnaissantes. Que ce travail leur fasse honneur.

Notre profonde gratitude va à l'endroit de notre cher époux, qui nous a encouragées et soutenues dès nos premiers rêves de confronter le cycle de master jusqu'à la fin de la réalisation de ce travail. Qu'il lise à travers ces lignes l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement exceptionnel.

Nos sincères remerciements à madame Christine Dubois Grard, anthropologue chargée de cours à l'Université Catholique de Louvain, membre du LAAP et du GRIAL et à monsieur NDAYISABA Joseph, psychologue, professeur à l'Université du Burundi, qui nous ont accompagnées et guidé nos premiers pas de chercheuse. C'est grâce à leur rigueur scientifique, leurs conseils et surtout leur disponibilité que ce travail a été accompli.

Que tous nos éducateurs, de l'école primaire à l'université, trouvent l'aboutissement du présent travail comme le fruit de leurs efforts. Ils nous serviront toujours de repère moral pour le savoir-faire et le savoir-être.

A tous nos informateurs sans lesquels ce travail n'aurait pas été réalisé, nous disons merci.

KWIZERIMANA Françoise Romaine

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------|---|
| al. | : Avec collaborateurs |
| CAF | : Caisse des Allocations Familiales |
| éd. | : éditions |
| EDSIII | : Troisième Enquête Démographique au Burundi |
| FPSE | : Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education |
| GRIAL | : Groupe Interdisciplinaire pour l'Amérique Latine |
| ISA | : Institut des Sciences Agronomiques |
| ISTEEBU | : Institut de Statistique d'Etudes Economiques du Burundi |
| LAAP | : Laboratoire d'Anthropologie Prospective |
| Loc. cit | : loco citato |
| MAM | : Malnutrition aigüe Modérée |
| MAS | : Malnutrition aigüe sévère |
| MPC | : Malnutrition Proteino Calorique |
| MPE | : Malnutrition Proteino Energetique |
| OAG | : Observatoire de l'Action Gouvernementale |
| OMS | : Organisation Mondiale de Santé |
| op.cit. | : opere citato |
| p. | : page |
| P.U.F | : Presses Universitaires de France |
| pp. | : page...à page |
| UB | : Université du Burundi |
| UNICEF | : United Nations Children's Fund |

RESUME

« *Dynamique socio-familiale autour d'un enfant malnutri dans le district sanitaire de Muyinga* », tel est l'intitulé de notre sujet. Le choix de celui-ci a été motivé par l'intérêt que nous portons aux enfants, particulièrement à ceux en difficultés. Sachant que le taux de malnutrition chronique au Burundi est de 58%, la province de Muyinga se place en tête avec un taux de 66%. Notre problème est de savoir les enjeux qui se jouent autour d'un enfant malnutri dans une famille et dans l'entourage. Nous avons choisi la méthode qualitative pour arriver à nos objectifs. L'entretien avec les parents d'enfants malnutris et l'observation à leurs domiciles nous ont fournis des monographies anthropologiques. D'autres interviewés tels que les agents de santé communautaire, médecin et infirmier nous ont permis de trianguler notre information. Les résultats auxquels nous avons abouti ont prouvé que la présence d'un enfant malnutri au sein d'une famille est un défi qui se répercute sur la fratrie, la relation entre parents mais aussi peut être à l'origine de l'amélioration des relations entre conjoints. La malnutrition est aussi, pour certains parents, objet de honte et de stigmatisation. Les parents d'enfants malnutris envisagent la malnutrition de façons très diversifiées. Les représentations qu'ils ont de celle-ci émanent de l'expérience quotidienne, du contexte et de la culture. La famille s'adapte passivement ou activement au dysfonctionnement qu'engendre la malnutrition. Les moyens d'adaptation diffèrent d'une famille à l'autre.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----|
| DEDICACE..... | i |
| REMERCIEMENTS | ii |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | iii |
| RESUME..... | iv |
| TABLE DES MATIERES | v |
| CHAPITRE 0 : INTRODUCTION GENERALE..... | 1 |
| 0.1. Problématique..... | 1 |
| 0.2. Questions de recherche..... | 2 |
| 0.3. Objectifs | 2 |
| 0.3.1. Objectif général | 2 |
| 0.3.2. Objectifs spécifiques | 2 |
| 0.4. Justification du choix du sujet..... | 3 |
| 0.5. Délimitation du sujet | 4 |
| PREMIERE PARTIE : | 5 |
| CADRE THEORIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES | 5 |
| CHAPITRE I : DES GENERALITES | 6 |
| 1.0. Introduction | 6 |
| 1.1. Elucidation des concepts clés | 6 |
| 1.2. D'une bonne alimentation | 6 |
| 1.3. De la situation nutritionnelle au Burundi | 8 |
| 1.4. De l'alimentation du jeune enfant | 9 |
| 1.5. Des causes de la malnutrition..... | 9 |
| 1.6. Des conséquences de la malnutrition | 11 |
| CHAPITRE II : DES CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES | 13 |
| 2.1. Méthode..... | 13 |
| 2.2. Enquête sur terrain | 13 |

| | |
|---|----|
| 2.3. Du choix des enquêtés..... | 13 |
| 2.4. Des outils de collecte des données | 14 |
| 2.4.1. L'enquête par entretien..... | 14 |
| 2.4.2. La technique d'observation | 16 |
| 2.5. Techniques d'analyse et de traitement des données..... | 16 |
| 2.6. Des difficultés rencontrées | 17 |
| PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES | 18 |
| CHAPITRE I : DES REPERCUSSIONS DE LA PRESENCE D'UN ENFANT MALNUTRI AU SEIN D'UNE FAMILLE | 19 |
| 0.1. Introduction | 19 |
| 1.1. De la famille burundaise..... | 19 |
| 1.2. De la division des tâches dans une famille burundaise | 20 |
| 1.3. De la valeur de l'enfant dans la famille burundaise | 22 |
| 1.3.1. L'enfant comme bénédiction et richesse | 22 |
| 1.3.2. L'enfant comme objet de mécontentes | 23 |
| 1.3.3. Quand l'homme ne répond pas a ses responsabilités | 25 |
| 1.3.4. Enfant malnutri comme objet de renforcement des relations entre conjoints | 28 |
| 1.4. Des effets de la malnutrition | 29 |
| 1.4.1. Sur la fratrie..... | 29 |
| 1.4.2. Sur les conditions de vie de la famille..... | 32 |
| 1.5. Conclusion..... | 34 |
| CHAPITRE II : DES REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION PAR LES PARENTS | 35 |
| 2.0. Introduction | 35 |
| 2.1. Des craintes | 35 |
| 2.1.1. Croyance a l'empoisonnement | 36 |
| 2.1.2. Des incompréhensions..... | 37 |
| 2.1.3. Des bascules dans les parcours de la vie | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.3.1. Quand on devient veuve..... | 40 |
| 2.1.3.2. Quand on n'est pas chez soi..... | 42 |
| 2.2. Quand une mère est elle-même dénutrie..... | 44 |
| 2.3. De la bonne santé..... | 47 |
| 2.4. Conclusion..... | 49 |
| CHAPITRE III : DE LA GESTION D'UN CAS DE MALNUTRITION AU SEIN D'UNE FAMILLE..... | 50 |
| 3.0. Introduction..... | 50 |
| 3.1. De l'assistance au malade..... | 50 |
| 3.2. De l'action familiale face au malade..... | 52 |
| 3.2.1. Je ne me découragerai pas..... | 53 |
| 3.2.2. Je n'ai rien du tout en fait..... | 55 |
| 3.2.3. Notre enfant est victime de notre pauvreté..... | 57 |
| 3.3. De la stigmatisation..... | 58 |
| 3.3.1. Je n'y suis pas retournée et je n'y retournerai plus..... | 58 |
| 3.3.2. De la précarisation..... | 60 |
| 3.4. De la négligence..... | 62 |
| 3.5. Conclusion..... | 64 |
| CHAPITRE IV : DE L'APPROPRIATION DES ENSEIGNEMENTS PAR LES PARENTS | 65 |
| 4.0. Introduction..... | 65 |
| 4.1. Prestations au niveau communautaire..... | 66 |
| 4.1.1. Et après les deux semaines..... | 66 |
| 4.1.2. Des cas d'ambivalence..... | 67 |
| 4.1.3. Nul ne peut ignorer ce qui ferait du bien à sa santé..... | 68 |
| 4.1.4. Il est vrai, nous entendons ce qu'on nous enseigne mais..... | 69 |
| 4.2. Prestations au niveau du centre de santé..... | 72 |
| 4.2.1. Des tricheries..... | 72 |

| | |
|--|----|
| 4.2.2. Du partage des supplements | 73 |
| 4.2.3. Des irrégularités | 74 |
| 4.3. Prestations au niveau des hôpitaux..... | 76 |
| 4.4. Conclusion..... | 77 |
| CONCLUSION GENERALE | 78 |
| BIBLIOGRAPHIE | 81 |
| ANNEXES..... | 85 |

CHAPITRE 0 : INTRODUCTION GENERALE

Au quotidien, les êtres humains font face à plusieurs besoins parmi lesquels s'inscrivent les besoins fondamentaux. C'est notamment se nourrir, s'habiller, se loger et autres pour assurer leur survie. Toutefois, nul n'ignore que manger est un besoin vital par excellence, le plus fondamental. Sans nourriture, la vie est impossible. Notre santé est donc le fruit de ce que nous mangeons.

A ce sujet, André (1983, p.1) mentionne : « *Tout organisme et en particulier l'organisme humain doit puiser dans son environnement les matériaux et les formes d'énergies nécessaires à chacune de ses propres cellules : pour assurer le maintien de leur structure ou leur réparation, pour permettre leur croissance et leur multiplication et pour assumer leur fonction spécialisée lorsqu'elles en ont une. L'organisme humain obtient les moyens de vie et survie par un des gestes les plus fondamentaux de vie : manger.* »

« Dynamique socio-familial autour d'un enfant malnutri » étant l'intitulé de notre sujet, nous allons alors vous présenter sa problématique, les questions de notre recherche ainsi que les objectifs. Pour répondre à nos questions de recherche et atteindre nos objectifs, nous avons effectué un travail de terrain essentiellement auprès des familles comportant au moins un enfant gravement malnutri. L'observation et l'entretien semi-directif sont les principaux outils que nous avons utilisés dans la collecte des données. Le travail est constitué de deux parties principales. La première est consacrée au cadre théorique où nous avons fait la revue de la littérature. La deuxième à la présentation, à l'analyse et au traitement des données. Cette partie comporte quatre chapitres à travers lesquels nous essayons de découvrir les répercussions de la malnutrition dans une famille, la façon dont les parents se représentent la malnutrition et ses effets, la gestion de la malnutrition au sein d'une famille et la part des parents dans l'appropriation des enseignements relatifs à la lutte contre la malnutrition.

0.1. Problématique

Face à un cas de maladie, il y a des comportements qui sont adaptés par les proches du malade parce que celui-ci est dans une situation particulière. La plupart des parents se comportent à l'égard de l'enfant malade autrement qu'à l'égard de l'enfant bien portant. La malnutrition dont il est question ici est due pour la plupart de cas au manque d'une alimentation adéquate et suffisante. Or, selon l'OAG (2007, p.8) : « *La pauvreté peut être définie comme l'incapacité pour un homme ou une femme de satisfaire à ses besoins fondamentaux (basic needs) et à ceux de sa famille.* » Ainsi donc, ne pas être à mesure de satisfaire, qualitativement et quantitativement, le besoin le plus fondamental qu'est manger est le signe incontestable de la

pauvreté. Notre problème est alors de savoir les enjeux qui se jouent dans une famille où il y a un enfant souffrant de la malnutrition autour de celui-ci. Cela suppose la façon dont il est traité par ses parents pour lui aider à se remettre alors que la situation économique de la famille est elle-même problématique.

0.2. Questions de recherche

Notre question de départ est la suivante : quelles attitudes les parents d'un enfant malnutri affichent-ils vis-à-vis de celui-ci et comment expliquent-ils la malnutrition ? Autrement dit, comment l'enfant malnutri est-il considéré et traité dans le cadre familial particulièrement par les parents. Quel est l'impact de cette situation sur sa vie socio économique ?

Cette question de départ s'accompagne d'une série d'autres questions :

- Qu'est ce qu'est la bonne santé pour les parents et quels sont d'après eux les éléments nécessaires à la bonne santé ?
- Quelles sont les causes de la malnutrition dans le district sanitaire de Muyinga ?
- Les parents s'approprient-ils des enseignements qui leur sont donnés aux niveaux communautaires et aux centres de santé ?
- Comment les priorités sont-elles hiérarchisées ?

Toutes ces questions ont suscité un vide qu'il nous semble utile de combler à travers notre étude. Pour y répondre nous nous sommes fixés des objectifs à poursuivre.

0.3. Objectifs

0.3.1. Objectif général

Notre objectif général est d'analyser la façon dont l'enfant malnutri est traité au sein de sa famille en général et par ses parents en particulier et de savoir comment ceux-ci expliquent la malnutrition et ses effets.

0.3.2. Objectifs spécifiques

- S'informer à propos de l'impact de la présence d'un enfant malnutri sur les relations entre les membres de la famille ainsi que les relations de sa famille d'avec l'entourage.
- Identifier les causes de la malnutrition et les actions d'intervention relatives à la malnutrition dans le district sanitaire de Muyinga.

- Saisir si les parents s'impliquent et s'approprient les enseignements qui leur sont donnés.
- Prendre connaissance de l'hierarchisation des priorités au sein d'une famille compte tenu des moyens disponibles.

0.4. Justification du choix du sujet

Selon A. LEON (1976, pp.39-40), « *La décision du chercheur d'entreprendre une recherche peut procéder par des motivations et de cheminements divers (...), il arrive que l'élaboration d'un projet intervienne au terme d'une expérience professionnelle de plus ou moins longue durée, grâce à l'accumulation d'un certain nombre d'éléments d'informations ou de réflexion(...). L'élaboration d'un sujet de recherche suppose tout d'abord un intérêt pour le thème qu'on se propose d'exploiter* ».

Pour notre cas, le choix de notre sujet a été principalement motivé par l'intérêt particulier que nous portons aux enfants surtout les enfants en difficultés. Deuxièmement, les notions reçues du cours de « *Anthropologie de la pauvreté et de la précarité* » dispensé par madame Christine Dubois Grard en première année de notre Master ont vivement renforcé notre sensibilité aux pauvres et par conséquent la volonté de mener, lors de notre travail de mémoire, une étude sur les gens en situation de pauvreté. Troisièmement et enfin, le cours de « *Enfance, jeunesse et éducation* » dispensé par monsieur NDAYISABA Joseph nous a révélé beaucoup de choses que nous ignorions sur la jeunesse burundaise. C'est là où nous avons appris que le taux de malnutrition chronique au Burundi est si exorbitant (58%) et avons été tellement touchés que nous avons jugé bon d'orienter notre recherche vers ces enfants souffrant de la malnutrition. Ainsi est né le choix de notre sujet de mémoire.

La malnutrition est un problème grave qui affecte non seulement les enfants mais finalement qui nuit à toute la société. L'UNICEF (1998, p.9) confirme dans ses rapports l'urgence d'envisager que la malnutrition est une crise sanitaire : « *La malnutrition joue un rôle dans plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Ses ravages s'étendent aux millions de survivants qui resteront infirmes, chroniquement vulnérables aux maladies et intellectuellement diminués. [...] la malnutrition est une urgence silencieuse. Mais la crise est bien réelle, et sa persistance a des conséquences profondes et redoutables sur les enfants, la société et l'avenir de l'humanité* ».

0.5. Délimitation du sujet

Tout travail de recherche scientifique nécessite la délimitation dans le temps et dans l'espace pour sa validité et sa fiabilité. Délimiter le sujet c'est en préciser le champ d'investigation ainsi que sa temporalité. Ainsi donc, notre travail s'est mené dans la province de Muyinga. Le choix de la province de Muyinga comme notre terrain a été dicté par le taux élevé de la malnutrition chronique qu'elle présente au niveau national comme nous le lisons dans la troisième enquête démographique de santé de 2016-2017 : « *Les résultats selon les provinces font apparaître que toutes les provinces sont affectées par la malnutrition chronique, la prévalence variant d'un maximum de 66% dans la province de Muyinga à un minimum de 24% dans celle de Bujumbura Mairie* ».

Toutefois, l'étude ne s'est pas étendue sur toute la province, mais uniquement sur le district sanitaire de Muyinga. Cela parce que le terrain doit être faisable compte tenu du temps et des moyens disponibles pour le travail. Il nous a semblé impraticable de faire l'étude sur toute la province faute de moyens mais aussi le temps que nous avions était si limité qu'il était impossible de parcourir toute la province. Ledit district est constitué par trois communes. Il s'agit de la commune Muyinga, la commune Mwakiro et la commune Buhinyuza.

Nous avons choisi de prioriser l'enquête par le bas c'est-à-dire à partir des personnes qui sont touchées par le problème dans leur quotidien. Il s'agit pour notre cas de parents d'enfants malnutris. Nous avons toutefois interviewé d'autres personnes qui nous semblaient détenteurs d'informations utiles à notre recherche. Il s'agit d'agents de santé communautaire, médecin et infirmier.

PREMIERE PARTIE :

CADRE THEORIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

CHAPITRE I : DES GENERALITES

1.0. Introduction

Dans ce chapitre, nous allons éclairer certains concepts clés, parler d'une bonne alimentation, de la situation nutritionnelle au Burundi, de l'alimentation du jeune enfant, des causes et des conséquences de la malnutrition. Tout cela dans le but de permettre aux lecteurs de bien comprendre le contenu du présent travail.

1.1. Elucidation des concepts clés

Le sujet de notre travail s'intitule : « *Dynamique sociofamiliale autour d'un enfant malnutri dans le district sanitaire de Muyinga.* » Avant d'entrer dans le vif du sujet nous allons d'abord définir : *la dynamique, enfant malnutri et malnutrition.*

La dynamique est relative à quelque chose ou quelqu'un en mouvement, qui s'agite ou tout simplement qui agit. Quand nous parlons de dynamique sociofamiliale, c'est bien entendu ce mouvement, cette agitation, cette action vis-à-vis d'un enfant malnutri, par la famille et l'entourage qui fait objet du présent travail.

« *Un enfant malnutri* » est un enfant souffrant de la malnutrition.

Par « *malnutrition* », on entend les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétiques et /ou nutritionnel d'une personne. Ce terme couvre deux grands groupes d'affections. Le premier est la dénutrition, qui comprend le retard de croissance (faible rapport taille/âge), l'émaciation (faible rapport poids/taille), l'insuffisance pondérale (faible rapport poids/âge) et les carences ou les déficiences en micronutriments (manque de vitamine et de minéraux essentiels). L'autre comprend le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (par exemple les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et le cancer). (OMS, 2016)

C'est le premier groupe d'affections se rapportant à la dénutrition qui va nous intéresser dans ce travail.

1.2. D'une bonne alimentation

Pour garder notre santé saine, l'être humain doit bien se nourrir. La nourriture doit être suffisante à la fois en quantité et en qualité. La quantité et la qualité sont indissociables pour parler d'une bonne alimentation plus encore pour les jeunes enfants que pour les adultes.

Cela veut dire que la nourriture du jeune enfant mérite une attention particulière -sans toutefois négliger celle de l'adulte- parce que les enfants ont des besoins développementaux plus importants que ceux des adultes.

A ce sujet, J. GUIFFAN (1969, p.9) indique : « *La ration doit d'autre part répondre à certaines exigences physiologiques. L'aliment de l'enfant ainsi doit apporter non seulement les matériaux nécessaires à la réparation de l'usure de tissus comme chez l'adulte, mais ceux indispensables à la croissance c'est-à-dire l'élaboration de cellules nouvelles. [...] aussi l'enfant doit- il proportionnellement à son poids manger plus qu'un adulte et il mangera d'autant plus qu'il est jeune.* »

Cela veut dire que la quantité et la qualité de la nourriture ont des implications directes sur la croissance de l'enfant. Une bonne alimentation permet un développement global et harmonieux de l'organisme.

Dans le même ordre d'idées, BENJAMIN et BEN (1975, p.9) stipulent que : « *Une alimentation de bonne qualité suppose évidemment une quantité suffisante donc un revenu lui-même suffisant, compte tenu de la dimension de la famille au dessous d'un certain niveau économique, il est certain que la nourriture sera insuffisante en quantité et, corrélativement en qualité et que la croissance de l'enfant en souffrira* »

Toutefois, l'idéal d'une bonne alimentation n'est pas toujours atteint. Dans ce cas, c'est la malnutrition qui apparaît.

La malnutrition est le résultat d'une alimentation qualitativement déficiente. Lorsque la quantité est insuffisante le terme de dénutrition devrait être sémantiquement utilisé. De façon courante, les deux termes sont souvent confondus et utilisés comme des synonymes. Dans ce texte, nous utiliserons le terme communément utilisé au Burundi : la malnutrition en toute connaissance qu'il s'agit en réalité souvent, comme notre enquête le montre, de dénutrition, c'est-à-dire d'apport calorique insuffisant autant au moins que de problèmes liés à une alimentation déséquilibrée. La malnutrition apparaît sous plusieurs aspects : la malnutrition aiguë sévère (MAS), malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition protéino-calorique (MPC). La malnutrition par manque chronique d'apports alimentaires suffisants, alors que l'équilibre alimentaire est correct, donne un tableau d'enfants très maigres, c'est le marasme. Lorsque l'alimentation comporte un manque chronique de protéines, l'enfant présente des oedèmes, un gros ventre, il est gonflé, ses cheveux deviennent roux, il est atteint par ce qu'on appelle le kwashiorkor. Ces enfants sont particulièrement fragiles et en danger.

Nous n'allons pas entrer dans les détails des différentes formes de malnutrition dans notre étude, ce n'est pas notre sujet. Ce qui nous intéresse dans ce texte, ce sont les contextes et les dynamiques sociales et familiales, cadre de ce problème. Nous utiliserons le vocable de malnutrition pour désigner toutes catégories confondues.

1.3. De la situation nutritionnelle au Burundi

Au Burundi, la malnutrition touche la majorité des enfants de moins de 5 ans et plus largement une large partie de la population. A partir d'un entretien dans le cadre de ce mémoire en 2020 avec Christine Gard, infirmière et anthropologue spécialisée en médecine tropicale, « *les formes de marasme léger sont fréquentes mais peu prise en compte : la maigreur des enfants, comme celle des adultes, parce qu'ils n'ont pas accès à une alimentation en quantité suffisante, est commune et banalisée. Le kwashiorkor est par contre plus reconnu parce qu'il marque les corps de façon importante et qu'il conduit de nombreux enfants vers la mort* ».

Selon l'UNICEF(2013)¹, le Burundi connaît le taux de faim le plus élevé des 120 pays où l'indice de la faim dans le monde a été calculé en 2012. Près de deux tiers, ou 58 pour cent, de tous les enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique.

De surcroît, « *La situation nutritionnelle au Burundi est « très alarmante » au regard du degré d'insuffisance en apport calorique* », a affirmé Déogratias Niyungeko, pédiatre nutritionniste de formation et professeur de pédiatrie et de nutrition à la Faculté de médecine de l'Université du Burundi, le 30 octobre 2015.

Selon le journal Burundi Eco (juillet 2018)², « *le Burundi vit dans une vulnérabilité structurelle qui explique la situation nutritionnelle critique des enfants de moins de 5 ans avec la prévalence élevée de la malnutrition chronique (57%), des maladies infantiles comme les infections respiratoires aiguës (IRA), la diarrhée et la fièvre. Cela ressort d'une enquête nationale sur la situation nutritionnelle réalisée auprès de 46 districts sanitaires.* »

¹ <https://www.unicef.org/french/nutriti> consulté le 19/7/2019

² <http://burundi-eco.com/la-malnutrition-chronique>, consulté le 21/2/2019

1.4. De l'alimentation du jeune enfant

L'enfant dès la naissance, est nourri au lait maternel. Ce lait ne doit pas être mélangé avec d'autres aliments jusqu'à l'âge de 6 mois. Selon l'OMS, à partir de l'âge de 6 mois, l'allaitement seul n'est plus suffisant et il est recommandé, pour répondre à des besoins nutritionnels croissants, de donner aux enfants des aliments de complément adéquats et riches en nutriments tout en continuant de l'allaiter jusqu' à l'âge de deux ans ou plus.

Au Burundi, d'après le rapport de l'Unicef (2016-2017, p.72), les résultats montrent que 91% des enfants âgés de 6 à 23 mois ne consomment pas les aliments selon les exigences de fréquence et de diversification alimentaire minimum.

Ces exigences sont telles que :

- L'enfant doit être exclusivement allaité au sein à l'âge de 0 à 5 mois.
- 2 repas pour les enfants allaités au sein, âgés de 6 mois à 8 mois
- 3 repas pour les enfants allaités au sein, âgés de 9 à 24 mois
- 4 repas pour les enfants non allaités au sein, âgés de 6 à 24 mois

Le même rapport montre que l'enfant, au Burundi, ne consomme pas des aliments appartenant à au moins 4 des 7 groupes d'aliments. Les 7 groupes d'aliments utilisés pour le calcul de cet indicateur dans cette enquête étaient :

1. céréales, racines et tubercules,
2. légumineuses et noix
3. produits laitiers (lait, yaourt, fromage)
4. produits carnés (viande, poisson, volaille, foie/abats)
5. œufs
6. fruits et légumes riches en vitamine A
7. autres fruits et légumes

1.5. Des causes de la malnutrition

A voir le taux de la malnutrition au Burundi, il y a moyen de se demander, quelles en sont les causes. Celles-ci peuvent différer d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre dans un même pays, cela dépend du contexte.

En ce qui nous concerne, nous allons en citer quelques unes :

- Au Burundi, les disettes occasionnées par la sécheresse et l'érosion ont toujours été une des grandes causes de la malnutrition.
- Les crises sociopolitiques périodiques que connaît le Burundi ne font qu'aggraver la situation. L'instabilité politique influe négativement sur la production. Une fois déstabilisés, les paysans n'exploitent plus leurs terres et par conséquent la production est minime. Et quand la production n'est pas satisfaisante, la faim gagne le terrain.

MUSANABANDI(2004) cité par NDAYISENGA (2010, p.3) dit : « [...] la crise sociopolitique qu'a connue le Burundi depuis octobre 1993 s'est répercutée sur l'économie, réduisant la productivité et aggravant ainsi la situation nutritionnelle. Le taux de malnutrition est passé de 12% avant la crise à 16% en 2004. »

- La pauvreté, monétaire et non monétaire, intimement liée à l'instabilité sociopolitique, est aussi un grand facteur de malnutrition au Burundi.
- Le changement climatique et l'infertilité des terres ont occasionné la baisse de la récolte, ce qui a conduit plusieurs familles à l'insécurité alimentaire permanente. Sachant que plus de 90% des burundais vivent de l'agriculture, et que les conditions socio-économiques ont fortement diminué le pouvoir d'achat, la quasi-totalité des ménages ont alors du mal à se procurer de quoi mettre sous la dent quand la récolte est épuisée ; puisqu'ils ne comptent que sur cette dernière.
- Le problème démographique auquel le Burundi est confronté contribue énormément à l'amplification de la malnutrition. A ce sujet, selon le journal (yaga-Burundi, le 25 juin 2019)³, « La croissance démographique au Burundi est une « bombe » qu'il faut (vite) désamorcer. Selon la même source, actuellement estimée autour de 12 millions, la population burundaise ne cesse d'aller crescendo. Et d'après les projections de l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU), elle aura doublé en 2050. Normal pour un pays qui affiche un taux de croissance de 2,4% et un taux de fécondité de 5,5 enfants par femme, selon cette même institution. Cette situation est lourde de conséquences. En tête de liste, la pauvreté qui bat son plein. En effet, avec un taux de pauvreté estimé à 74,7%, le Burundi est parmi les 5 pays les plus pauvres de la planète et a un taux de malnutrition de 60%. »

³ <https://www.yaga-burundi.com/2019>, consulté le 16/8/2019

GUIFFAN (1969, p.3) stipule lui aussi que le problème alimentaire paraît comme très lié au problème démographique.

- La malnutrition la plus grave est souvent liée au sevrage précoce et brusque. Elle se caractérise alors souvent par du Kwashiorkor, maladie connue sous le nom de « Imbeho » qui veut dire « le froid », parce que l'enfant manque de soins maternels. La mère étant enceinte ou ayant un nouveau-né, le premier enfant est délaissé et attrape froid.

De tout ce qui précède, nous réalisons que la malnutrition des enfants au Burundi est liée à plusieurs facteurs qui se chevauchent.

1.6. Des conséquences de la malnutrition

La malnutrition, sujet de notre travail, mérite une attention particulière de la part de toutes les parties prenantes parce qu'elle est pleine de conséquences. Différents auteurs sont unanimes sur les conséquences liées à la malnutrition dont l'irréversibilité de la condition d'un malnutri et son amoindrissement mental définitif.

Pour HABONIMANA (2017, p.10) : « *Chez l'enfant, toute carence protéique est une cause majeure de déficit de l'immunité cellulaire et augmente le risque de mortalité infectieuse.* »

La malnutrition contribue à la mortalité de plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde comme l'affirme Kofi Annan dans l'avant propos du rapport de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde (UNICEF, 1998) : « *La malnutrition est rarement considérée comme une urgence ; les enfants qu'elle affecte ne se trouvent pas en situation de famine, et présentent peu de symptômes apparents, voire pas du tout. Et pourtant la malnutrition, crise largement invisible, contribue à plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Elle constitue une violation insigne des droits de l'enfant, dont elle compromet le développement physique et mental, et elle concourt à perpétuer la pauvreté. Plus répandue que beaucoup ne le pensent – elle touche un enfant sur trois – la malnutrition diminue la productivité et les capacités de sociétés entières* ».

En plus de contribuer à la mortalité d'un grand nombre d'enfants dans le monde, la malnutrition ne concerne pas les familles touchées seulement mais c'est un problème de toute l'humanité.

Elle est en même temps la cause de la pauvreté comme le dit le rapport ci-haut cité (UNICEF, op.cit, pp : 9-10) : « *La malnutrition est une urgence silencieuse. Mais la crise est bien réelle, et sa persistance a des conséquences profondes et redoutables sur les enfants, la société et l'avenir de l'humanité. Contrairement à une idée très répandue, la malnutrition ne dépend pas simplement du fait qu'un enfant peut ou non satisfaire son appétit. Un enfant qui mange suffisamment pour calmer sa faim immédiate peut néanmoins être malnutri. Et la malnutrition n'est pas seulement une urgence silencieuse – elle est aussi largement invisible. Les trois quarts des enfants qui dans le monde meurent de causes liées à la malnutrition sont affectés de ce que les spécialistes appellent malnutrition modérée et légère et ne présentent aucun symptôme aux yeux d'un observateur non averti.*

Le tribut prélevé par la malnutrition dans le monde n'est pas non plus au premier chef la conséquence de famines, de guerres et d'autres catastrophes, ainsi qu'on le pense souvent ; en fait, ces événements ne sont responsables que d'une petite partie des cas de malnutrition dans le monde. Mais ces urgences, comme les crises qui se produisent actuellement dans la région des Grands Lacs d'Afrique provoquent souvent les formes les plus graves de malnutrition [...] les dimensions de la crise de la malnutrition sont claires. Il s'agit, d'abord et avant tout, de la mort et de l'invalidité d'enfants sur une grande échelle, de milliers de femmes qui entrent dans les statistiques de la mortalité maternelle, notamment en raison de carences nutritionnelles et des coûts sociaux et économiques qui étranglent le développement et étouffent l'espoir. On sait depuis longtemps que la malnutrition est une conséquence de la pauvreté : il devient de plus en plus évident que c'est également l'une de ses causes ».

En définitive, la malnutrition a plusieurs causes dans le temps et dans l'espace. Elle est aussi pleine de conséquences sur le développement physique, mental et affectif de l'enfant qui en souffre. Elle est principalement la source de plusieurs maladies chez l'enfant parce qu'elle affaiblit le système immunitaire et par conséquent cause de la mortalité. De surcroît, ses conséquences affectent toute l'humanité.

CHAPITRE II : DES CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

2.1. Méthode

La méthodologie de la recherche est une voie à suivre pour aboutir aux résultats escomptés. Les chercheurs en sciences sociales disposent de deux méthodes entre autres la méthode quantitative et la méthode qualitative. Contrairement à la méthode quantitative qui implique la collecte et l'analyse des données qui soient quantifiables, la méthode qualitative quant à elle, aide à répondre à une multitude de questions dont la quantification ne permet pas d'obtenir les réponses. C'est alors cette dernière que nous avons engagé dans notre travail pour essayer de comprendre la dynamique socio familiale autour d'un enfant malnutri.

2.2. Enquête sur terrain

Bien que la lecture des documents s'avère nécessaire et utile pour une étude scientifique, elle ne suffit pas à elle seule. De surcroît, la méthode de recherche qualitative qui vise la compréhension du phénomène étudié exige un travail de terrain. Par ailleurs, « *le terrain est à la mode aujourd'hui comme le montre la floraison d'expressions qui l'évoquent : aller sur terrain, être proche du terrain, être un homme ou une femme de terrain* », affirment BEAUD et WEBER (1997, p7). Ainsi donc, en plus des lectures, nous avons aussi recouru à un travail de terrain du fait que le terrain nous réservait des informations aussi importantes que la littérature n'a pas su nous fournir. A ce sujet, les mêmes auteurs (p.38) disent : « *L'enquête permet de confronter le discours des enquêtés à leur pratique et à leur univers de référence. En effet, l'enquête de terrain offre l'accès à des interactions interpersonnelles, elle ne permet pas d'observer ou d'enregistrer des opinions hors contextualisation.* » C'est bien ces interactions qui nous ont intéressés au cours de notre terrain.

Comme nous l'avons déjà évoqué, notre travail de terrain s'est effectué dans le district sanitaire de Muyinga constitué de trois communes à savoir Muyinga, Mwakiro et Buhinyuza.

2.3. Du choix des enquêtés

L'accès aux domiciles des enfants malnutris a été facilité par les agents de santé communautaire. Ceux-ci connaissaient bien les ménages comportant ces enfants. Comme le terrain ne nous était pas familier, arrivée au chef lieu de la commune, nous demandions où habitent les chefs de colline ou les agents de santé communautaire de cette localité. Une fois trouvés, ils nous orientaient alors vers les familles d'enfants malnutris.

Nous avons commencé par la commune Mwakiro qui est loin du chef lieu de la province, ensuite la commune Buhinyuza, et enfin nous avons terminé par la commune Muyinga exactement à l'hôpital Muyinga, au service de stabilisation thérapeutique.

Répartition des enquêtés par commune

| Personnes interviewées | Commune Mwakiro | Commune Buhinyuza | Hopital Muyinga |
|-------------------------------|-------------------|--|--------------------------|
| Parents d'enfants malnutris | 3 ménages visités | 3 ménages visités et 5 cas rencontrés au centre de santé le jour de distribution des suppléments nutritionnels | 3 dont une mère dénutrie |
| Agents de santé communautaire | 1 | 1 | 0 |
| Infirmiers | 0 | 1 | 0 |
| Médecin | 0 | 0 | 1 |

2.4. Des outils de collecte des données

La méthode de recherche est définie comme procédé ou ensemble de procédés mis en œuvre pour obtenir un résultat déterminé. Chacune des deux méthodes de recherche utilisées en sciences sociales a ses techniques de collecte des données. NDUWAYEZU (2004, p.62), reprenant POISSON(1990) indique que le choix des techniques de collecte des données est étroitement lié ou solidaire à la nature du phénomène étudié. Pour notre travail, nous avons utilisé les techniques d'entretien et d'observation.

2.4.1. L'enquête par entretien

Par le biais de l'entretien, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou plusieurs individus dans la société. Pour COMPENHOUDT (2017, p.82), « *il est essentiel que l'entretien se déroule de façon très ouverte et très souple et que le chercheur évite de pose des questions trop nombreuses et trop précises de manière à ne pas limiter à priori les aspects du problème à prendre en compte* », affirme-t-il.

Néanmoins, cela ne veut pas dire qu'il faut laisser l'enquêté raconter du n'importe quoi, le chercheur a l'obligation d'orienter les interventions de son interlocuteur, pour avoir des propos utiles à son enquête. C'est pourquoi nous avons établi un guide d'entretien renfermant les grands thèmes qui se rapportent aux objectifs poursuivis comme le dit DE LANDSHEERE (1976, p.82) : « [...] l'enquêteur accorde moins d'importance à la standardisation qu'à l'information elle-même. Toutefois, il faut qu'enfin d'entretien une série d'objectifs précis soient atteints. »

En ce qui est des enquêtés, au cours d'une recherche scientifique, le chercheur n'interviewe pas n'importe qui ; uniquement les personnes qui ont probablement des informations sur son sujet sont interviewées. A. ANGER indique : « le chercheur interroge telle personne parce que cette personne possède telle caractéristique, parce qu'elle appartient à telle couche sociale, parce qu'elle a connu tel type d'expérience. »⁴

Comme notre recherche vise à saisir la dynamique sociofamiliale autour d'un enfant malnutri, nous ne pouvons pas nous en rendre compte sans engager l'entretien auprès de leurs parents, des travailleurs de santé et des agents de santé communautaire. Ainsi donc, nous avons utilisé l'entretien semi-directif appelé aussi interview semi-structurée ou entretien *guidé* par certains auteurs.

Nos enquêtés sont diversifiés. La raison est simple : c'est pour la triangulation de l'information. A ce propos, BLANCHET et GOTMAN (2006, p.54) disent : « Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. L'échantillon dit représentatif qui présente les mêmes caractéristiques que la population et autorise la généralisation des résultats est lui beaucoup plus rarement employé dans la mesure où ces enquêtés ne comportent pas d'effectifs suffisants et où surtout ne se pose pas le problème de représentativité statistique. »

⁴ <https://arlap.hypotheses.org/8170> consulté le 6/9/2019

2.4.2. La technique d'observation

En plus des entretiens que nous avons faits avec nos enquêtés ci haut cités, nous avons aussi fait recours à l'observation parce que l'entretien ne suffit pas à lui seul pour nous procurer toutes les informations sur notre sujet. L'observation aux domiciles d'enfants malnutri, au centre de santé et au service de stabilisation thérapeutique nous a permis d'entrer en contact avec le milieu d'enquête. Elle nous a révélé pas mal d'aspects non confrontés par les entretiens. « *Si difficile soit-elle en réalité, l'observation reste le meilleur outil de l'ethnographe, sa meilleur arme*», disent BEAUD et WEBER (2003, p.176)

Mais, une question se pose : qu'est ce qu'observer ? En fait, le chercheur ne doit pas perdre de vue vis-à-vis de son objet de recherche si non, il risquerait de voir tout et rien. Il doit donc établir une grille d'observation. L'observation n'est pas aussi facile qu'on le croirait. Voici les éléments que nous avons observés :

- L'état de l'enfant malnutri
- Sa relation avec les parents et la fratrie
- L'état de santé des autres enfants s'il y en a
- Les champs
- La disponibilité de la nourriture
- Le flux aux centres de prise en charge

2.5. Techniques d'analyse et de traitement des données

Une fois que la collecte des données est terminée vient le moment de l'analyse de celles-ci. L'entretien et l'observation nous ont servi d'outils de recueil de données comme nous l'avons déjà dit dans les lignes précédentes. Alors, après avoir retranscrit sur papier les informations enregistrées, nous les avons par la suite regroupées par thèmes dérivant des objectifs de notre étude. Signalons que la présentation des données ne s'est pas faite cas par cas. Nous les avons plutôt regroupées par types de réponses. Cela veut dire que les réponses de différents enquêtés se rapportant à un même thème ont été mises dans un même paquet. Les noms que nous avons utilisés dans la présentation des monographies sont des pseudonymes. Cela a été fait dans le but de garder l'anonymat à l'égard de nos enquêtés.

Le traitement a consisté en l'analyse de contenu. L'analyse de contenu selon MAYER et OUELLET (1991, p.76), « *porte sur un matériel non donné ni rassemblé mais créé par la recherche elle-même par l'enregistrement des entretiens avec les enquêtés sur des thèmes en rapport avec le phénomène à l'étude.* »

Quant à DAVAL (1963, p.470), « *l'analyse de contenu que l'on dit aussi « impressionniste » épouse beaucoup mieux les méandres du comportement objet de l'étude, elle se montre plus objective.* »

Il s'agit de comprendre le sens de chaque propos et des comportements ou d'autres choses observés et essayer de faire des liens entre eux. Les sens peuvent être convergents ou divergents. Signalons aussi que notre recherche est placée dans une posture anthropologique.

2.6. Des difficultés rencontrées

- L'entrée au terrain n'a pas été chose facile surtout au centre de santé que nous avons visité où nous sommes arrivés à 8h. Le recueil des données a commencé vers midi parce que nous avons dû attendre le titulaire de ce centre de santé qui est arrivé à 11h. C'est de celui-ci que nous attendions l'autorisation d'y réaliser notre enquête, chose faite après plusieurs négociations. De surcroît, nous n'avons pas eu toutes les données que nous voulions avoir des registres tels que les effectifs enregistrés par mois, les nouveaux cas et les cas de rechute. L'infirmière chargée des registres ne nous a pas aidés en grand-chose. Toutefois le titulaire nous avait dit qu'il y a des données que nous ne pouvions pas avoir parce qu'elles sont « protégées ».
- Le caractère d'étrangeté : au centre de santé que nous avons visité, tous ceux qui étaient là voulaient savoir qui nous étions. Des va et vient autour de nous, des regards incessants, ... certains même nous soupçonnaient. Par après, nous avons vu des jeunes gens, venir l'un après l'autre, passer à côté de nous sans le moindre mot. Certains entraient dedans et se parlaient avec l'infirmier, des fois ils sortaient nous voir ensemble tout en nous pointant du doigt, ce qui nous inquiétait. C'est en rentrant que nous avons raconté au motard cette situation et lui avons demandé de quoi il s'agirait, il nous a dit que ça doit être des « imbonerakure »⁵. « *Ils s'informent sur toute personne étrangère dans la localité pour question de sécurité* », ajoute-t-il.

⁵ Les jeunes partisans du parti CNDD-FDD

DEUXIEME PARTIE :

PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

CHAPITRE I : DES REPERCUSSIONS DE LA PRESENCE D'UN ENFANT MALNUTRI AU SEIN D'UNE FAMILLE

0.1. Introduction

Dans ce chapitre, nous allons principalement essayer d'analyser, selon les cas que nous avons rencontrés, ce que la présence d'un enfant malnutri implique dans sa famille. Nous allons nous pencher essentiellement sur le côté relationnel entre les membres de cette famille. Il s'agit des parents ou tuteurs ainsi que la fratrie. A part les relations des membres de la famille, nous allons en même temps analyser les imputations de cette situation de malnutrition dans une famille sur sa condition de vie.

1.1. De la famille burundaise

Selon le dictionnaire Larousse (1957, p.256), la famille signifie : *« les personnes apparentées vivant sous le même toit, spécialement le père, la mère et les enfants. »*

C'est aussi selon le même dictionnaire (1957, p.261) *« L'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage et l'affiliation, ou exceptionnellement par l'adoption. C'est le cas d'une famille monogamique ou polygamique. »*

D'autres chercheurs comme les sociologues et bien d'autres s'intéressant à la famille et aux faits liés à la famille la définissent en se basant sur des phénomènes d'interaction. TOUZARD (1975, p.10), lui considère la famille comme un groupe social. Il dit : *« La famille est un groupe social(...). La famille est un groupe car elle est limitée dans son volume, elle est le cadre d'interaction et d'interdépendance et répond à un certain nombre de buts communs à ses membres et plus ou moins explicites : biologiques, économiques, sociaux, psychologiques, culturels et spirituels. »*

TOUZARD insiste dans sa définition sur les relations d'interaction qui caractérisent les membres du groupe-famille. Cela suppose un apport de chacun des membres de la famille. Comme ça s'observe dans un groupe qui poursuit les mêmes objectifs, le travail se fait en synergie. Chacun s'efforce à faire de son mieux pour faire avancer le groupe vers les objectifs qu'il s'est fixé. La part de l'un complète celle de l'autre et enfin le but commun est atteint.

Au Burundi, la famille semble fusionner toutes ces définitions précédentes. Quand on parle de la famille, deux sens sont sous-entendus : il s'agit d'abord de la famille restreinte constituée du père, de la mère et de leurs enfants, chacun ayant sa place et son rôle bien défini. C'est-à-dire que chacun a des attentes vis-à-vis de l'autre. Nonobstant, d'autres éléments peuvent faire partie de cette famille. C'est le cas d'un enfant élevé au sein d'une famille donnée par exemple. Il s'agit ensuite de la famille élargie constitué des grands-parents, des parents, des enfants, des petits enfants, des oncles, des tantes, des cousins et des cousines.

Pour MWOROHA (1977, p.38), « *Les membres de l'Umuryango, parenté élargie, entretiennent des liens fréquents entre eux, participation aux fêtes, solidarité face aux difficultés naturelles, sociales ou politiques.* »

MWOROHA, lui aussi insiste sur l'entraide et la solidarité qui doivent caractériser les membres d'une famille, dans les moments de joie ainsi que ceux de difficultés.

Des propos de MWOROHA et TOUZARD, nous réalisons que l'important n'est pas le simple fait d'appartenir à telle ou telle autre famille, y occuper telle ou telle autre position, y avoir tel ou tel autre statut.

Quant à JEAN et ses collaborateurs (2004, p.370), « *Chaque statut ne peut se comprendre qu'en fonction du système de relations dans lequel il s'insère* ». A titre d'exemple, le statut de père ne peut être défini que par référence aux enfants, celui d'employeur par référence à l'employé et vice –versa. C'est alors cette relation qui unit les membres de la famille.

1.2. De la division des tâches dans une famille burundaise

Selon le dictionnaire de Sociologie, la division du travail désigne une répartition et une spécialisation des tâches nécessaires à la production des biens et des services entre les individus ou les groupes sociaux dans une société donnée.

Pour DURKHEIM, la division du travail ne concerne pas les seules activités économiques mais touche l'ensemble des activités sociales.

Actuellement, comme il était dans le Burundi traditionnel, les tâches entre père et mère sont divisées. Traditionnellement, la femme s'occupait des champs, des tâches ménagères ainsi que de l'éducation des filles. Le garçon était éduqué par son père qui lui apprenait son métier tel que la chasse, la forge, etc. Ils partaient ensemble à la guerre.

Donc, comme les champs étaient toujours fertiles et vastes, chaque famille se procurait facilement des aliments dont elle avait besoin. Elle pouvait aussi se procurer de ce qu'elle n'avait pas chez soi par le troc⁶. Mais, progressivement avec la démographie qui a fortement augmenté, les terres qui sont devenues de moins en moins fertiles, certains burundais ne parviennent plus à satisfaire leurs besoins alimentaires. Certains des agriculteurs sont obligés de s'approvisionner au marché afin de compléter leur production agricole. Ceux qui n'en ont pas les moyens se voient proies à la malnutrition et/ou à la sous-alimentation – nous allons y revenir – et tout ce que cela entraîne sur la santé de la famille concernée. Dans ces conditions, il y a lieu de comprendre que de telles familles font face à des mutations socio-économiques dont elles ne peuvent contrôler les tendances.

SEGALEN et MARTIAL (2014, p.2) ne s'éloignent pas de notre assertion quand ils stipulent : « *Lieu du privé, la famille est en prise directe avec la société. Aussi les mutations sociales profondes qui concernent autant l'économie, le travail, les espaces urbains, que la culture et les modes de vie, etc. ont-elles des répercussions immédiates sur la vie quotidienne des individus, qui se déploie au sein d'une constellation de personnes liées par le sang et/ou l'alliance. A l'inverse, la famille qui n'est pas une simple caisse de résonance de ces changements, participe activement à ces transformations.* »

Comme nous l'avons déjà signalé dans les paragraphes précédents, en milieu rural, ce sont les femmes qui s'occupent, pour l'essentiel, des travaux champêtres et ménagers. Ainsi donc, elles sont les premières à subir les conséquences de l'insuffisante production agricole. Ce qui veut dire que si jamais elles ont les moyens, elles doivent, en complément des récoltes, s'approvisionner au marché. Néanmoins, d'après l'entretien que nous avons eu d'avec Rose, mère d'un enfant malnourtri, la femme rurale n'est pas, dans la plupart des cas, susceptible de recevoir de l'argent. C'est bien entendu que l'homme doit intervenir, comme il le peut, pour assurer la survie de sa famille premièrement pour les besoins alimentaires, l'habillement, la scolarité des enfants, etc. Par contre, d'après Amina, agent de santé communautaire, même les hommes ne disposent pas toujours de cet argent. Là alors, la situation de la famille devient de plus en plus sophistiquée.

⁶ Echange de produits, dans le Burundi traditionnel. Celui qui avait des haricots pouvait avoir des petits pois chez son voisin qui en avait, les perles ou le sel pouvait s'échanger contre une chèvre par exemple, etc.

Qu'il soit perçu comme une institution ou comme un système de relations, le groupe familial constitue le premier espace social où des ressources mobilisables sont perçues par les individus [...] Alors que la famille nous apparaît comme familière au niveau des liens de parenté qu'elle présuppose, elle devient compliquée à comprendre dès lors que l'on tente de saisir le sens des pratiques concrètes qui s'y accomplissent, stipulent BAWIN et STASSEN (1996, p.9).

C'est cette complexité de faits qui s'observent dans la famille dépendamment des situations que nous allons développer dans les paragraphes qui suivent.

1.3. De la valeur de l'enfant dans la famille burundaise

1.3.1. L'enfant comme bénédiction et richesse

Dans la culture burundaise, après le mariage, l'enfant est impatientement attendu et par les jeunes mariés, et par leurs familles, voisins et proches. L'enfant est un trésor que tout jeune foyer souhaite avoir dans les meilleurs délais. L'enfant est considéré comme le fruit précieux de l'union de l'homme et de la femme. En bénissant les jeunes époux, on leur dit : « murakagira inka n'ibibondo » soit littéralement « ayez les vaches et les enfants. » Les vaches tout comme les enfants étant le symbole de la richesse chez les burundais. Au Burundi, avoir des enfants est parmi les objectifs qui amènent les uns à se marier comme le dit NAVAS (1977, p.23) : « *Contrairement à ce qui se passe dans nombre de sociétés occidentales, ce n'est pas l'amour du conjoint qui est cité comme première motivation au mariage, il ne faut pourtant pas entendre par là que l'amour y soit absent, mais simplement que le motif profond qui poussent les burundais à s'unir est avant toute chose le besoin de fonder un foyer et d'avoir des enfants.* »

Les noms burundais montrent combien la vie est un don de Dieu. On trouvera des noms tels que NIREMA, HAVYARIMANA, HARERIMANA, IRAKOZE, soit c'est Dieu qui crée, c'est Dieu qui met au monde, c'est Dieu qui élève, Dieu merci, et d'autres. Cela montre que les burundais croient en la toute puissance de Dieu qui donne les enfants comme grâce et bénédiction aux parents.

A ce sujet, NINHAZIMANA (2014, p.64) dit : « *La société burundaise conçoit la vie comme un processus dynamique qui surgit à la naissance dans le monde des vivants, prend sa forme active dès l'enfance, se réalise à l'âge adulte et disparaît au soir de la vieillesse, renvoyant le sujet dans son monde d'origine. La vie des humains est tributaire des actions des êtres invisibles, des esprits et au sommet de la hiérarchie : « Imana Mushobora vyose », le Père suprême. L'enfant est considéré non seulement comme source de richesse, mais aussi comme unique symbole de continuité, de l'unicité familiale. En succédant à ses parents, l'enfant perpétue un ensemble de valeurs des générations antérieures.* »

Toutefois, suite à des causes diverses, la famille peut ne pas avoir d'enfant ou en avoir tardivement. Dans ce cas, le sort tombe sur la femme qui est jugée d'infertile. Des mésententes apparaissent alors surtout entre la mariée et sa belle famille. Face à l'infertilité du couple, des remèdes sont tentés ici et là. Des recours à certaines pratiques liées à la religion traditionnelle telles que kubandwa, guterekera,..., recours aux tradipraticiens, aux prières, à la médecine moderne, etc. Des fois, tous ces recours sont combinés parce que les médicaments sont efficaces quand ils sont combinés comme le disent les burundi « imiti ikora ikoranye. » Tout moyen qui peut résoudre ce problème est tenté parce que ne pas avoir d'enfants est une peine insupportable qu'un burundi peut avoir.

Pour NAVAS (1977, pp.39-40), « *être sans enfants, c'est être comme nu, sans défense ni prestige (...). La belle descendance confère au couple un statut social plénier ainsi qu'une grande fierté à chacun des conjoints.* »

1.3.2. L'enfant comme objet de mésententes

Dans les paragraphes qui précèdent, nous avons vu que l'enfant au Burundi est une source de joie au sein de la famille. Néanmoins, de part les témoignages tirés des monographies recueillies, il arrive que les conjoints ne s'entendent point. En tête des différends, il y a la question de leur incapacité à pouvoir trouver un compromis eu égard de comportement responsable à adopter face à leur enfant malnutri.

En effet, un enfant malnutri nécessite un traitement particulier. Son alimentation se décale d'une alimentation ordinaire, occasionnant en même temps des moyens financiers additionnels, ce qui des fois finit par occasionner des controverses au sein du couple parental.

Dans ce chapitre, nous allons essayer d'explorer les attitudes de l'un ou l'autre face au problème de malnutrition dont leur enfant est victime.

Partons des propos de Louis, l'agent de santé communautaire de l'une des collines de la commune Mwakiro.

« Haraho imishamirano ivyuka mu rugo bivuye ku mwana arwaye izo ndwara zo gufungura nabi : abagabo barabuza abagore babo kuza mu kigo. Babifata nko guta umwanya. Bakabishwanira. Abagabo ntibemera ko umugore asiba kurima indwi zibiri zose. Ntivyumvikana. Iyo rero dutumye abagore ivyo bazana, kenshi ntavyo bazana. Kubera iki ? Abagabo nibo baba bafise amahera, ntibihutira kuyabaha. »

Cela se traduit comme suit :

« Des mésententes naissent des fois au sein d'un foyer suite à un enfant malnutri : les hommes interdisent aux femmes de venir au centre. C'est comme si c'est la perte de temps. Ils se disputent pour ça. Les hommes ne supportent pas que les femmes n'aillent pas au champ pendant toutes les deux semaines. C'est incompréhensible pour eux. Alors, quand nous demandons aux femmes d'amener des ingrédients, aucune d'elles ne les amènent. Pourquoi ? Parce que ce sont les hommes qui disposent de l'argent : Ils n'en donnent pas à leurs femmes à cette fin. »

Dans les centres de démonstration culinaire, les mamans des enfants malnutris apprennent la préparation d'un repas équilibré pour toute la famille, spécialement pour l'enfant malnutri. Elles y apprennent pas mal de choses telles que les thématiques relatives à l'hygiène et autres. Néanmoins, les hommes considèrent ces deux semaines que passent les femmes dans ces formations comme un temps perdu. L'enfant malnutri est, dans certains cas, objet d'incompréhension entre père et mère comme le prouvent les propos de Louis.

Ce qui est de l'argent nécessaire pour les ingrédients utilisables aux centres de démonstration culinaire, cette situation peut être orientée dans deux sens : soit les hommes disposent de l'argent et n'en donnent pas à leurs femmes pour l'achat des ingrédients, soit, ils peuvent ne pas en avoir eux aussi, ce qui est fort possible.

Dans le premier cas, les hommes ne s'impliquent pas dans les mesures qui pourraient aider à l'amélioration de l'état de santé de leurs enfants malnutris. Dans le deuxième cas, le manque d'argent chez ces hommes est plein de conséquences. La femme pense que son mari est indifférent à la situation de leur enfant.

Les soupçons de la femme à l'égard de son mari génèrent aussi des conséquences telles le manque de confiance, le déficit en considération et en respect. Bref, le chef de famille peut, dans ces circonstances, perdre son autorité au sein de la famille.

A ce propos Diallo dit dans Médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés, dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (2003, p.179) « *Dans un contexte de pauvreté, la maladie ne fait qu'attiser les tensions familiales entre l'homme et sa femme, entre les parents et les enfants. Le manque d'argent génère des malentendus. Le malade pense que ses parents sont indifférents à son état, qu'ils refusent de le soigner.* »

DIALLO parle de ce qui peut arriver à un enfant malade et conscient de sa maladie. Il s'agit pour notre étude d'un petit enfant qui n'en sait rien du tout et dont les parents doivent s'occuper.

Pour le cas que nous allons mentionner, la femme ne soupçonne pas son mari, mais elle est sûre de ses revenus. Elle est préoccupée par le fait que son mari ne l'appuie pas comme il le fallait dans l'entretien de leur enfant malnutri.

1.3.3. Quand l'homme ne répond pas a ses responsabilités

Il est midi 10, nous sommes en commune Buhinyuza, nous nous rendons chez Rose, âgée de 35ans, mère de 4 enfants, dont le plus petit âgé d'un an 7 mois souffre de la malnutrition. Nous la rencontrons sur le chemin à quelques 300m de chez elle. Elle a sur la tête un panier quasiment vide, contenant quelques cordes qu'elle va vendre. Elle a en ses mains une corde qu'elle est entrain de tisser. Après présentation et consentement, nous retournons chez elle où nous nous entretenons.



« Se wiwe? Hah ! Urugo cane cane ruraba umugore. Nka jewe, cumi na zibiri z'igitondo aba agiye. Gutaha aje kare ni saa mbili canke saa tatu. None nkaho woca uvuga ngo uwo mwana yariye ibiki mu gitondo, saa sita, mw'ijoro ngo wamugabyriye iki ? None nk'ubu yabonye ko namye mw'isoko nazanye ibase y'ibijumbu, ntaca agira ati rasiyo iriho ? Wumva uwo mugabo azokwiyumvira ngo ngure ivyo gushira wa mwana ? Azi ko muhira barara bariye ? Nico gituma nakubwiye nti iki kintu citwa umuguha kirantunze. Kuko ivyo uyu mwana afungura nta muntu yobigusumira ngo abiguhe. Ni bamwe bamwe, jewe sindimwo. Nk'ivyo biyoba, amavuta, indagara, ivyo vyamwa, vyose bisaba amahera. Wibaza ko noca nza ndamusaba amahera ? Twobipfa kandi twama twabipfuye. Ivy'umuryango ntiwomubaza, afise ayo mahera yiwe yinywera inzoga. Turabana nabi kuko mbona umwana wanje atariko aramwitaho. Ariko ndabimenyereye. Iyo ndamusavye rasiyo ntaco abivugako. Kandi ari we aronka wanashaka menshi kundusha. Jewe rero simpeza ngo ngire nkawe. Abana nibo bohagirira ingorane. Bishitse sindonke ikiziriko, hanyuma akanyima rasiyo, induru zica zivyuka. Ndamaze no gupfungwa. Dupfuye iki ? Aba bana. Simbona ukuntu umwana wanje aba abayeho iyo utaba uyu muguha wanje. »

Ce qui peut se traduire comme suit :

« Son père ! Haah ! Les affaires du foyer concernent plus la femme que l'homme. Mon mari part à 6h, s'il rentre tôt, c'est à 20h voire 21h. Dans ce cas, comment saura-t-il si l'enfant a mangé le matin, midi ou le soir ? Comment saura-t-il ce qu'a mangé l'enfant. S'il me voit au marché entrain d'acheter un bassin de patates douces, il ne peut pas penser à la moindre contribution comme ration, il se met à l'aise soit disant que ça suffit.

Tu penses que ce mari va penser à quoi apporter à cet enfant, alors qu'il sait bien qu'il y a à la maison à mettre sous la dent ? C'est pourquoi je vous ai bien dit, ces cordes me font vivre (elle tenait des cordes qu'elle fabrique elle-même dans ses mains). Mon mari ne peut pas m'acheter tout ce que cet enfant mange. Peut être il y a des hommes qui le font pour leurs femmes mais moi, je ne suis pas du nombre. Que ce soient les arachides, les ndagara, l'huile, les fruits, tout émane de l'argent. Tu penses qu'à chaque fois que je veux en acheter je vais lui demander de l'argent ? Loin de là. Ça peut provoquer des querelles. Et d'ailleurs ça les provoque toujours. Il ne se soucie pas de la vie familiale, mais avec son argent, il ne fait que boire de la bière. Nous nous regardons de mauvais œil, chaque fois qu'il s'en fout de la situation de mon enfant. Mais j'y suis habituée, rien de nouveau. Quand je lui demande la ration, il ne me donne rien. Alors que c'est bien lui qui reçoit même beaucoup plus que moi. Mais moi, je ne peux pas faire comme lui, mes enfants en seraient victimes. S'il m'arrive de ne pas avoir les cordes, et que dans ce cas il ne me donne pas la ration, des querelles naissent. J'ai même été emprisonnée à cause de lui. La cause majeure c'est nos enfants. Je ne me représente pas comment serait mon enfant n'eut été mes cordes.»

A partir des propos de Rose, nous voyons qu'il y a un déséquilibre dans l'implication des parents dans la vie familiale et particulièrement dans l'entretien de l'enfant malade. Le père semble se retirer des affaires familiales. Rose est consciente du recul de son mari vis-à-vis de son rôle de père. Elle vit comme une femme qui accomplit non seulement les tâches de mère mais aussi assume quelques responsabilités du père de famille. Ce n'est pas à dire qu'elle s'accapare de l'autorité de son mari mais cela exprime la bravoure qu'elle a d'exercer certaines tâches qui revenaient à la charge de celui-ci. C'est entre autres la survie de sa famille, la scolarité des enfants, leur habillement, les soins de santé et autres comme elle nous l'a raconté. En kirundi on le dit bien « umugore-mugabo » soit littéralement une femme-homme. Femme par sa physiologie, homme par les responsabilités qu'elle assume.

Le retrait du père de ses responsabilités a des effets sur la vie de la famille en général, mais il touche tout particulièrement les relations qu'il a avec sa femme. Pire est le fait de ne pas intervenir dans l'entretien de leur enfant malnutri. L'enfant, au lieu d'être une source de joie et de bonheur pour la famille, devient plutôt source de conflit entre ces deux conjoints.

C'est ce qu'affirme LAUSANNE dans Transition dans les parcours de la vie et construction des inégalités (2009, p.72) quand elle dit : « *L'effet du conflit parental peut être tempéré si les désaccords restent confinés à des sujets relevant de la relation conjugale uniquement ; toutefois, le conflit envahit le plus souvent la relation coparentale également et l'enfant devient le sujet de dispute et des désaccords.* »

Nous réalisons que le sort des mésententes entre conjoints tombe sur les enfants. Encore plus, lorsque les relations entre parents ne sont pas bonnes, les exigences matérielles et financières de l'enfant malade ne font qu'aggraver cette situation.

1.3.4. Enfant malnutri comme objet de renforcement des relations entre conjoints

Contrairement aux deux cas précédents où l'enfant malnutri peut être une source de conflits et disputes entre conjoints, d'autres cas nous révèlent une autre réalité. Découvrons-le à travers cet entretien avec MARIE.

« Jwe ahubwo kuva uyu mwana afashwe n'iyi ndwara bakatubwira neza ko ari kwashi, niho naboneye gushira hamwe n'umugabo kurusha uko twahora. Ubu aragenda kw'isoko nkabona azanye utudagara, utuboga canke utuyoba bivanye n'ico aronse. Yaronse udufaranga akampa nkagura nk'ikiro c'ibiharage. Ariko ubwa mbere suko vyari bimeze. Amahera yaronka sinamenya irengero ryayo. Naragenda nkasoroma ibijumbu tukararira ivyo. Icambwira ko afise amahera nuko yataha aborewe. Muri ico gihe ntawamuryamana, twarara kurya musonga. Ariko ubu vyarahindutse cane. Kuko ubu arazwa ishingira n'icotuma umwana aronka mitende kandi n'abandi bana bagume bamererwa neza ntibafatwe n'iyi ndwara. Erega kurwaza kwashi birateye isoni. »

Cela se traduit comme suit :

« Depuis que cet enfant a attrapé cette maladie, quand on nous a bien dit que c'est du kwashiorkor, j'ai vu des choses changer positivement entre moi et mon mari. Quand il va au marché, il amène des ndagala⁷, des arachides ou des légumes. Des fois il me donne même l'argent pour que j'achète un kilo de haricot. Si non, avant ce n'était pas comme ça. Je me rendais au champ et j'amenais les patates douces que nous mangions sans autres choses. Ce qui me témoignait qu'il a eu de l'argent, c'est qu'il rentrait ivre et nous malmenait tous. Personne ne dormait.

⁷ C'est une variété de poisson pêchée dans le lac Tanganyika. Ils sont de petite taille et sont vendus par kilogramme ou par des petits tas.

Maintenant les choses ont largement changé, parce que la situation de cet enfant le préoccupe. Il ne ménage aucun effort pour que cet enfant se remette en bon état de santé et pour que les autres enfants n'attrapent pas la malnutrition. En fait c'est honteux d'avoir des enfants malnutris.»

Contrairement à Rose, Marie se réjouit des changements remarquables qu'elle observe au sein de son foyer et cela à partir du moment où la malnutrition a surgi dans sa maison. La gestion des fonds qui, au départ était le propre de son mari est devenue cette fois-ci affaire des deux. Marie se sent maintenant impliquée dans la gestion des ressources familiales, si minime que soit cette implication. Reste à savoir si ça persistera après que l'enfant se sera remis. C'est un autre aspect intéressant que nous aurions aimé appréhender si les conditions le permettaient.

Quant à Joseph, rien n'a changé dans sa relation d'avec sa femme suite au cas de malnutrition qui se présente dans leur famille.

« Jwe n'umugore wanje tuguma dufatanye mu nda ingorane ziduhanze twese. Tubwirizwa kwihangana muri ubu bukene turimwo kuko nta kundi twogira.Udufaranga duke turonka turwana no kugura rasiyo y'abana.cane cane duhereye kur'uyu yirwariye».

Cela se traduit comme suit :

« Moi et ma femme restons unis, les problèmes nous hantent tous. Nous devons persévérer dans cette pauvreté que nous vivons, nous n'y pouvons rien. Les petits sous que nous recevons sont prioritairement pour la ration des enfants en commençant surtout par le malade».

Voilà un autre cas qui prouve la sérénité du couple malgré les difficultés qui le hantent. La malnutrition n'est pas pour eux cause de disputes et de conflits, ils gèrent ensemble la situation telle qu'elle se présente.

1.4. Des effets de la malnutrition

1.4.1. Sur la fratrie

Toute situation qui surgit dans une famille, heureuse ou malheureuse, affecte directement ou indirectement tous les membres, qu'ils en soient conscients ou non.

Ferdinand, notre interviewé de la colline Y, âgé de 40ans nous partage sa situation.

« Ibi tubayemwo birafise ingaruka ku bandi bana. Mfise abana bane, batatu muri bo barakwije imyaka yo kuja kw'ishure. ariko umwe gusa niwe yiga. Mukuru afise imyaka cumi n'ine aragira inka za barundi. Nari narungitse babiri kw'ishure, vyabaye ngombwa ko nkurayo umukobwa kugira arabe aka gatoyi kiwe, nta kundi twari kugira. Ntivyoroshe ko abana b'abakene biga. Tugiye gukora yaguma arira akabuza nyina wiwe gukora, navyo vyasa nabi kwa bosi agahakwa no kutamuhamba. Twaciye dufata ingingo yo kuza turamusiga muhira mukuruwe niwe musa yashobora kumusigarana. Nico gituma ariwe twakuye mw'ishure kugira aze aramusigarana muhira twe na nyina twagiye guca ingero».

Cela se traduit comme suit :

« La situation que nous vivons affecte les enfants en général. J'en ai 4. 3 d'entre eux ont l'âge scolaire mais un seul va à l'école. Le plus grand qui a 14 ans garde les vaches d'autrui. J'avais envoyé deux à l'école, j'ai dû retirer une fille pour s'occuper de cet enfant, nous n'avions pas de choix. Il n'est pas facile à l'enfant de pauvres de fréquenter l'école. Quand nous partions au champ, l'enfant pleurnichait, et empêchait à sa mère de bien travailler, ce qui n'était pas bon aux yeux du boss, on risquait de ne pas la rémunérer. Nous avons alors décidé de la laisser à la maison et seule sa grande sœur pouvait s'occuper d'elle. C'est pourquoi elle a du abandonner l'école pour la garder à la maison à l'absence de sa mère et nous au champ à la recherche de leur ration».

La vie difficile que mène cette famille de Ferdinand a provoqué d'une part la dislocation familiale. L'enfant aîné a quitté sa famille pour travailler chez autrui. Pourtant, il est encore mineur. En reprenant FERRAND (2001) cité par NINAHAZIMANA (2014, p.96), les conditions de vie défavorables tendent à séparer les familles, les enfants des parents, là est le paradoxe. En effet, dans ces situations, l'unité de la famille même est menacée et l'homme, la femme et l'enfant doivent se séparer.

D'autre part, ce sont les mêmes conditions qui ont fait que cet enfant n'aille pas à l'école. Ce n'est pas leur choix. Les conditions de sa famille ne le permettent pas comme le dit son père. Il n'est pas le seul à perdre son droit de scolarité. Même sa sœur de huit ans a abandonné l'école. Pour elle, c'est d'un côté à cause des conditions familiales, c'est de l'autre à cause de sa féminité. La culture burundaise perçoit les fillettes comme des futures mères.

E. DORLIN (2008, p.5), citant S. DE BEAUVOIR (1949) dit : *« on ne naît pas femme : on le devient. Aucun destin biologique, physique, économique ne définit la figure que revêt au sein de la société la femme humaine ; c'est l'ensemble de la civilisation qui élabore ce produit intermédiaire entre le mâle et le castrat qu'on qualifie de féminin. Seule la médiation d'autrui constitue un individu comme un Autre. »*

Sans entrer dans les débats féministes, cette civilisation que connaît le Burundi, cette culture qui anime tout burundais fait que certains droits des filles soient bafoués. C'est pourquoi, quand les parents pensent à qui peut s'occuper de l'enfant malnutri au moment où ils sont au champ, c'est d'après eux la petite fillette qui s'occuperait le mieux de lui que ses frères. Donc malgré les conséquences, elle doit abandonner l'école. Elle contribue en quelque sorte à la survie de sa famille, parce que, d'après son père, le fait de laisser l'enfant qui pleurnichait à la maison c'est pour améliorer la qualité du travail de la mère.

Un cas pareil a été observé au centre de santé que nous avons visité le jour de la distribution des suppléments nutritionnels : une fillette de 10ans portait sur son dos un enfant de 8 mois. Quand nous lui demandons sa raison d'être là elle nous dit que c'est parce sa mère porte le grand frère du bébé âgé de trois ans et qui souffre de la malnutrition. Quand sa mère va au champ, elle reste à la maison pour garder son frère malade tandis que sa mère part avec le bébé nous raconte-t-elle. La fillette avait abandonné l'école à cause de cette situation, il y avait trois mois. Elle était en troisième année.

Ce cas est presque similaire au cas précédent. Nous réalisons que dans tous ces cas, l'abandon scolaire de ces deux filles a été dû à la malnutrition d'un de leurs petits frères ou sœurs. On ne sait pas si elles regagneront l'école. Ainsi, elles subiront les conséquences de la non-scolarité à cause de la maladie de l'un de la fratrie. Restait à savoir si elles regagneront l'école après que leur(s) frère(s) ou sœur(s) malnutris se seront remis. Si notre étude pouvait se prolonger sur un temps plus ou moins long comme un semestre ou plus, nous aimerions savoir l'issue de ces situations.

Dans les deux cas nous avons voulu savoir s'il y avait de garçons un peu plus âgés qui pouvaient « mieux » garder ces enfants. Il y en avait bien sûr mais garder des enfants c'est le propre des filles, nous ont répondu les deux parents des deux filles. Ici entre en jeu la question de genre, que nous ne pouvons comprendre qu'en nous basant sur la culture burundaise comme nous venons de le dire dans les lignes précédentes.

C'est la même culture qui oriente bien la division des tâches selon le genre à la fois pour les enfants et pour les adultes.

A ce propos, B. BAWIN et ses collaborateurs (1996, p.12) disent :

« Comprendre les pratiques familiales c'est aborder d'emblée la spécificité du lien qu'on y observe par rapport à tout autre lien , saisir les dynamiques dans lesquelles les pratiques s'inscrivent au fur et à mesure de la complexité des transitions entre conjoints et/ou entre parents et enfants. c'est aussi objectiver à des inégalités de départ (sexe, classe) et d'enchainements, des successions d'événements (maladie, perte ou accroissement des ressources) qui petit a petit, construisent des relations dans lesquelles le cadre normatif se modifie avec les événements qui font et défont le trame de la vie. »

La maladie qu'est la malnutrition a bouleversé particulièrement le cours normal de la vie des deux fillettes et celles-ci vont en subir les conséquences malgré elles.

1.4.2. Sur les conditions de vie de la famille

Comme nous l'avons déjà dit, les situations que traverse la famille ont des répercussions sur celle-ci. Quand elles sont bonnes, elles sont source de bonheur et progrès. Une fois malheureuses, que ça surgit pour un seul membre, toute la famille en subit. Il en est de même pour le cas de malnutrition. Découvrons-le à travers l'entretien d'avec Ferdinand.

« Ntivyoroshe kumurwanako ariko turagerageza gukora uko dushoboye kose kugira ngo umwana wacu yisununure. Turagerageza kumugurira udukenewe nk'utuboga, utuyoba, utudagara, naho nyene atabirya nka neza. Ariko vyoba ibihari data. Nkuko ubibona ndabura n'agapira nambara kubera ubuzima tubayemwo ariko iyi ndwara y'uyu mwana yaje gusongera isibe. Kuko ubwa mbere twarwana no kurondera ico tugaburira abana bose ariko ubu turondera rasiyo tukaronderera n'uyu murwayi kuko abwirizwa kugira agakono ka wenyene naho adaheza ngo abifungure neza nkuko twavyipfuzza.»

Traduit littéralement comme suit :

« Il n'est pas facile de la secourir mais nous essayons de faire avancer notre enfant dans la mesure du possible. Nous essayons de lui trouver les légumes, les arachides, les poissons qu'il ne mange pas aussi bien. Mais mieux vaut de les avoir. Comme tu le vois, je manque même de t shirt suite à notre situation en général et à la situation de cet enfant qui aggrave les choses....

Au départ, la préoccupation majeure était de trouver pour tous les enfants de quoi manger mais maintenant nous cherchons à la fois la ration et nous devons trouver les ingrédients à celle-ci (la malade) parce qu'elle doit avoir sa propre marmite même si elle ne mange pas comme nous le voulons. »



7janvier 2020, chez Ferdinand en commune Buhinyuza

Dans une situation de pauvreté, la maladie ne fait que renforcer la famille qui la vit dans les conditions les plus difficiles comme le dit DIALLO (op. cit, p.158) :« Le lien de causalité entre maladie et pauvreté existe dans deux sens. La pauvreté génère un mauvais état de santé mais inversement, dans une situation économique précaire, une maladie grave d'un membre de la famille peut faire basculer toute la famille dans la misère. Pour des personnes qui doivent chaque jour assurer leur survie, la maladie est un vrai désastre. »

C'est ce que nous observons en nous appuyant sur l'entretien d'avec Ferdinand. L'enfant malnutri est pour lui une urgence familiale. Cela fait que tout effort qui puisse y avoir vise l'enfant malnutri. Les autres besoins, même primaires dont l'habillement ne sont plus considérés comme tels, il fait semblant de les avoir oubliés. Des petits sous qu'ils peuvent avoir, ils doivent réserver à l'enfant malnutri sa propre marmite bien entendu préparée avec les ingrédients nécessaires et ensuite penser au repas familial.

1.5. Conclusion

Au cours de ce chapitre, nous avons parlé de la valeur accordée à l'enfant dans la famille burundaise. Il est dans la plupart des cas le bienvenu et il est attendu avec impatience. Il est dans ce temps source de joie et de bonheur pour la famille mais aussi pour l'entourage. Le même enfant peut être aussi, selon les circonstances, source de mésententes et de méfiance entre conjoints. C'est quand il nécessite une attention et un entretien particuliers suite à son état de malnutrition et que l'un des conjoints semble ignorer sa situation. La présence d'un cas de malnutrition au sein d'une famille a aussi comme conséquences la privation du droit à l'éducation comme deux cas de notre étude l'ont témoigné. La malnutrition au sein d'une famille, surtout une famille pauvre est que, tout effort réservé à l'enfant malnutri, les autres membres en subissent. Les conditions de vie deviennent de plus en plus défavorables. En revanche, cette situation qui crée des controverses pour certains est à l'origine de l'harmonie pour les autres. Ceci dans la mesure où, considérant la malnutrition comme une honte pour eux, l'homme, au départ ne collaborant pas avec sa femme en ce qui est de la gestion des ressources, change cette fois-ci de comportement. Ce changement est pour la femme quelque chose de très important parce que le fait de ne pas être impliqué dans la gestion des fonds est pour elle dévalorisant.

CHAPITRE II : DES REPRESENTATIONS DE LA MALNUTRITION PAR LES PARENTS

2.0. Introduction

Les représentations sont du domaine du subjectif. Etant compris comme la manière dont une personne se représente un objet, tout le monde ne peut pas avoir une même représentation d'une chose. Il n'est même pas évident que deux personnes se représentent quelque chose de la même manière. Plusieurs facteurs peuvent alors entrer en jeu pour influencer telle personne à avoir une telle représentation sur telle chose ou telle situation. Toutefois, cela n'empêche pas que plusieurs personnes puissent avoir une même représentation sur un même objet. Nul ne peut être condamné de sa représentation qu'il a de quelque chose, parce que des causes intrinsèques et personnelles l'ont poussé à se le représenter ainsi.

P. TAP et M. DE LOURDES (2004, p.18) stipulent à ce sujet : *« Il est vrai aussi que les personnes et les groupes vivant les mêmes événements peuvent leur donner des sens différents et ainsi y réagir différemment. Ce sens peut directement résulter de l'histoire individuelle, être le produit conscient des valeurs que la personne a pu s'approprier ou reconstruire. Il peut aussi provenir de la façon dont le sujet a pu et su faire face aux difficultés de la vie quotidienne, tant il est vrai que les difficultés, s'accumulant au jour le jour, peuvent avoir des conséquences aussi négatives, parfois plus, que des drames généralement perçus comme majeurs (la perte d'un être cher, la perte de liberté, la perte d'emploi, le divorce, etc.)»*

Dans ce chapitre, nous allons voir comment les parents d'enfants malnutris se représentent la malnutrition, ce que signifie pour eux la malnutrition et par la suite comment ils définissent la bonne santé.

2.1. Des craintes

Face à la malnutrition, le ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida a prévu des moyens de prise en charge à tous les niveaux. Nous allons y revenir. Toutefois, pour certaines familles, le traitement de la malnutrition comme prévu et administré par ledit ministère n'est pas leur premier recours. Cela est dû au fait que la malnutrition n'est pas considérée comme telle d'entrée de jeu par les parents. D'autres problèmes sont pour ces familles l'origine de la dégradation de la santé de leurs enfants. Les cas que nous allons citer nous le prouvent

2.1.1. Croyance a l'empoisonnement

Aline est une fille de 18ans, tante paternelle d'un enfant malnutri. Nous l'avons rencontrée au centre de stabilisation thérapeutique de Muyinga, gardant sa nièce malnutrie. Elle nous dit ce que les parents de cet enfant pensent de sa maladie.

« Bari baramurungitse hano ariko mama wiwe yari yanse avuga ko umwana wiwe ata kwashi arwaye. Ahantu baba ni hafi y'igisagara. Nukuvuga, mu mfungurwa ntihaburamwo utuboga canke indagara, eka n'utuvuta baraturonka. Twibaza ko ata ngorane zo gufungura nabi yagize kabisa. Ahubwo nyina yibaza ko vyoba vyavuye kw'ishano yigeze kurya canke ku ndwara y'ico mu nda gisohoka akunda kurwara. Akiri muhira, baramutwara ku bapfumu kumugeragereza, akanywa imiti y'ikirundi ariko ntacahindutse. Ingaburo nazo bamuha kwa muganga ntazirya. Agumye aremba niho basubira kumurungika hano, nca ndamuzana.ariko naho nyene mbona ata gihinduka. Se wiwe aramaze kuza kumuraba rimwe, yaratangaye kuko ntiyibaza ko azosanga agihema. Mama wiwe araza kuraba rimwe rimwe. »

Littéralement traduit comme suit :

« On l'avait transférée ici (au service de stabilisation thérapeutique), mais sa mère avait refusé, disant que son enfant ne souffre pas de kwashiorkor. En fait, ils habitent à la périphérie de la ville. Dans leur repas il ne manque pas de légumes, poissons et huile. Nous pensons qu'elle n'a pas connu de dénutrition. Sa mère pense plutôt que ça serait dû au poison qu'elle a mangé ou au prolapsus rectal dont elle souffre quelques fois. Quand elle était encore à la maison, ils se rendaient chez les guérisseurs, on tentait des médicaments traditionnels mais rien n'a changé. Et des suppléments nutritionnels qu'on lui donnait, elle ne les mangeait pas. On l'a à nouveau transférée ici à ce centre et j'ai dû l'amener mais ici aussi pas d'évolution. Son père est venu la voir une fois, il ne pensait pas la trouver encore en vie. Sa mère, elle vient quelque fois.»

Nous avons voulu savoir pourquoi c'est elle qui s'est chargée de garder sa nièce à l'hôpital elle nous a dit que sa mère a un bébé, qu'elle ne pouvait pas venir demeurer à l'hôpital et que par conséquent elle a été priée de venir garder la malade. Et quand nous lui avons posé la question de savoir pourquoi les visites de ses parents ne sont pas fréquentes, Aline nous a répondu : *« Yari aremvyeye cane, ntiwiyumvira ko yogera iki gihe »*. Ce qui peut se traduire, *« Elle était gravement malade que nous ne pensions pas qu'elle pouvait résister jusqu'aujourd'hui »*.

Les visites moins fréquentes par ses parents est un signe qui peut prouver que l'espoir en la survie de cet enfant est minime. A entendre les propos d'Aline, ils ont déjà intériorisé la mort de cet enfant avant même qu'il ne meurt. Sa mort serait une évidence si nous pouvons ainsi dire. Cela est significatif, d'autant plus que quand il y a une maladie qui persiste pendant longtemps, le malade tend à être abandonné comme nous l'avons déjà dit. S'il s'agit d'un enfant, les parents tendent à le remplacer par une nouvelle naissance.

Martin, médecin consultant à l'hôpital Muyinga, nous a dit la même chose : *« Il est très rare de voir le parent d'un enfant malnutri qui décède en train de pleurer la mort de celui-ci. En fait, comme la malnutrition dure longtemps, quelques fois avec des complications pour la malnutrition aigue sévère, les parents n'espèrent pas beaucoup que leur enfant pourra retrouver sa santé. Et quand il meurt, ça ne les étonne pas. »*

2.1.2. Des incompréhensions

Certains parents ne comprennent pas comment et pourquoi leurs enfants peuvent souffrir de la malnutrition. Annonciate, âgée de 40ans, cultivatrice et mère de six enfants résidant à Gatongati, zone Rugari, commune Muyinga nous raconte :

« Sinumva ukuntu umwana wanje yorwara indwara zo gufungura nabi kandi jewe mu mfungurwa ntihigera haburamwo imboga, rimwe rimwe mbere n'utudagara. Uru ni uruvyaro rwa gatandatu, sinari bwigera ndwaza iyi ndwara. Iyi ndwara ni mbi gusumba Sida. Sinibaza ko kwashi yari kunsinzikariza umwana uku kwose. Mbere nta n'ivyo nemera. Nta mpamvu n'imwe yotuma mu nzu yanje iyo ndwara ihaza. »

Ce qui se traduit comme suit :

« Je ne comprends pas comment mon enfant peut souffrir des maladies liées à la malnutrition alors que dans mon repas il ne manque pas de légumes quelque fois aussi des ndagara. Elle est mon sixième enfant, je n'avais jamais vu une telle maladie chez mes enfants. Cette maladie, elle est pure que le SIDA... je ne pense pas que la seule malnutrition pouvait aggraver la santé de mon enfant comme ça. Et d'ailleurs, je n'y crois pas ! Il n'y a aucune raison d'avoir un cas de malnutrition dans ma maison.»



Le 10 janvier 2020, au service de stabilisation thérapeutique de l'hôpital Muyinga.

Annociate refuse catégoriquement que son enfant souffre de la malnutrition. Quand nous lui avons demandé ce qu'elle pense de la maladie de son enfant, elle a répondu : « *Sinomenya ico arwaye ariko vyose vyatanguye bamaze kumuha ishano. Yaciye atangura guhera yonda, agafungura nabi nabi. Hanyuma yaciye atangura kuvyimba umubiri wose nkuko ubibona. Imbere yaho yari ameze neza. Ariko hano yasubiriye kuronka akayabagu, amata bamuha ntakimuhaza. Aguma ansaba ivyo arya. »*

Traduit comme suit :

« *Je ne saurais pas de quoi elle souffre, mais tout a commencé quand on lui a donné du poison. C'est là où elle a commencé à maigrir et a perdu son appétit. Et enfin tout le corps a gonflé comme tu le vois. Si non avant elle se portait bien. Mais ici, elle commence à retrouver son appétit, le lait qu'on lui donne ne la satisfait pas. Elle me demande à manger.»*

Malgré qu'Annonciate ne croit pas que son enfant souffre de la malnutrition, elle croit quand même que quelque chose a changé depuis qu'elle est au centre de stabilisation thérapeutique.

Pour ZARIFIANT (1999, p.92), « *l'état de maladie comme une entité qui répond au modèle médical, fait d'une lésion altérant le fonctionnement du corps et s'exprimant par des symptômes objectifs et quantifiables qui répondent à une cause démontrée ou hypothétique* ».

Zarifiant nous parle des symptômes et de la recherche d'une cause démontrée ou hypothétique dans le domaine médical. Les deux cas ci-haut cités nous prouvent la même chose dans le domaine « non médical ». Le fait de ne pas croire que l'enfant souffre de la malnutrition s'accompagne de la recherche d'une cause du mauvais état de l'enfant, suivi de la recherche d'un remède. Signalons aussi que la majorité des enquêtés que nous avons eus ont évoqué le poison comme l'origine de l'état de santé de leurs enfants.

D. FASSIN (2017, pp. 26-27) parle de l'explication donnée à la maladie dans les sociétés traditionnelles : « *Bien des auteurs, depuis E.E. Evans-Pritchard, ont montré que la maladie ne constituait pas une catégorie spécifique de la pensée et surtout des sociétés traditionnelles. D'une part, elle s'inscrit dans un ensemble plus vaste que l'on désigne parfois sous le nom d'infortune et qui intègre aussi bien les pathologies que l'infertilité, les mauvaises récoltes, la perte de bétail, voire les difficultés scolaires et les échecs électoraux. C'est dans ce sens que Marc Augé (1984,39) dit des maladies qu'elles sont les « formes élémentaires de l'événement » mettant sous ce terme tous les événements biologiques individuels, dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement social. » D'autres part, ce qui est en jeu pour le malade et son entourage, c'est moins la possibilité de nommer la maladie que la capacité de l'expliquer, c'est-à-dire à lui donner une signification et, au bout du compte, un traitement adapté à cette interprétation. Le problème relève moins de la classification que de la causalité. »*

Fassin, lui aussi revient sur cette importance donnée à la causalité de la maladie, l'explication et l'interprétation donnée à la maladie. Cela relève du modèle culturel auquel l'individu se réfère, de son expérience quotidienne et du contexte du milieu.

A ce sujet AMIEL LEBIGRE et GOGNALONS- NICOLET (1993, p.46) disent : « *[...] l'expérience de maladies quotidiennes, se constitue progressivement dans le temps à partir d'éléments contextuels de milieu, d'éléments personnels, de schémas d'interactions complexes entre différents éléments.* »

Les lignes précédentes montrent que les craintes et les incompréhensions vis-à-vis de la malnutrition puisent dans l'expérience contextuelle et subjective de chacun face à la maladie.

2.1.3. Des bascules dans les parcours de la vie

La vie n'est pas quelque chose de linéaire. Elle est faite de changements. Les choses peuvent évoluer positivement tout comme elles peuvent mal tourner. Les représentations que certains parents ont de la malnutrition de leurs enfants sont attribuées à leurs trajectoires de vie comme nous allons le découvrir dans les cas sousmentionnés.

2.1.3.1. Quand on devient veuve...

Nadine, femme de 23 ans, mère de 3 enfants, veuve depuis trois ans nous parle de sa trajectoire :

« Iyo umuntu apfakaye, ingorane ziba zitanguye ! Umugabo wanje yapfuye uyu mwana afise ukwezi kumwe. Naciye ntangura kubaho nabi, ubuzima bw'uyu mwana burahinduka. Gushika n'ubu ntarigera agira amagara meza. Umugabo wanje amaze gupfa, ubuzima bwarahindutse cane. Umuryango wiwe waranyanse urantoteza, kuburyo nomotse ndava mu gisagara ngaruka kwa dawwe twe n'abana banje batatu. Ariko naho nyene ntitworohewe, cane cane ku bijanye n'ibifungurwa. Uyu mwana bisaba ko aronka utuntu twiza ariko ntibikunda kubera ukuntu tubayeho. Turi benshi muhira : jewe n'abana banje, hariho n'uyundi mwenwacu yahukanye, nawe afise abana batatu, n'umuhererzi wacu akiri muhira nawe nyene arafise umwana yavyaye ishushu. Mama yarapfuye, dawwe nawe arisaziye urumva ko bitoroshe. »

La traduction littérale de ses propos est la suivante :

«Quand on devient veuve, bonjour les problèmes ! Mon mari est décédé quand cet enfant n'avait qu'un mois. J'ai commencé une mauvaise vie et mon enfant a mal vécu. Jusqu'à présent, elle n'a jamais été en bonne santé. Après la mort de mon mari, la vie a changé. Ma belle famille m'a persécutée et j'ai du quitter la ville (MUYINGA) et revenir chez mon père avec mes trois enfants. Là aussi ça n'a pas été facile, surtout ce qui concerne la nourriture. Cet enfant nécessite quelque chose de spécial mais les conditions ne le permettent pas. Nous sommes nombreux à la maison : moi et mes trois enfants, il y a une autre sœur à moi divorcée, elle a deux enfants, il y a aussi notre cadette qui a un enfant. Ma mère n'est plus, mon père est un vieillard. Donc ce n'est pas facile.»



Le 9 janvier 2020 au centre de santé de KIB dans la commune Buhinyuza.

Pour Nadine, les trajectoires de sa vie l'ont enfermée dans une situation dont elle ne saurait se sortir. Sa condition de veuve, suivie de la persécution par sa belle famille, affecte directement ses enfants qui se voient élevés dans la famille de leur mère, où les conditions de vie sont très difficiles.

JEAN et ses collaborateurs (2014, p.204) expriment : « *La vulnérabilité économique et relationnelle de la famille monoparentale est liée au milieu social.* »

NINHAZIMANA (2014, p.88), reprenant LE CAMUS (2009) montre combien les problèmes subies par les mères se répercutent directement sur les enfants : « *Dans ce contexte, les enfants sont bien souvent les victimes des difficultés de leur mère qui peut aller d'une simple vulnérabilité à une inadaptation sociale.* »

Le départ du mari de Nadine a occasionné des changements auxquels elle ne s'attendait peut être pas et /ou elle ne s'était pas préparée. Cette inadaptation dont parle Le camus peut être comprise dans deux sens : d'une part la mort du père de famille occasionne plusieurs perturbations : la veuve doit prendre en main les responsabilités de mère mais aussi celles du père. Nadine doit donc s'adapter à la nouvelle situation. D'autre part, la belle famille qui était sensée la soutenir prend le devant pour la déstabiliser davantage comme c'est le cas pour plusieurs veuves au Burundi où la veuve est abandonnée et les biens réquisitionnés par la belle famille, des fois même chassée de la maison et/ou de la propriété. Le récit de Nadine montre que la dénutrition de son enfant peut être liée à ces trajectoires malheureuses qu'elle a connues.

2.1.3.2. Quand on n'est pas chez soi...

7 janvier 2020, il est 14h et quart, nous sommes à l'une des collines de la commune Buhinyuza, sous le soleil accablant. Nous arrivons chez Marc, père de quatre enfants dont les trois premiers sont orphelins de mère. Une maison située tout près de la route goudronnée reliant les provinces Muyinga et Cankuzo. La maison est à 300m de celle du voisin à droite ; à gauche, de l'herbe et des arbres. Derrière la maison, un tout petit champ de 10m² à peu près, où visiblement des haricots ont été récemment récoltés. Il n'y a personne dehors. Quand nous appelons, c'est monsieur qui sort. Après présentation, il répond favorablement à notre demande de nous entretenir avec lui. Tout de suite, il appelle sa fillette souffrant de la malnutrition pour nous la montrer. Il nous raconte :

« Hano iwacu, izo ndwara zo gufungura nabi ntizobura. Ni ingorane cane. Nkatwe twahungutse, ni ingorane. Tuba no mu karere katari akiwacu, ntivyoroshe. Duturuka i Karusi. Twahungutse mu 2018. Twari twahungiyeye muri Tanzaniya kuva muri 2015. Aho amagume yatera, jewe nari muri Tanzaniya gupagasa. Mbonye abarundi bahungiyeyo, nca ndabakurikira gushika mw'ikambi. Haheze imisi, naciye ngaruka mu Burundi gutora umugore n'abana. Hanyuma muri 2018 niho twafata ingingo yo guhunguka. Dushitse iwacu, ntivyatworoheye na gato. Naranapfunzwe banyagiriza ko twahunze amahoro. Haheze amezi abiri, barampfunguruye. Niho twaca twiyumvira kwimukira ino. Twari twuzuye ubwoba ku buryo n'itongo twarigurishije udufaranga duke. Tugeze ino, naho nyene ntivyoroshe: twasanze amatongo azimvye cane duca twemera gukora iyi nzu ubona. Tuyiriha buri kwezi. Ntaho turima dufise, tuja gukora mu mirima ya barundi kugira turonke ico dufungura.

Biratugora cane kuronka ico dufungura. (Aca ariruhutsa, amara akanya atavuga) mfise abana bane, ntibinyorohera kubagaburira. Aho nari nkiri iwanje mw'itongo ryanje, izi ndwara zo gufungura nabi ntazo nari bwabone mu nzu yanje. Nabura amafaranga ariko ivyo gufungura ntavyo twabura. Itongo ryacu ryaramera. Ariko hano, ndavye ukuntu tubayeho nabi, nta kitazodushikira. Twaramaze kwiyakira. Jewe ingorane nazibonye kare, kuva umugore wanje wa mbere apfuye akansigira impfuyi zitatu harimwo umwana w'umwaka umwe, ingorane namaze kuzimenyera »

Traduit littéralement comme suit :

« Ici chez nous, il est évident que les maladies liées à la malnutrition apparaissent. C'est vraiment un problème. Pour nous qui sommes des rapatriés, c'est un problème. Nous vivons aussi dans une région qui n'est pas la nôtre, ce n'est pas chose facile. Nous sommes originaires de la province de Karusi. Nous nous sommes rapatriés en 2018. Nous nous étions exilés en Tanzanie suite à la crise de 2015.⁸ Quand la crise est survenue, j'étais en Tanzanie pour des raisons économiques. Quand j'ai vu les burundais venir s'exiler en Tanzanie, je suis parti avec eux jusqu'au camp des réfugiés. Quelques jours après, je suis retourné au Burundi prendre ma femme et mes enfants. C'est alors en 2018 que nous avons préféré nous rapatrier. Arrivés chez nous, ça ne m'a pas été facile. J'ai même été emprisonné, taxé d'avoir fui la paix⁹. Deux mois après, j'ai été libéré, chose après quoi nous avons failli migrer vers ici. Nous étions remplis de peur, que nous n'avons pas pu tenir dans cette situation d'insécurité. Nous avons vendu la propriété contre une petite somme d'argent. Arrivés ici, ça n'a pas non plus été facile : les propriétés sont très chères que nous avons dû louer cette maison que tu vois. Nous la payons chaque mois. Nous n'avons pas de terre à cultiver, nous devons travailler journalièrement dans les champs d'autrui pour avoir quoi mettre sous la dent. Il est vraiment dur de trouver le pain quotidien (soupir accompagné de silence...). J'ai quatre enfants. Il ne m'est pas facile de les rationner. Je me dis que si j'étais chez moi dans ma propriété, je n'aurais pas ces problèmes de malnutrition dans ma maison. Là, je manquais de l'argent, mais pas les aliments. Nos champs étaient fertiles. Mais ici, à voir comment nous vivons, je suis prêt à subir, avec ma famille tous les maux qui puissent nous arriver.

⁸ Le Burundi a connu une crise sociopolitique en 2015 dû à ce qui a été appelé 3ème mandat de Pierre Nkurunziza. Il y a eu perte de pas mal de vies humaines, beaucoup de biens ont été détruits et beaucoup de Burundais se sont exilés.

⁹ Fuir la paix est une expression qui était utilisée par certains partisans du parti CNDD/FDD au pouvoir. C'était pour montrer qu'il n'y avait aucune raison de s'exiler en 2015 parce que le pays était en pleine paix.

Moi, je suis habitué aux problèmes depuis que ma première épouse est décédée, me laissant trois orphelins dont un enfant qui n'avait qu'une année ».

Le récit de Marc exprime ce qu'il ressent intérieurement. Une vie difficilement supportable, un certain découragement et une vision fataliste du futur. La nourriture manque de façon habituelle et il ne voit pas de perspectives d'amélioration de sa situation.

Nadine et Marc n'ont pas exactement les mêmes trajectoires mais ils ont connu presque la même histoire. Tous deux ont connu le veuvage, deuxièmement ils ont été persécutés jusqu'à ce qu'ils quittent leurs domiciles. Ils sont tous où ils ne devraient pas être. Pour eux, ils subissent jusque là les conséquences des trajectoires malheureuses qu'ils ont connues. Et la malnutrition de leurs enfants est une de ces conséquences.

2.2. Quand une mère est elle-même dénutrie

La première chose qui doit attirer l'attention de nos lecteurs c'est l'intitulé du sujet. Arrivés à ce titre, des confusions et questionnements vont surgir. Toutefois, le cas de cette femme qui souffre de la malnutrition nous a paru intéressant d'autant plus que ce qui est dit et écrit sur la malnutrition met son importance surtout sur les enfants. Cela ne veut pas dire non plus qu'il n'y ait pas d'adultes malnutris. Comme tous les autres cas que nous avons eus sont des enfants que nous ne pouvions pas interviewer, nous avons jugé bon et pertinent de mener un entretien avec Goreth, une femme de 32ans souffrant de la malnutrition, prise en charge au service de stabilisation thérapeutique de l'hôpital Muyinga. Nous avons voulu savoir comment elle vit cette situation, en tant que mère. Elle nous raconte :

« Hariya iwacu mu misozi, turya ivyo turonse. Nitwidoraguzi. Ivyo turonse nivyo turya. Cane cane ko turya dusumye, dusuma ibihuye n'uburyo buke bwacu tukaraba ibishobora gukwira. Cane cane ubugari n'ibijumbu, ibiharage si kenshi. Sinokubwira ngo dufungura kangaha ku musi kuko dufungura ku gihamana. N'abana baramaze kubimenyera, babironse barafungura batabironse barara ubusa, bararyama nta nduru batera (agacere). Eeh ! Ni ubwo buzima tubayemwo. Kuva aho nziye ngaha ndatanguye kuziga ahandi ho nari navyimvye umubiri wose, imishatsi yarahinduye irangi. Ariko sinzi uko bizobandanya ninasubira muhira. Tuzohava dusanga twese muhira twarwaye nk'uku. Raba nk'uyu mwana mfise, nawe nyene nibaza ko yoba arwaye n'aho bataramupima. Ndamuravye ntameze neza. Egoo, ntameze neza. Kandi ntako nogira. N'umugabo wanje nuko kuko haheze umwaka urenga ndwaye iyi ndwara, arima wenyene, dufise abana bane, ivyacu simbona uko nobivuga. »

Littéralement traduit comme suit :

« Chez nous à la campagne, nous mangeons ce que nous obtenons. Surtout que nous dépendons du marché, nous achetons en fonction de nos faibles moyens et de ce qui se présente en quantité suffisante. C'est surtout la pâte et les patates douces, les haricots pas souvent. Je ne saurais pas vous dire combien de fois nous mangeons par jour, parce que nous mangeons à peine. Même mes enfants y sont déjà habitués, quand ils obtiennent ils mangent, au cas contraire ils dorment, sans crier. Oui, c'est la vie que nous menons. Depuis que je suis ici, je commence à me rétablir, si non tout le corps avait gonflé, les cheveux avaient changé de couleur. Mais je ne sais pas ce qui va suivre quand je regagnerai mon domicile. Ma situation sera tôt ou tard généralisée à toute la famille. Voilà cet enfant, je pense qu'il n'est pas épargné de la malnutrition bien qu'il n'est pas reconnu comme tel par les agents de santé communautaire. Mais quand je l'observe, il n'est pas sain. Oui, il n'est pas sain. Et je n'y peux rien. Mon mari non plus. Je souffre de cette maladie depuis plus d'une année, il cultive seul, nous avons quatre enfants, je ne vois pas comment décrire notre situation... »



Le 9 janvier 2020, à l'hôpital Muyinga, au service de stabilisation thérapeutique.

La vie que mène la famille de Goreth est telle que les repas ne sont pas pris à des heures régulières, et le nombre de repas pris par jour n'est pas à préciser. La nourriture manque souvent dans la famille au point qu'il n'y a pas de repas clairement prévu. On mange ce qu'on obtient. Pour elle et sa famille, cela ne cause pas problème, ils y sont habitués en fait. Si pour elle c'est un problème grave mais elle est fataliste : rien ne peut être fait à son niveau pour améliorer la situation. Elle craint que la malnutrition pourra atteindre également ses enfants. Sa situation la préoccupe le plus. Elle aimerait aider son mari à travailler pour leurs enfants et la famille en général.

Goreth, avant qu'elle ne vienne au service de stabilisation thérapeutique de Muyinga, elle bénéficiait des suppléments nutritionnels distribués au centre de santé comme traitement mais elle n'a pas pu s'améliorer. Comme c'est prévu par différentes étapes de prise en charge de la malnutrition, elle a été transférée au centre de stabilisation thérapeutique. Elle est fière de l'amélioration qu'elle observe mais a peur de ce qui va suivre après sa sortie.

Pour CICCHELLI-PUGEAULT et VINCENZO CICCHELLI (1998, p.14), « *Lors que les carences alimentaires rendent vulnérables l'homme pourvoyeur de revenus, la famille déchoit dans la misère et dans l'isolement.* »

Les auteurs parlent de l'homme et des revenus, pour notre cas entrent en jeu la femme et les revenus disons en termes de travaux ménagers et champêtres. Rappelons que dans les milieux ruraux, sauf cas exceptionnels, les travaux champêtres concernent surtout les femmes comme nous l'avons déjà dit là où nous avons parlé de la division du travail.

La plus grande préoccupation de Goreth est le fait qu'elle n'est plus à mesure d'accomplir ses tâches à cause de sa maladie.

A ce propos, AMIEL LEBIGRE et GOGNALONS-NICOLET (1993, p.54) disent : « *La force comme représentation dominante de la santé des classes populaires, dans ce cas de la perte des forces, traduit un déclin des habiletés quotidiennes, des mouvements à la réalisation des tâches habituelles.* »

BALINT (1960, p.275), lui parle d'un choc. Il dit : « *C'est un choc sérieux que de s'apercevoir soit brusquement, soit progressivement qu'à cause de la maladie, notre corps (notre esprit) est pour le moment incapable et peut-être ne sera plus jamais pleinement capable de nous assurer que nos espoirs pourrons encore se réaliser dans un quelconque avenir.* »

2.3. De la bonne santé

Nous venons de parler des diverses manières dont nos enquêtés se représentent la malnutrition. Partant du même point, nous avons également voulu savoir comment ils définissent la bonne santé.

Pour Nadine (la femme veuve tourmentée par sa belle famille et démenagée pour regagner la maison de son père, elle et ses enfants après la mort de son mari),

« Kubwanje, kugira amagara meza, nukuba umuntu ata myitwarariko myinshi afise, akaba afise ivya nkenerwa kugira abeho cane cane akaronka ivyo afungura iyo abikeneye. »

Traduit comme suit : *« La bonne santé est, selon moi, avoir moins de préoccupations, avoir le nécessaire pour vivre surtout de quoi se nourrir chaque fois qu'on en a besoin. »*

Quand à Marc, persécuté et obligé de quitter sa propriété, lui et sa famille, *«Kugira amagara meza ni ukuba mu mahoro. Iyo uri mu mahoro, uba iwawe kandi ugakora ibikorwa vyawe ataco winona ».*

Cela peut se traduire en ces termes :

« Etre en bonne santé c'est d'abord vivre en paix. Quand on est en paix, on vit chez soi et on est à l'aise dans ses activités quotidiennes. »

Rose, femme qui assure seule toutes les charges de la famille et mal menée par son mari nous dit ce qu'est pour elle la bonne santé : *« kugira ugire amagara meza, nuko woba ufise amahoro ku mutima. Naho worya ikiyiko kimwe gusa, ubwirizwa kugira amagara meza. Ariko naho worya ibingana iki, ukarya indya nziza gute, ata mahoro y'umutima ufise ntaco bikumarira. »*

Traduit comme suit :

« Pour être en bonne santé, il faut avoir la paix au cœur. Même si tu manges ne fut ce qu'une cuillère, tu dois avoir une bonne santé. Au contraire, que tu prennes même de grande quantité de beau mets, sans la paix du cœur, c'est rien. Cela ne te profite en rien. »

Goreth, femme malnutrie, définit la bonne santé comme suit :

« Ni ukuba ataho ubabara, ushobora gukora. Ku bavyeyi, nuko uba ushobora gukora ukaronka ico ugaburira abana. »

Ce qui veut dire :

« C'est n'avoir pas de malaise en son corps, être capable de travailler. Pour les parents, c'est être à mesure de travailler pour avoir quoi nourrir les enfants. »

Angela, âgée de 53ans, grand mère d'Olivier nous dit :

« Ku mwana, kugira amagara meza nuko aba afise nyina. Uyu mwana yabuze nyina kuva agifise amezi umunani, yogira amagara meza gute ? Nta rukundo rwa nyina yigeze aronka, yoreka gute kugira ubuzima bubi ? Nanje naho umuhungu wanje yamunzaniye, ndi mukene, nta bushobozi mfise bwo kumufasha kugira amagara meza. »

Littéralement traduit comme suit :

« Pour un enfant, être en bonne santé c'est d'abord avoir sa mère. Ce petit enfant qui a perdu sa mère depuis l'âge de huit mois, comment peut-il être en bonne santé. Il n'a pas reçu l'affection de sa mère, comment ne pouvait-il pas avoir une mauvaise santé ? Et moi, même si mon fils me l'a amené, je suis pauvre, je ne peux pas bien l'aider à retrouver sa bonne santé. »

Pour Amina, agent de santé communautaire,

« Kugira amagara meza ni mu mutwe, mu mubiri, mu bijanye no kurondoka no mu mibonano mpuzabitsina. »

Traduit comme suit :

« La bonne santé combine le psychologique, le physiologique, la reproduction et les rapports sexuels. »

De tout ce qui précède, nous réalisons que la bonne santé est définie de façon relative et complexe. Chacun de nos interviewés -à l'exception de l'agent de santé communautaire-tente de la définir comme étant un état inverse à l'état (malheureux) qu'il vit. La bonne santé pour eux reste idéale. Cela sous-entend alors une lutte intérieure, lutte qui peut être active ou non comme les entretiens ci-haut le prouvent.

G. CANGUILHEM, cité par D. FASSIN (2017, p.30) lui aussi en définissant la santé s'inscrit dans cette logique. Il mentionne : *« la santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discretion des rapports sociaux. »*

Pour l'auteur, la santé n'incarne pas que le bien être physique, lui insiste sur les rapports sociaux. Ceux-ci pouvant être considérés avec analogie pour Carl Marx comme les rapports de force qui ont cours dans la société. Ils désignent alors les relations ou les liens d'interdépendance qui s'établissent entre les individus et les groupes en fonction des positions respectives de chacun dans l'organisation sociale.

La santé est définie par l'OMS comme étant un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

De toutes ces définitions, celle de l'OMS, celles données par les interviewés et celle de George, le constat est qu'elles sont orientées dans la même voie quoiqu'elles ne soient pas structurées de la même façon.

2.4. Conclusion

Nous avons parlé dans ce chapitre des représentations que les parents ont de la malnutrition. Ces représentations, comme toute représentation qu'une personne peut avoir d'un objet ou d'une chose, reflètent la complexité historique, culturelle et contextuelle et par conséquent diffèrent d'un individu à l'autre. D'après les entretiens que nous avons menés, malnutrition n'est pas purement et simplement malnutrition pour certains parents. Ceux-ci la considèrent comme effet consécutif au poison qui a été donné à leurs enfants. Autrement dit la malnutrition n'est pas neutre. Pour certains autres, la malnutrition chez leurs enfants suscite des incompréhensions en tenant compte de la vie menée par la famille en général. Et enfin pour certains autres, la malnutrition est la conséquence des trajectoires de vie malheureuses qu'ont connues les parents. Le fait de ne pas être chez soi suite aux persécutions soit familiales ou politiques ont placé certaines familles dans une inadaptation sociale se répercutant ainsi sur la vie familiale en général et la santé des enfants en particulier. En ce qui est de la bonne santé, la manière dont elle est définie par nos enquêtés évoque tous les aspects de la vie sociale. Ils rejoignent ainsi la définition donnée par l'OMS même si ils ne le disent pas dans les mêmes mots.

CHAPITRE III : DE LA GESTION D'UN CAS DE MALNUTRITION AU SEIN D'UNE FAMILLE

3.0. Introduction

Le long de la vie, la famille comme tout individu traverse de bons moments mais aussi des moments difficiles. La maladie ou la mort d'un de ses membres sont certaines des dures épreuves que la famille peut subir. Face à la mort, elle est réconfortée à travers un moment de deuil où assistance et consolation lui sont apportées par les membres de la famille élargie, voisins et connaissances qui l'accompagnent et la soutiennent tant moralement que matériellement. Et s'agissant d'une maladie, qu'elle soit de courte ou de longue durée, la famille et les proches adoptent différentes stratégies pour assister le malade. Si c'est un enfant, les parents prennent le devant pour le secourir. C'est ce dont nous allons parler dans ce chapitre en nous penchant sur la malnutrition qui fait objet de notre étude. Nous avons parlé dans le chapitre précédent comment la malnutrition est envisagée par les parents, nous allons cette fois-ci voir comment les familles y font face. Cela suppose ce qui est fait par les parents d'enfants malnutris selon leurs capacités non seulement matérielles mais aussi sociales, relationnelles, de compréhension et d'analyse du problème. Autrement dit la façon dont les parents s'organisent pour faire face à la malnutrition de leur enfant.

3.1. De l'assistance au malade

Les burundais ont dans leurs habitudes, celle d'être aux côtés de celui qui est dans les circonstances particulières : celles de joies et celles de malheurs. La maladie d'un proche ou d'une connaissance fait partie de ces dernières. Pour les burundais, c'est dans les moments difficiles que doit se manifester la vraie amitié comme le dit l'adage : « *incuti ibonekera mu magorwa* » c'est-à-dire c'est dans les moments de peine que se montre le meilleur ami. SAGNA (2001, p.214) dit à ce sujet : « *Le temps social est, pour les individus en difficulté, le temps passé avec autrui pour le social* ».

Alors, quand le malade est hospitalisé, les voisins et les autres connaissances interviennent par des visites et le soutien matériel qu'ils lui apportent. Nous voulons parler ici des aliments et boissons qu'on apporte pour le garde-malade et le malade s'il est à mesure de manger. Rappelons que ce n'est pas n'importe quelle nourriture qu'on amène à l'hôpital ou au centre de santé. Celle-ci est différente de celle prise habituellement à la maison. Le visiteur ou la visiteuse essaie de mettre des ingrédients, pour que le repas ait un goût plus ou moins acceptable par le malade et soit présentable.

Une visite est quelquefois accompagnée d'une certaine somme d'argent pour ceux qui le peuvent pour manifester ce soutien parce que la maladie exige beaucoup de moyens financiers.

Pour TIECHE (1976, p. 52), « *celui qui tombe malade donne forcément beaucoup de peines, de soucis et de difficultés à son entourage* ».

Les visites sont nombreuses et régulières durant les premiers jours d'hospitalisation. Il arrive néanmoins que les gens se fatiguent et les visites diminuent progressivement si l'hospitalisation prolonge sur une longue durée (plus ou moins un mois). Il peut arriver même que le malade soit abandonné à lui seul jusqu'à manquer de garde malade.

BALINT (1980, p.274) dit : « *En même temps que commence la maladie, un certain nombre de processus secondaires sont également mis en route. On peut dire que la maladie crée une nouvelle situation vitale à laquelle le patient doit s'adapter. Cette réadaptation absorbe une grande partie de son énergie, dépassant largement la dépense exigée par les processus physiologiques de défense et la nouvelle situation peut différer considérablement de la situation immédiatement précédente. Cette réadaptation est un processus compliqué [...].* »

BALENT parle de l'adaptation et réadaptation du malade à sa maladie. Il parle ici de la maladie de longue durée ou d'une maladie incurable. Toutefois, on dit en Kirundi : « *nta wumenyera akaziri* » c'est-à-dire littéralement : « *on ne peut pas se familiariser à une peine.* » Cela étant, même si toute maladie génère de la douleur, le malade tente de se familiariser avec elle malgré lui et malgré la douleur qu'elle lui provoque. Elle provoque également une souffrance -pas physiologique mais spirituelle dirions-nous- chez les proches du malade qui sont sensibles à sa douleur et compatissent avec lui. Par la même voie, la famille du malade met en place des stratégies pour s'y adapter.

S'agissant d'un malade ambulancier mais dont la maladie persiste longtemps, comme la malnutrition pour notre cas, seule la famille restreinte semble concernée. Quelques visites sont effectuées par les proches. Le soutien matériel est quasiment absent. C'est la famille elle-même qui doit y faire face. Ici nous parlons de la famille restreinte. Il n'y a pas généralement d'intervention matérielle venue d'ailleurs. La famille, si elle le peut, fait soigner le malade jusqu'à ce qu'il se remette ou meurt. Signalons aussi qu'il ya des malades qui ne se font pas soigner faute de moyens. Une question se pose : la malnutrition est-elle une maladie ? Peut-elle être considérée comme une maladie chronique ?

Nous avons vu dans le chapitre précédent diverses représentations vis-à-vis de la malnutrition. Nous allons alors voir comment les familles l'envisagent et y font face.

3.2. De l'action familiale face au malade

Ayant déjà parlé de l'action de l'entourage, nous allons cette fois-ci parler concrètement de l'action familiale vis-à-vis du malade. Le malade dont il est question étant dans notre cas l'enfant malnutri.

MUTANA (2011, p.10) dit : « *Dans le meilleur des cas, la famille perçoit la maladie de son membre comme son propre dysfonctionnement, toute la famille en est bouleversée. Le malade devient le centre d'intérêt, les horaires sont transformés et certaines tâches sont redistribuées et des habitudes sont perdues. La maladie impose à la famille du malade et à son entourage des charges nouvelles, des soins et fréquemment un régime alimentaire qui vient perturber ses pratiques culinaires : une atmosphère de contrainte s'installe parfois au foyer.* »

Le régime alimentaire dont parle Mutana qui vient perturber les pratiques culinaires est au centre des grands changements qui s'observent dans la famille d'un enfant malnutri. Celui-ci exige un régime spécifique qui nécessite, dans la plupart des cas, des dépenses en argent.

L'anthropologue M. AGIER (1995), reprenant LEWIS (1965, 1980) stipule : « *La vie sociale n'est pas un phénomène de masse. Elle se passe pour l'essentiel dans de petits groupes, à l'intérieur de la famille, du foyer, du quartier, à l'église, dans les groupes formels et informels, etc. Toute généralisation portant sur la nature de la vie sociale en milieu urbain doit être fondée sur l'étude minutieuse de ces univers réduits plutôt que sur des représentations a priori de la ville dans sa totalité* »

Ce que dit l'auteur ne concerne pas que le milieu urbain, c'est également valable pour le milieu rural. Nous allons alors partir de certains cas, sans toutefois chercher à généraliser parce qu'aucune famille ne ressemble à l'autre, les modes de vie diffèrent également d'une famille à une autre ; cela suppose aussi les moyens de débrouillardise face à une situation donnée. Ces moyens sont différents d'un individu à l'autre comme d'une famille à l'autre ce qui fait que les familles n'agissent pas de la même manière à une même situation.

Pour la malnutrition dont il est question ici, voilà ce que proposent BENJAMIN S. et BENJAMIN R. (1975, p.41) « *C'est donc au niveau de la famille elle-même, où ces handicaps prennent racine, que les solutions devront être trouvées. Que les familles elles mêmes en soient conscientes et qu'elles prennent en main cet aspect essentiel du devenir de leurs enfants. Rien ne se fera sans doute si les parents, conscients et « mobilisés » ne s'engagent pas eux-mêmes dans cette action, pour une plus grande égalité des chances de leurs enfants* »

Ces auteurs se penchent sur le rôle des parents. De même, au Burundi comme ailleurs, quand un problème surgit dans la famille, les parents sont les premiers à tenter d'y trouver solution.

3.2.1. Je ne me découragerai pas....

Face à la malnutrition, certains parents font tout le possible pour voir la santé de leur enfant malnutri s'améliorer. C'est ce que nous découvrons dans le récit d'Agnès.

« Ivyo nkora vyose, ivyo nshobora kugura vyose, nisunga uyu mwana arwaye. Sinshobora gusumira ubukene, ari ubukene bwo turabufise. Ariko ibiharuro vyose bizunguruka ku mwana wanje. Mfise nk'ibihumbi bibiri (2000fr), nogura ibase y'ibijumbu, yotumaza kane canke gatantu. Ariko kubera amagara y'umwana wanje, mbwirizwa kurwanira ko abandanya abaho, mbwirizwa kumuronderera ibikenewe vyose. mpfuma nguramwo nyabuna igikombe c'ibihararge, amavuta ya 200, agafu k'ivyema k'100, imboga z'200, hanyuma nkagura ikiro c'ifu y'imyumbati canke y'ibigori. ivyo biherana n'ijoro rimwe bukeye mbunza urundi. Mbwirizwa kurwanya ikintu cosubiza inyuma umwana wanje. Niko ndabikora. Abandi bana baca bafungura bisunze ivyo nateguye kubw'uyu mwana. Natanguye kubikora kuva aho umwana wanje agiriye amagara mabi, nca nifatira ingingo yo kumurwanako, ntanjane ndamubona. Ubuzima bwiwe burandaje ishingira, nuwo kurwanako, afise amagara mabi, umwana wanje. Sinzokwigera ndebukirwa kiretse indwara zinciriyemwo. »

Traduit littéralement comme suit :

« Tout ce que je fais, tout ce que je peux acheter c'est en fonction de mon enfant malade. Je ne peux pas m'approvisionner en tenant compte de ma pauvreté, si non nous sommes vraiment pauvres. Mais, tous les calculs tournent autour de mon enfant. Avec 2000f, je peux avoir un bassin de patates douces que nous pouvons manger pendant 4 à 5 jours. Mais, à cause de l'état de santé de cet enfant, je dois me battre pour assurer sa survie, essayer de trouver tous les ingrédients possible. Je préfère plutôt acheter un gobelet de haricots, de l'huile de 200f, de la farine d'arachide de 100f, des légumes de 200f, et enfin 1kg de farine de manioc ou de maïs.

Cela ne coïncide qu'avec une nuitée, le lendemain je me débrouille autrement. Je dois lutter contre toute chose qui peut provoquer la rechute de mon enfant. C'est comme ça que je le fais. Les autres enfants mangent en fonction de ce que je lui prépare. J'ai commencé à le faire depuis que mon enfant a commencé à avoir une mauvaise vie, et je me suis décidée d'essayer de le secourir, faire tout ce que je peux pour ne pas le perdre. Sa vie me préoccupe, il est à secourir, il a une vie malsaine, mon enfant. Je ne me découragerai pas tant que je ne serai pas malade.»

Agnès se montre décidée et engagée à voir la santé de son enfant s'améliorer. Elle tient en main sa responsabilité de mère ; ce qui la préoccupe est avant tout la survie et la bonne santé de ses enfants. Elle a adopté une résilience pour combattre la malnutrition de son enfant, la résilience se caractérisant, selon CYRULNIK (1998), cité par LUMIA et ESPARBES-PISTRE dans *Précarité et vulnérabilité : comparaisons franco-portugaises* (2004, p.92), par *la capacité à surmonter les épreuves de la vie, à « rester soi-même quand le milieu nous cogne et poursuivre, malgré les coups du sort, notre cheminement humain*. C'est aussi selon Manciaux, (1998) cité par les mêmes auteures (loc.cit), *la capacité à faire surface, à reconstruire*.

Ce sur quoi cet entretien met l'accent c'est la façon dont cet enfant malade attire toute l'attention de sa mère. Quand elle dit chaque fois « mon enfant », ce n'est pas pour dire que c'est le seul enfant qu'elle a. Nous avons déjà dit au départ qu'elle en a quatre. Ça ne veut pas non plus dire qu'elle aime moins les autres. Ça montre plutôt que à ce moment précis, il exige plus d'attention à cause de son état de santé. C'est un signe de sympathie et d'attachement particulier envers lui. Les autres sont par ailleurs nourris en fonction de l'enfant malade ce qui prouve que la préoccupation qu'a Agnès de son enfant malade s'étend à tous les autres enfants. Elle doit éviter que cette maladie n'atteigne les autres enfants, se dit-elle. Elle ne prétend pas céder.

Les propos d'Agnès nous prouvent le contraire par rapport à ceux de certains auteurs et /ou institutions qui ont tendance à relationner les mauvaises conditions de l'enfant à l'inattention des parents ou au fait de ne pas faire des besoins des enfants une priorité.

L'Unicef par exemple dit dans son rapport sur la pauvreté des enfants au Burundi (2016-2017, p.34) : « *La distribution des ressources monétaires n'est pas toujours égale dans le ménage. Les enfants ne sont pas responsables des choix en termes d'affectation des revenus et dépendent, dans la majorité des cas, des décisions des adultes. De plus, l'argent peut être consacré à d'autres besoins que ceux de l'enfant.* »

Ces propos sont loin d'être généralisables. L'exemple d'Agnès montre la préoccupation qu'elle a de ses enfants comme parent avant toute autre chose. Elle décide de consacrer ce qu'elle a comme revenu pour soigner son enfant et ses enfants.

Cela étant, l'Unicef n'ignore pas que la pauvreté des enfants au Burundi est un fait multidimensionnel. Elle ajoute : « *Au-delà des ressources monétaires, le non-accès aux services de base est parfois lié à d'autres facteurs socio-économiques, géographiques, religieux ou culturels, au manque de marché ou d'approvisionnement, au manque d'information et de sensibilisation, pour ne citer que ceux-là.* »

De ce qui précède, nous réalisons que, bien qu'il y ait d'autres préoccupations qui les hantent, et malgré que plusieurs facteurs entrent en jeu pour renforcer la pauvreté des enfants, certains parents ne ménagent aucun effort pour le bien-être de leurs enfants en général et de l'enfant malade en particulier. Le cas d'Agnès en est l'exemple. Tous les choix qu'elle peut faire visent avant tout leur bien-vivre.

3.2.2. Je n'ai rien du tout en fait.

Il est 11h passées, le 8 janvier 2020, nous sommes dans le village où vivent les batwa (pygmées), sur la colline Gahekenya de la commune Mwakiro. A notre arrivée chez ZIG, tous les gens des environs sont venus massivement. Deux époux d'une soixante d'années et cinq enfants s'asseyaient par terre. Le mari et les enfants décortiquaient les haricots, la femme en train de faire la poterie. Qui sont ces enfants ? Ce sont leurs petits enfants. Leurs filles se marient, leurs foyers ne tiennent pas et quand elles mettent au monde, elles leur laissent les enfants et repartent, nous raconte Beatrice, la grand-mère, 62 ans.

« *Abakobwa banje ntibazanira indya abana babo. Twebwe n'ubusaza n'akantu, ntitugishoboye kubarera no kubagaburira. Twobagaburira gute, n'umwuga wacu wo kubumba ataco ukimaze ? Ku myaka dufise ntidushoboye kubaronderera. Iyo batanguye kurira ndabura ico mfata n'ico ndeka. Ntetse igikombe c'ibiharage ntigishobora kubakwira. None uyu mwana arwaye nomuha iki?*

Nta na kimwe mfise. Dufungura bigoranye, kurwara kwashi birumvikana. Baramushize kubiyoba, haraheze amezi abiri bamucuye, ariko ndabona yasubiriye kurwara. Ariko, ntiyoreka gusubira kurwara. Natwe ubwacu ntituronka ivyo turya, mushaka uyu nawe ndamugenze nte?

»

Cela se traduit comme suit :

« Mes filles ne nourrissent pas leurs enfants, et nous, vieux que nous sommes, nous ne pouvons plus les élever et les nourrir. Comment pouvons-nous les nourrir alors que notre métier de potier ne nous rapporte plus rien. A notre âge, nous ne pouvons pas leur chercher à manger. Quand ils se mettent à pleurer, je ne sais pas quoi faire. Si je prépare un gobelet de haricots il ne peut pas suffir pour tous ces enfants. Et cet enfant qui est malade, qu'est ce que je peux lui donner ? Je n'ai rien du tout en fait. Nous mangeons à peine, la malnutrition est évidente. Elle a été aux nutriments il ya deux mois, mais je vois que la maladie a repris. Mais...elle ne peut pas ne pas reprendre... Nous mêmes nous n'avons à manger, vous voulez que je lui fasse quoi ? »

Soulignons que cet enfant a connu 3 rechutes pendant une seule année. Elle a bénéficié des suppléments nutritionnels à trois reprises, où elle rechutait quelques jours après la sortie.





La situation de cet enfant est loin de s'améliorer. Aucun effort particulier n'est fourni de nulle part. L'âge et les moyens matériels de ses grands-parents ne le permettent pas alors que même ses parents ne se soucient pas d'elle. C'est ce qui explique la rechute d'après chaque sortie pour cet enfant.

3.2.3. Notre enfant est victime de notre pauvreté

Jeanne, une femme âgée de 25ans, mère de 3 enfants, rencontrée au centre de santé KIB se lamente de leur situation de pauvre à laquelle est due la malnutrition de leur enfant :

« Urazi ukuntu bibabaje, kubona umwana ariko arakujana, kandi ukaba uzi neza ibishobora kumukiza ariko ntushobora kubironka ? Umwana wacu apfuye umukeno. Ntako turi bubigire. Tuzomuhabwa n'imana niyagenda naho tuzomuheba nta kundi. None tugire dute ?harya umuvyeyi ntaco atokora kugira arokore ubuzima bw'umwana wiwe. Ariko arinze ananirwa biba vyanse kabisa !»

Traduit comme suit :

« Saurais-tu combien c'est frustrant de voir ton enfant partir alors que tu sais bien ce qui manque pour le sauver ? Notre enfant est victime de notre pauvreté. Nous n'y pouvons rien, si Dieu le veut il le gardera. Et s'il part, hélas ! Que pouvons-nous faire ? En fait, le parent ne peut ménager aucun effort pour sauver la vie de son enfant. Quand il échoue, sache bien que ça ne va pas !»

Jeanne se montre prête à tout : et à la vie et à la mort de son enfant. Sa situation la surpasse. Elle a tout remis dans les mains du Très-Haut. Ses propos expriment sa profonde douleur intérieure, douleur due au mauvais état de santé de son enfant. Cette douleur est aggravée par le fait que le remède est, d'après elle, très bien connu alors que les parents n'y peuvent rien. Ils se sentent culpabilisés parce qu'ils sont censés être les premiers et les mieux indiqués à y réagir comme le stipule l'article 27, deuxième paragraphe, de la convention internationale relative aux droits de l'enfant : « *c'est aux parents ou autres personnes qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaire au développement de l'enfant.* »

3.3. De la stigmatisation

Toute personne a besoin d'un respect et de l'honneur en tant que personne humaine. Mais, certaines situations peuvent être à l'origine de la honte et de l'humiliation. Nous allons le découvrir à travers le récit d'Anesie.

3.3.1. Je n'y suis pas retournée et je n'y retournerai plus

Anesie, cultivatrice, âgée de 35ans, mère d'un enfant malnutri, rencontrée au centre de santé de KIB considère la malnutrition comme source de honte et de stigmatisation. Elle nous raconte :

« Iyo abaremeshakiyago baduhamagaye ku kigo, bisaba ko tugenda dutwaye ivyo guteka. Birashika rero umuntu akabibura. Muri icyo gihe abandi baca batangura kukunugwanugwa : kuki naka nawe atazana nk 'abandi ?umwana wiwe azoza ararya buri musu ataco batanze nabo ? muri icyo gihe, umuntu aramaramara, akabura icyo akwigwa, mbere umuntu agaca ahitamwo kudasubira ku kigo. Jewe vyaranshikiye kabiri kose. Sinasubiyeyo kandi sinzosubirayo. Mbega ataco mfise muhira, nzoronka ivyo ntwara ku kigo ? »

Ce qui se traduit littéralement comme suit :

« Quand les agents de santé communautaire nous appellent au centre, ils nous est demandé d'apporter des vivres. Il arrive vraiment qu'on en manque. Dans ce cas les autres commencent à te soupçonner : Pourquoi celle-là ne contribue pas comme nous autres ?son enfant va manger toujours sans qu'elle amène sa part ? Dans de telles situations, on se sent vraiment mal à l'aise, honteuse, qu'on préfère abandonner le centre. Moi personnellement ça m'est arrivée deux fois, je n'y suis pas retournée, et je n'y retournerai plus. Si je n'ai rien à la maison, trouverai-je quoi amener au centre ? »

Ce qui est arrivé à Anesie n'est pas un cas isolé. Les propos des agents de santé communautaire rapportent des faits similaires. Suite au manque d'aliments et ingrédients à contribuer comme les autres parents quand ils viennent au centre de démonstration culinaire, naissent des comportements qui touchent les concernés. C'est entre autres les soupçons dont parle Anesie qui humilient les mères sans contribution ce qui suscite en elles des sentiments d'impuissance.

Pour LAMIA et ESPARBES-PISTRE dans *Précarité et vulnérabilité : comparaisons franco-portugaises* (2004, p.94), la limitation des ressources, l'impossibilité d'anticiper l'avenir sont souvent source d'anxiété et de mises en échec qui altèrent l'image de soi et la vie relationnelle.

Ici, les auteures évoquent l'aspect relationnel. Il est évident de penser sur la qualité de la relation qui est entre la mère humiliée et les autres femmes qui l'ont soupçonnée provoquant en elle ce sentiment d'humiliation. Surement qu'elle sera redoutable.

Selon HAROCHE (2005) cité par NINHAZIMANA (2014, p.95), « *L'humiliation tient au fait que l'individu est insidieusement mis dans une position de passivité, de dépendance, éprouvant un sentiment d'impuissance, de frustration, d'humiliation intense [...] il ne parvient plus à trouver de sens à la société et à lui-même.* »

Pour JAFFRE et OLIVIER DE SARDAN (2003, p.175), « *La honte est engendrée par le regard des autres. Les stratégies d'évitement de la honte comme l'emprunt ne sont pas sans risques, car, si elles ne s'opèrent pas dans la discrétion, elles peuvent générer un redoublement de la honte. Le pauvre qui quémande peut ressentir la honte, mais si l'aide lui est refusée, son humiliation ne fera qu'augmenter.* »

Ce regard des autres dont parlent ces auteurs engendre des stratégies d'évitement. Les mères humiliées vont réagir en ne retournant pas au centre de démonstration culinaire.

LAMIA et T ESPARBES-PISTRE (op. cit, p.97) disent : « *La marginalisation est le résultat supposé d'une situation de précarité associée à la vulnérabilité de l'individu. Or la précarité peut être associée aussi bien à des difficultés matérielles qu'à des éléments plus personnels et sociaux. Une des conséquences de l'état de marginalisation et de précarité est la dégradation de l'image personnelle, du sentiment de valeur personnelle, de l'estime de soi.* »

3.3.2. De la précarisation

Le présent titre peut semer confusion à nos lecteurs du fait qu'il n'est pas aisé de trouver la différence entre pauvreté et précarité comme nous le lisons chez DIALLO dans Médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (2003, p.162) : « *Les efforts de définition et de mesure de la pauvreté par les économistes relèvent que les mesures aussi sophistiquées soient-elles semblent impuissantes à cerner les états de pauvreté multiples et à comprendre les attitudes des démunies. [...] le concept de précarité, par contre, nous paraît adaptée dans la mesure où les familles pauvres ne bénéficient d'aucune sécurité institutionnalisée car il met l'accent sur la fragilité, la vulnérabilité socio-économique de ces familles.*» Cette définition est centrée sur l'aspect économique mais la pauvreté est un concept plus large.

SAGNA (2001, p.46) n'est pas loin de Diallo. Il dit : « *Si l'on en croit les diverses définitions de la précarité, est précaire celui qui n'a rien de stable, d'assuré, celui qui est dans l'incertain, le provisoire, le fragile.*»

FURTOS (2008), lui dit que la pauvreté c'est avoir peu, la précarité est la peur de perdre ce que l'on croit avoir. Il s'agit ici des biens mais aussi des relations sociales, de la dignité, etc.

Partant des deux cas ci-haut cités, des gens qui vivent de telles situations sont dans un état précaire. Ils ont une vie fragile, ils ne sont pas sûrs du présent ni du lendemain.

Vivre incertain par rapport à soi-même, par rapport aux autres et aux événements fait que l'individu ne puisse se situer ni dans le temps, ni dans l'espace. Il est dans l'incompréhension totale de ce qu'est le sens de la vie. C'est ce que nous réalisons à partir de l'entretien d'avec Jeanne, préoccupée par l'état de santé de son enfant sans toutefois pouvoir le sauver.

Cette incertitude des personnes en difficultés comme ces parents incertains de l'avenir de leur enfant reflète des représentations sociales qui se développent à partir de trois registres selon SAGNA (2001, p.48), à savoir le registre ontologique, dans lequel ces personnes s'interrogent sur leurs conditions d'existence, le registre anthropologique, le registre qui leur permet de concevoir et de définir les formes de rapports à entretenir avec les autres et le registre cosmogonique ou cosmologique, dans lequel les sociétés montrent leur vision du monde.

Quant à SORDES-ADER et LACOSTE dans *Précarité et vulnérabilité psychologique. Comparaisons franco-portugaises* (2004, p.109) : « *La situation de précarité est avant tout un combat contre des agressions dont la diversité est soulignée par le manque d'argent induisant des déséquilibres de l'alimentation, des économies sur le chauffage ou les vêtements, [...]* »

Ces auteurs parlent des sociétés où prédomine l'économie de marché. Mais eux aussi montrent la non satisfaction des besoins primaires à commencer par celui de manger. Au Burundi où plus de 90% de la population vit de l'agriculture, les agriculteurs dépendent de la récolte. Si cette dernière n'est pas bonne, la famille ne mangera pas à sa faim et/ou manquera de ressources pour acquérir ce qu'elle ne peut pas produire.

Pour FURTOS (2008) cité par NINHAZIMANA (2014, p.92), tout processus de précarisation a pour conséquence une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre, perte de confiance en soi confrontée à la perte de sa dignité d'exister et perte de confiance en l'avenir. Ainsi, les problèmes de la reconnaissance et de la dignité sont au premier plan. Cette perte de confiance se traduit par la honte et la culpabilité. Comme dans des scénarios répétitifs, les efforts ne sont jamais validés socialement laissant place au cycle « humiliation-honte-culpabilité-retrait ou révolte-violence ».

NINHAZIMANA (2014, p.95), lui aussi parle de la perte de confiance en soi et en la société : « *Le processus de précarisation des familles entraîne une atteinte régulière des conditions de vie quotidienne auxquelles aspirent ses membres, les entraînant dans des difficultés matérielles majeures et dans une perte de confiance en l'avenir et la société. Cette perte de confiance est souvent décrite comme une crise des liens sociaux, y compris des liens familiaux. L'évolution des familles est considérée comme un facteur de vulnérabilité favorisant la précarisation.* »

Cet auteur insiste sur les liens sociaux voire familiaux qui sont mis en danger. Les burundais disent « *harara inzara hakazinduka inzigo* » qui veut dire que lors qu'on n'a pas eu à mettre sous la dent la nuit, on est envieux le matin. Nous avons d'ailleurs indiqué des cas illustratifs de cet adage dans le chapitre sur les répercussions de la malnutrition dans les récits de Rose où des querelles naissent des fois entre elle et son mari quand elle manque de ration.

Selon la définition du conseil d'Europe, « *des personnes vivent dans des conditions de pauvreté si leur revenu et leurs ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont à ce point insuffisants qu'ils empêchent d'avoir des conditions de vie considérée comme acceptables dans les pays membre où ils vivent* ».

Cette définition souligne tout d'abord que la pauvreté est un phénomène relatif : on est pauvre au sein d'une société donnée. Elle met en évidence aussi que la pauvreté est un phénomène ayant à voir avec l'exclusion : la pauvreté peut couper ceux qui en souffrent du reste de société et les empêchant d'accéder aux normes de consommation, en engendrant un phénomène de « honte », en les incitant à demeurer dans un « entre-soi »

Pour PAUGAM (1999), la réflexion sociologique doit contribuer à la compréhension du rapport social à la pauvreté et à l'exclusion. [...] ce qui est sociologiquement pertinent ce n'est pas la pauvreté ou l'exclusion en tant que telles mais les formes sociales institutionnelles qu'elles prennent dans une société donnée à un moment spécifique de son histoire.

Quant aux anthropologues JAFFRE et OLIVIER DE SARDAN (2003, p.162), « *Les sociologues mettent en avant les aspects sociaux dans la définition de la pauvreté en tant que condition humiliante porteuse de stigmat, de flétrissure* ».

En définitive, plusieurs auteurs ont écrit sur la précarité et la pauvreté. Nous n'avons pas voulu revenir sur les controverses des uns et des autres sur les deux concepts. Ce qui nous intéresse le plus comme socio anthropologue, c'est l'intersection qui peut s'observer entre les deux : l'humiliation, la stigmatisation, la honte, etc. Nous les avons utilisés tous à la fois tout en nous penchant sur les enjeux dont ils sont porteurs au sein de la société.

3.4. De la négligence

Nous avons parlé des conditions de vie qui ne facilitent pas l'amélioration de la santé de leur enfant malnutri par certains parents. Cela étant, selon les propos des agents de santé communautaire que nous avons interrogés, des cas de malnutrition dus à l'inattention et la négligence des parents se font voir quelquefois.

Louis, l'agent de santé communautaire l'une des collines de la commune Mwakiro témoigne :

« Si ukuvuga ko abakene ari bo bahura n'izo ngorane gusa. Nibo ahubwo bumva inyigisho tubaha bakagerageza uko bashoboye kose ngo baramire abana babo barwaye izo ndwara z'ugufungura nabi. Baca ingero ku musu bakaronka igihumbi n'abiri. Baragerageza gukuramwo utudagara, utuyoba n'utuboga. Ariko abavyeyi bamwe bifise baronka n'umwimbu ushimishije ariko bakunda cane amaronko, bakagurisha vyose ngo bigurire boxeur.abandi ugasanga barafise inka zikamwa ariko abana babo ntibaronekeko n'ima. Nuko rero abana b'abatunzi barwara izo ndwara z'ugufungura nabi. Iyo ngerageje kubegera nk'umuremeshakiyago, bambwira ko bitandaba ».

Littéralement cela veut dire :

« Ce n'est pas à dire que ce soient seulement les pauvres qui rencontrent ces problèmes : Ils sont par contre réceptifs des enseignements qui leur sont donnés et ne ménagent aucun effort pour essayer d'améliorer la situation de leurs enfants malnutris. Ils travaillent journalièrement pour 1200f. Ils s'arrangent pour avoir quelques ingrédients tels qu'un peu de ndagara, d'arachide, de légumes. Mais certains autres parents qui sont mieux placés financièrement et qui ont de bonnes récoltes mais ambitieux de s'acheter des boxeurs¹⁰. Ils vendent toutes les récoltes. D'autres ont des vaches qui donnent du lait mais dont les enfants n'en bénéficient même pas une goutte. C'est ainsi que certains enfants de riches attrapent la malnutrition. En tant qu'agent de santé communautaire, quand j'essaie de m'approcher de parents pareils, ils me répondent que ça ne me concerne pas».

Les pauvres peuvent eux aussi s'en passer du cas de malnutrition dans leur maison, dit Louis :

« Birashika umwana arwaye izo ndwara zo gufungura nabi bikagora ko atora mitende bivuye ku busamazi bw'abavyeyi biwe. Ego ugasanga nta mikoro bafise ariko n'iyi badutsitaye utwo dufaranga yakoreye nk'ico c'abiri ku musu, abanje gukuramwo icupa ry'amajana atanu. Wumva hasigaye angahe ? Aho hazovamwo ubufu acumba havemwo n'ivyo wa mwana arwaye akeneye ? »

Ce qui se traduit comme suit :

« L'enfant malnutri peut ne pas se remettre à cause de la négligence de ses parents. Il est vrai, ils n'ont pas de moyens ! Mais il arrive qu'ils gagnent les 1200f, si avant tout ils en prennent une bouteille de 500f ça reste combien ? Est-ce que les 700f qui restent suffiront pour le repas familial et pour satisfaire aux besoins de l'enfant malade ? »

Nous voyons alors que la malnutrition de certains enfants peut émaner de la soif excessive des parents d'acquérir des biens. D'autre part, la négligence de certains parents qui n'usent pas du peu de moyens qu'ils peuvent avoir conduit à la persistance de la malnutrition chez leurs enfants.

¹⁰ Boxeur désigne le nom d'une marque de voitures où est marqué « probox ». Celles-ci sont beaucoup utilisées dans les collines de la province Muyinga comme dans les autres provinces pour assurer le déplacement des diverses communes vers les villes provinciales.

Si comme nous l'avons commenté les lignes et les visions des causes développées par les centres de récupération d'enfants dénutris peuvent pousser des familles dans plus de précarité encore, les réflexions de l'agent communautaire nous montrent par contre sa grande connaissance concrète du terrain et sa capacité à pointer les problèmes profonds sous-jacents.

3.5. Conclusion.

Dans ce chapitre, nous avons essayé d'analyser diverses attitudes des parents d'enfants malnutris dans la gestion de ces cas. Comme toutes les maladies, la malnutrition provoque un dysfonctionnement au sein de la famille et par conséquent impose des charges nouvelles à la famille concernée. Certains parents, pour y faire face font tout leur possible pour tenter d'améliorer la santé de leur enfant qui exige une nourriture spéciale et bien entendu des dépenses monétaires. Certains autres, suite à leur situation socioéconomique n'y peuvent rien et cèdent totalement à la malnutrition. Ceux-ci vivent incertains par rapport à eux-mêmes et à la société et ne se projettent pas dans l'avenir. A contrario, il y a d'autres parents, relativement riches mais qui sont à la base de la malnutrition de leurs enfants. Et enfin les autres qui, bien qu'ils aient peu de moyens, ne conjuguent pas d'effort particulier pour subvenir à leur enfant malnutri. Les situations ne sont pas superposables mais chacune est particulière. Une prise en charge adéquate devrait tenir compte de ces particularités pour établir des accompagnements adaptés. Cela ne semble pas être le cas. L'agent de santé communautaire qui connaît bien les familles pourrait être un acteur clé discret et efficace pour établir ces accompagnements personnalisés. Prévu et adapté à chaque situation rapidement, il pourrait éviter l'un des motifs majeurs de décrochage et d'abandon du suivi : la honte et le déshonneur.

CHAPITRE IV : DE L'APPROPRIATION DES ENSEIGNEMENTS PAR LES PARENTS

4.0. Introduction

La malnutrition est un état de santé qui fait que les défenses immunitaires sont affaiblies. De ce fait, l'enfant est davantage confronté aux risques de la maladie. C'est un problème de santé publique. Elle s'inscrit alors, au Burundi, dans les attributions du ministère de santé publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS). Ledit ministère a dès lors tenté d'y remédier en collaboration avec ses partenaires entre autres le PAM et autres à travers divers programmes comme nous le lisons dans la note technique relative à l'intégration de la nutrition dans la stratégie nationale de financement basé sur la performance (novembre 2014, p.2) : « *Face au problème criant de malnutrition que vit le Burundi avec un taux de malnutrition aiguë globale à 6%, un taux d'insuffisance pondérale à 29% et de malnutrition chronique à 58% ; le MSPLS envisage de mettre un accent particulier sur la lutte contre la malnutrition. C'est ainsi que le MSPLS a mobilisé auprès de la Banque Mondiale des ressources visant à intégrer les services relatifs à la nutrition dans le paquet couvert par le FBP* ».

Dans le présent chapitre, nous avons voulu comprendre, sans toutefois les évaluer, les interventions faites dans le cadre de lutte contre la malnutrition, le parcours d'un enfant malnutri dès l'apparition des signes jusqu'au niveau de prise en charge. Nous allons aussi analyser le point de vue des bénéficiaires vis-à-vis de ces actions. D'après la note technique relative à l'intégration de la nutrition dans la stratégie nationale de financement basé sur la performance (novembre 2014, p.12), « *en réponse à cette situation préoccupante révélée par EDSB-2010, le Gouvernement Burundais et ses partenaires ont renforcé leurs interventions en nutrition en faveur de la prise en charge des cas de malnutrition aiguë au niveau des Services de stabilisation dans les hôpitaux pour les cas de malnutrition associés à des complications médicales, les Services Thérapeutiques Ambulatoires (STA) pour les cas sévères sans complications médicales en traitement ambulatoire et les Services de Supplémentation Nutritionnelle (SSN) pour la poursuite du traitement en ambulatoire des cas modérés et à travers diverses approches communautaires*».

Nous partirons alors des prestations quantitatives relatives à la nutrition à intégrer au niveau du FBP telles qu'indiquées dans la note technique relative à l'intégration de la nutrition dans la stratégie nationale de financement basé sur la performance (novembre 2014, p.4). Ce sont des prestations à trois niveaux : au niveau communautaire, au niveau des centres de santé et au niveau des hôpitaux.

4.1. Prestations au niveau communautaire

Au niveau communautaire, les prestations de lutte contre la malnutrition sont réalisées par les agents de santé communautaire et par les mères lumières au niveau des FARNs (Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle).

- *Dépistage mensuelle des cas de malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans*
- *Référence des cas suspects de malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans vers les Centres de Santé*
- *Séances de sensibilisation en faveur des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles*
- *Séances de démonstration culinaire*

Comme nous le voyons, le niveau communautaire est le tout premier niveau où se font les premières étapes de dépistage de la malnutrition par les agents de santé communautaire (abaremeshakiyago) et les mères lumières (mamans Muco), présents sur toutes les collines voire les sous-collines. C'est à ce niveau que sont organisées et effectuées les séances de sensibilisation en faveur des bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles et les séances de démonstration culinaire pendant deux semaines. Il est alors demandé aux mères d'apporter au centre de démonstration culinaire les aliments crus entre autres les haricots, bananes, pommes de terre, légumes, de l'huile, ndagara bref toute sorte d'aliments selon leurs possibilités. Des problèmes à ce niveau se font voir.

4.1.1. Et après les deux semaines ...

Après les séances de sensibilisation, c'est le moment de la mise en pratique de chacune des mères chez soi.

Amina, agent de santé communautaire de l'une des collines de la commune Buhinyuza nous raconte :

« Ingorane nyamukuru tugira, nuko iyo baje mu kigo, twebwe tubwirizwa kwigora tukabereka uko bategura imfungurwa z'abana.

Ariko iyo basubiye mu mihana iwabo, barabura vya nkenerwa kugira bagire nkuko twaberetse. Egoo, birakunda gushika. Kubera ikigo gikurikiranwa n'umu maman muco hamwe n'umuremeshakiyago, babwirizwa kwiyaranja iyo abavyeyi babuze vya nkenerwa, kugira ngo ivyigwa mu kigo ntibisibe. Muri ico gihe nitwe duca twiyaranja ku mifuko yacu. Iyo baje ataco bazanye duca dukora mu vyimburwa vyacu kugira icigwa ntigisibe.

Iyo rero indwi zibiri zo kubakurikirana mu kigo ziheze, basubiye iwabo, ni ya ngorane nyene. Ntibaheza ngo baronke ivyo bategurira abo bana. Bigatuma abana baca baguma basinzikara.»

Ce qui veut dire :

« Le grand problème qu'il y a est que lorsqu'elles viennent au centre, nous nous arrangeons à ce que la démonstration culinaire ait lieu. Mais quand elles retournent chez elles, elles manquent des ingrédients nécessaires pour la mise en pratique. Bien sûr, ça arrive très souvent. Comme le centre est suivi par une maman lumière et un agent de santé communautaire, ceux-ci s'arrangent lorsque les mères d'enfants malnutris manquent le nécessaire à la démonstration culinaire. Dans ce cas, c'est nous qui nous arrangeons sur nos poches....oui !quand elles viennent sans rien amener nous prenons dans nos récoltes pour la démonstration culinaire. Après les deux semaines de démonstration, une fois chez elles, c'est le même problème. Elles ne peuvent pas en avoir. Ce qui fait que les enfants ne puissent pas se remettre. »

Ici, quand les mères manquent d'ingrédients nécessaires à la démonstration culinaire, les agents de santé communautaire font le tout possible en intervenant financièrement pour les trouver ou en prenant une partie de leur récolte pour que, à tout prix, les séances de démonstrations aient lieu. Or, après les deux semaines de démonstration, chacune sera obligée de se débrouiller chez elle.

Rappelons que, comme déjà vu dans les chapitres qui précèdent, le manque d'ingrédients pour les mères d'enfants malnutris est dû à plusieurs facteurs. D'un côté la situation économique de la famille, de l'autre côté les pères ne donnent pas l'argent à leurs femmes pour l'achat de ces ingrédients.

4.1.2. Des cas d'ambivalence

Anesie, âgée de 30ans, cultivatrice, mère de cinq enfants est dans une situation ambiguë. Elle ne voit pas quoi faire avec le peu de moyens qu'elle peut avoir : va-t-elle les consacrer à l'entretien de l'enfant malnutri ? Et les autres enfants ?

Voici ce qu'elle nous raconte :

« Gushira mu ngiro ivyo batwigisha vyari vyo, ariko biragora. N'ivyo dufungura tubironka kugihamana, ntidushobora kuronka utwo uyu mwana akeneye. Nkubu dufise abana batanu, haraho twibaza tuti, none ko mfise igihumbi, abana bane bose ndabareke kubera umwana umwe ? Nukuri ni ikibazo ku ruhande rw'umwana arwaye. Turondera ibikwira abana bose, nta gakono ka wenyene tumutegurira. »

Cela veut dire :

« Il est essentiel de mettre en pratique les enseignements qu'on nous donne. Mais, nous mangeons à peine, nous ne trouvons pas le nécessaire pour notre enfant « malade ». Comme nous avons trois enfants, nous nous disons quelques fois : comme j'ai mille franc, si je les consacre à un seul enfant qu'en sera-t-il pour les quatre ? C'est vraiment un problème de la part de l'enfant malade. Nous achetons ce qui peut suffir à tous les enfants. Pas vraiment de spécialité pour celui-ci. »

Anesie ne conteste pas les enseignements leur donné mais leur mise en application reste problématique. Le problème de fond que révèle la malnutrition est bien un problème de carrence de vivres et de moyens économiques pour compléter et suppléer ce qu'on n'a pas pu produire. C'est le manque de terre et les conditions climatiques, etc. qui entravent la production comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre où nous avons parlé des causes de la malnutrition.

4.1.3. Nul ne peut ignorer ce qui ferait du bien à sa santé...

Rose, 35 ans, commune Buhinyuza, cultivatrice, mère de quatre enfants, s'exprime en disant :

« Ego, ivyo batwigisha ntawobigaya. Ariko burya, sukuvuga ko abavyeyi tutaba tuzi uko twotegura imfungurwa z'abana. None burya hari umuntu atoba azi ko imboga canke utudagara canke utuyoba biryohora indya ? Sindavyibaza ! Icibagiwe co ni ibiharage. Ariko nta vyinshi tucimbura. Umuntu aronka dukeyi tugaca duhera mu misi mike. Ikibazo rero nuko utwo turungo tugoye kuboneka, nayo ubundi ho, nta wutomenya guteka ivyogirira neza amagara yiwe. »

Ce qui se traduit comme suit :

« Oui, je ne dirais pas que ce qu'on nous enseigne n'a pas d'importance, mais, en fait, ce n'est pas à dire que nous en tant que parents ne savons pas comment préparer le repas de nos enfants. Y aurait-il quelqu'un qui ne sait pas que les légumes, les arachides ou les ndagara constituerait un bon repas ? Je ne pense pas ! Sans toutefois oublier les haricots. Malheureusement, nous ne récoltons plus de grandes quantités. Nous ne recevons que peu de récoltes qui ne durent que peu de jours. Le problème est que ce n'est pas toujours facile d'avoir ces ingrédients, si non, nul ne peut ignorer ce qui ferait du bien à sa santé. »

Le ministre de la santé publique et de la lutte contre le Sida a indiqué le 15 janvier 2020, à l'issue d'une séance de questions, que la malnutrition est principalement due aux mauvaises habitudes alimentaires de la population. ¹¹

A entendre parler de mauvaises habitudes alimentaires, en fait c'est comme si tout le nécessaire était à la disposition des parents, et que par ignorance, ils ne sachent pas quoi en faire. Néanmoins, l'entretien d'avec Rose nous prouve plutôt que d'après elle, le problème réside moins dans l'ignorance mais surtout dans l'incapacité de se procurer tous les ingrédients nécessaires. Les récoltes sont aussi insuffisantes. La culpabilisation des familles dans la malnutrition des enfants, fait peser sur elles une double souffrance : celle de l'impuissance à aider leurs enfants comme elles le voudraient et celle de l'insulte sous entendue (ignorants et incapables) qui entanche publiquement leur honneur.

4.1.4. Il est vrai, nous entendons ce qu'on nous enseigne mais...

Pour Nadine veuve de 23 ans et mère de trois enfants, habitant chez son père, le problème qu'il y a est d'abord d'avoir de quoi manger.

« Ego ivyo batwigisha turavyumva, ariko kubishira mu ngiro ni ikindi. Hari naho batubwira ngo ntitwitaho abana bacu, ariko ndazi nabo iyo baba baba mubuzima nkubwo tubayemwo, nabo nyene bobonye ko bitoroshe na gato. Abana bacu turabakunda ntawokwemera ko umwana wiwe amuzingamana afise uko yomugenza, ariko urinze ubona umuyeyi akubwiye ati ndananiwe, aba yateye igere vyanse burundu. Nivyo hariho n'abavyeyi basesagura ariko sibo benshi. »

¹¹ <https://www.iwacu-burundi.org> consulté le 28/3/2020

Traduit comme suit :

« Il est vrai, nous entendons ce qu'on nous enseigne, mais c'est très difficile à mettre en application. On nous dit des fois que nous négligeons nos enfants, mais je pense que si on les mettait dans nos conditions, ils verraient que ce n'est pas du tout facile. Nous aimons nos enfants, nul ne peut laisser l'état de santé de son enfant s'aggraver comme ça. Si un parent te dit qu'il n'y peut rien, sache bien qu'il a vraiment échoué. Oui, il y a des parents qui gaspillent, mais ils ne sont pas nombreux. »

Quant à M. AGIER(1965), toute intervention doit prendre en compte les particularités sociales et locales. Il stipule : *« Le champ de la nutrition est particulièrement ancré dans la vie quotidienne. Une intervention efficace nécessite le plus souvent la prise en compte des particularités sociales, locales.»*

Pour GEORGE (1980, p.38), il n'est pas facile que la situation de dénutrition des pauvres s'améliore. Il dit : *« Etant donné que seuls les pauvres souffrent de la faim et que les plus sous-alimentés d'entre eux sont aussi mal logés, mal soignés et illettrés, il est quasiment impossible de leur demander d'améliorer leur condition s'ils ne reçoivent pas l'aide des mieux lotis et mieux organisés ».*

GEORGE montre que la malnutrition n'est pas un problème isolé, mais qu'il agit en orchestre avec d'autres. Il est aussi d'une logique individualiste et du chacun pour soi à l'inverse d'une logique communautaire.

Regina Pacis, employée de CRS¹², coordinatrice du projet « amashiga »¹³, elle aussi parle de la complexité de la malnutrition : *« bien que les sensibilisations se font, les effectifs d'enfants malnutris ne cessent d'augmenter. Les comportements ne changent pas. Cela ne veut pas dire que lesdites sensibilisations ne sont pas efficaces, mais c'est parce que les variables sont nombreux. L'Etat et toutes les autorités compétentes devraient s'impliquer. Mais aussi au niveau de la famille, les pères devraient s'impliquer. Bref, le problème de malnutrition devrait être attaqué en amont du niveau le plus bas au niveau le plus haut à l'échelle nationale. Les bonnes pratiques alimentaires devraient être enseignées dans toutes les écoles à partir de la première année. »*

¹² CRS : Catholic Relief Service, ONG œuvrant en province Muyinga, ayant dans ses domaines d'intervention le volet nutrition-santé.

¹³ Projet qui consiste en la prévention de la malnutrition par la distribution de la farine de bouillie pendant mille jours, c'est-à-dire de la conception jusqu'à l'âge de 2ans.

Quant à ANDRE et ses collaborateurs (2000, p.14), « *il semble que ce soit dans la diversification des modalités d'action que se trouvent les meilleurs promesses de succès. Il est essentiel de faire en sorte que les activités de prévention ne se limitent pas à des activités d'éducation. Si de telles activités axées sur la transmission d'information, augmentent généralement les connaissances et changent parfois les attitudes, elles ont par contre rarement pour effet de modifier substantiellement les comportements. Pour être efficaces elles devraient être combinées à des actions visant la promotion des compétences, l'enrichissement du soutien social et le développement des communautés. Il apparait donc nécessaire de recourir à des stratégies qui vont au delà de l'information pour privilégier les actions qui ont une portée globale et qui touchent les pratiques éducatives, le réseau social et l'environnement des familles*».

ANDRE est lui aussi dans la logique de la complexité du problème de malnutrition et propose aussi une compilation de solutions qui puissent se compléter. Sans toutefois sous-estimer les actions éducatives, il propose la promotion et le développement des communautés comme porteurs de succès.

Contrairement aux propos précédents de certaines mères sur la mise en pratique des enseignements se rapportant aux bonnes pratiques alimentaires, certaines autres avouent plutôt qu'elles les ignoraient. C'est le cas de Marie. Elle témoigne :

« *Imbere yuko nkurikirana inyigisho twahawe n'abaremeshakiyago z'ukuntu twotegura neza imfurwa zirimwo ibikenewe vyose ku magara yacu, napfa uko ntetse. Nakira kubona ko natetse imfungurwa zikwiye, ko abana baza guhaga neza vyaba bikwiye.* »

Cela se traduit comme suit :

« *Avant que je n'aie suivi ces enseignement qui nous sont donnés par les agents de santé communautaire, je ne savais pas comment préparer un bon repas contenant tous les ingrédients nécessaires à la bonne santé. Je me privilégiais plutôt la quantité, c'était tout pour moi.* »

Nous voyons que ces enseignements sont malgré tout nécessaires pour certains bien que ce ne soit pas pour tout le monde. Le cas de Marie en est un exemple concret.

4.2. Prestations au niveau du centre de santé

- *Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue modérée chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel SSN)*
- *Dépistage et prise en charge de la malnutrition aigue sévère chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS avec service nutritionnel STA)*
Dépistage et référence des cas de malnutrition aigue (modérée et sévère) chez les enfants de moins de 5 ans (pour les CDS sans service nutritionnel SSN et/ou STA). La référence se fait vers les CDS ayant un service SSN ou STA.
- *Suivi et promotion de la croissance chez les enfants de moins de 2 ans (mesure du rapport poids âge)*

Le traitement consiste en suppléments nutritionnels dont bénéficient les enfants une fois la semaine. Toutefois, certains parents disent que leurs enfants ne les mangent pas bien ou pas du tout. Rappelons qu'un centre de santé est dit nutritionnel s'il délivre un paquet complet de services de prise en charge de la malnutrition aigue, c'est-à-dire un service de supplémentation nutritionnelle (SSN) et un service thérapeutique ambulatoire (STA). Ces suppléments nutritionnels sont sujets de pas mal d'observations.

4.2.1. Des tricheries

Il est strictement interdit de vendre des suppléments destinés aux enfants malnutris. Nonobstant, on les retrouve dans plusieurs boutiques où ils sont vendus clandestinement. L'infirmière rencontrée au centre de santé KIB le jour de la distribution des suppléments nous raconte :

« Buri gihe baje gutora ibiyoba turabasubiriramwo kenshi ko babwirizwa kubiha neza abana babo, tukanabihanikiririza ngo ntibaze barabigurisha. Ariko ntikibuza ko tubisanga mu mabutike. Twarahavuye turabasaba ko boza baraza bazanye amasashe vyavuyemwo bvaje gutora ibindi. Ariko barazi ubwenge baraduhenda. Iyo babigurishije, babwira ababibaguriye bakabasubiza amasashe bahejeje kubirya bagaca bayatuzanira. Ntitubona uko tuzohava tubigira ariko turabandanya guhimiriza. »

Traduit littéralement comme suit :

« Chaque fois qu'elles viennent prendre ces suppléments nutritionnels, nous leur répétons à maintes reprises qu'il faut les donner convenablement à leurs enfants et qu'il ne faut pas les vendre. Mais cela n'empêche pas que nous les trouvions dans les boutiques.

Nous avons par la suite décidé de prendre d'autres mesures : nous leur demandons de nous remettre les sachets usés au rendez-vous suivant. Elles sont très malignes pour nous tromper. Même si elles vendent, elles demandent des sachets après la consommation pour enfin nous les remettre. On ne sait plus quoi faire, nous continuons la sensibilisation.»

D'après les propos de cette infirmière, certains parents vendent les suppléments nutritionnels. A part ses propos, quelque chose a été observé le même jour, au même centre de santé : il est à peu près 13h, un taxi moto vient nous prendre pensant que nous avons terminé notre travail. Il entre dans la salle où nous étions, dans laquelle se fait la distribution des suppléments nutritionnels. Il salue l'infirmier chargé de la distribution. Ils se connaissent apparemment. Ils se parlent à voix basse. Après un instant, il nous appelle à l'extérieur. Il nous demande à quand nous allons terminer et nous lui disons que ça nous restait à peu près une heure. Il nous dit alors : *« avant que tu ne partes, donne ton sac à main à cet infirmier, il y a quelque chose qu'il va mettre pour moi, et appelle-moi pour te prendre. »* A la fin de la distribution, les mères étaient presque toutes parties.

Du retour du motard, il nous demande le sac à main, où ils mettent des suppléments nutritionnels que nous n'avons pas pu compter. Sur la route, nous lui avons demandé s'il avait un enfant malnutri il répond non. *« Ma fille se porte bien, mais elle les aime. Chaque fois je les prends pour elle »* ajoute-t-il.

Ce que nous a raconté l'infirmière et ce que nous avons observé suscitent plusieurs questions auxquelles nous n'avons pas pu trouver de réponses : quelle est l'origine des suppléments qu'on trouve dans les boutiques. Proviennent-ils exclusivement des parents d'enfants malnutris ? A qui étaient destinés ceux donnés au motard et probablement à d'autres ? Les reçoivent-ils gratuitement ? Les parents reçoivent-ils les suppléments en quantité suffisante ? De toutes les façons, ces questions et bien d'autres prouvent qu'autour des suppléments nutritionnels il y a des manœuvres de toute part.

4.2.2. Du partage des suppléments

Bien que les suppléments nutritionnels soient réservés au seul enfant malnutri, il arrive que les autres en prennent.

Pour Jeanne, elle partage les suppléments nutritionnels entre ses enfants. *«Iyo ariko arabirya barandaba mu maso nkaca ndabahako.»*

Ce qui se traduit ainsi :

« *Au moment où il les mange, ils me regardent dans les yeux et je leur en donne une part.* »

Quant à Nadine, les suppléments nutritionnels lui sont pris par d'autres enfants :

« *Hari naho bishika abandi bana muhira bakabinyiba. Nk'iyoy naho ariko arabirya, ntabaye hafi barabimwaka.* »

Cela peut se traduire comme suit :

« *Il arrive même que d'autres enfants me les vole à la maison. Et quand je ne suis près d'elle au moment où elle les mange, ils peuvent aussi les lui arracher.* »

Selon Amina, agent de santé communautaire, « *n'abavyeyi haraho babiryako. Mbere n'abadafise abana babironka kwa muganga, barabigura bakabirya.* »

Ce qui se traduit comme suit :

« *Il arrive même que les parents en prennent eux aussi. Même ceux qui n'ont pas d'enfants bénéficiaires, ils les achètent et les mangent.* »

De tout ce qui précède, nous réalisons que les suppléments nutritionnels ne sont pas pris uniquement par les enfants à qui ils sont destinés. Et une fois que ceux-ci ne reçoivent pas la quantité suffisante, des retombés à leur égard peuvent apparaître. Mais l'avidité à détourner ces suppléments au sein de la famille montre aussi que la faim est chronique et que de nombreuses personnes, des enfants principalement, en souffrent même s'ils ne sont pas dénutris. La malnutrition est aussi et avant tout un problème de dénutrition, de manque chronique d'aliments auquel il ne semble pas avoir de réponse.

4.2.3. Des irrégularités

Quelques irrégularités se font voir dans l'enregistrement des enfants malnutris à la liste de ceux qui bénéficient des suppléments nutritionnels. Ces deux parents nous présentent ce qui leur est arrivé.

Angela, 48ans, commune Buhinyuza, grand mère d'Olivier nous présente son cas :

« *Haraheze amezi atatu uyu mwuzukuru wanje bamupimye bakambwira ko arwaye kwashi. Ariko, nararindiriye ko bambwira ngo nje kumutorera ikiyoba, n'ubu ! Amezi atatu si make.* »

Traduit littéralement comme suit :

« Il y a trois mois que mon petit fils a été dépisté malnutri. Mais j'ai attendu jusqu'à présent, on ne m'a pas encore dit ce qui est des suppléments nutritionnels. D'ici trois mois ce n'est pas un petit moment. »

Quand nous avons demandé ce qu'elle en pense, elle nous a répondu : *« Ngira ngo boba bafise ibindi vyihutirwa babanje gukora. Twe ni ukurindira. »*

Cela veut dire :

« Peut être qu'ils ont d'autres choses plus urgentes à exécuter, nous, on ne fait qu'attendre. »



7janvier 2020, au domicile d'Angela, grand-mère d'Olivier en commune Buhinyuza. Olivier, orphelin de mère depuis l'âge de 8 mois. Elevé par sa marâtre depuis l'âge d'un an et par sa grand-mère depuis l'âge de trois ans. Âgé de 6ans le jour de l'enquête.

Marc, de la même colline qu'Angela nous décrit une situation similaire.

« Uyu mwana ubona ntatera intambwe. Bari baranavuze ko azokwandikwa mu bandi baronka ikiyoba, n'ubu ntavyo ndabona. Sukubera boba batavyibuka, imisi yose baca aho mw'ibarabara kandi bakamubona. Nibaza ko ari kubera ndi umwimukira ariyo mpamvu boba batamwitwararika. Iyo mba hari ico navuze ngira baba baramushize mu bandi. Barageregeje no gutangura guteka ariko ntivyahavuye ngo bibe. Ariko kandi aho umwana wanje ntiyarimwo, bashiramwo abiwabo.»

Ce qui peut se traduire comme suit :

« Cet enfant que tu vois n'évolue pas. On avait même dit qu'elle sera enregistrée pour bénéficier des suppléments nutritionnels dont bénéficient les autres enfants malnutris, ça n'a pas été. Ce n'est pas parce qu'ils ne se souviennent pas de son cas, ils passent tous les jours ici dans la route et la voient. Je pense que c'est parce je suis immigré qu'on se soucie moins de notre enfant. Si j'avais fait un geste, elle serait insérée. On avait même tenté de commencer à faire la démonstration culinaire mais cela n'a pas été. Mais là aussi ma fille n'était pas du nombre, on n'y met que leurs connaissances. »

Marc doute de la clarté des agents de santé communautaire dans cette affaire d'enregistrement d'enfants bénéficiaires de suppléments nutritionnels. Il va même jusqu'à penser que s'il avait donné quelque chose, les choses seraient arrangées. Mais quand il ajoute que les séances de démonstrations culinaires qui étaient prévues, bien que sa fille n'était pas du nombre n'ont pas pu avoir lieu, d'autres questionnements peuvent surgir. On peut se demander d'où provient ce décalage, si c'est du côté administratif sur les échelons supérieurs ou au niveau communautaire c'est-à-dire chez les agents de santé communautaire.

Comme nous l'avons déjà dit, ces deux cas ont été observés sur une même colline. Dans le but d'avoir les raisons relatives à cette situation, nous avons voulu rencontrer l'agent de santé communautaire de cette colline ou la maman lumière qui étaient les mieux indiqués pour nous y répondre sans les trouver.

4.3. Prestations au niveau des hôpitaux

Dans le district sanitaire de Muyinga où nous avons effectué notre enquête, c'est à l'hôpital de Muyinga où se trouve le service de stabilisation thérapeutique. Y sont référés les enfants souffrant de la malnutrition aigue sévère avec complications médicales chez les enfants de moins de 5 ans comme déjà dit. Que reçoivent-ils comme traitement ?

« D'abord du lait à la première phase. En plus du lait F75, on les déparasite. La prise en charge se fait cas par cas. Puis transition du lait F75 au lait F100. Pour certains enfants qui ne le supportent pas, on le dilue. Le lait vient du PRONIAMIT », nous a dit Martin, médecin consultant à l'hôpital Muyinga.

Au niveau des hopitaux, comme les entretiens d'en haut l'ont révélé, certains malnutris parviennent à s'améliorer, d'autres difficilement. Il y en a qui en meurent aussi suite aux complications médicales y relatives, a affirmé Martin.

Certains de ceux qui s'améliorent redoutent de ce qui va suivre une fois chez eux après la sortie comme l'a dit Goreth, la femme souffrant de la malnutrition rencontrée au service de stabilisation thérapeutique de Muyinga. Cela montre que les solutions envisagées peuvent être considérées comme partielles et provisoires.

4.4. Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons essayé d'analyser le parcours d'un enfant malnutri depuis l'apparition des premiers signes jusqu'à sa prise en charge à différents niveaux. Nous avons aussi vu divers problèmes relatifs à chaque niveau de prise en charge. Des obstacles relatifs à la mise en pratique des enseignements pour certains parents ne manquent pas. Au niveau communautaire, il s'agit principalement du manque d'ingrédients, pour certaines mères, nécessaires à la démonstration culinaire et consécutivement les jours qui suivent une fois chez elles. Ledit manque s'accompagne de la culpabilisation à l'égard des parents. A contrario, pour certaines d'autres, les séances de sensibilisation en faveur de bonnes pratiques alimentaires et de démonstration culinaire sont de grande importance et ont eu des aboutissements non contestables parce qu'elles les ignoraient au départ. Les suppléments nutritionnels octroyés au niveau des centres de santé sont objet de tricheries de la part des parents, de la fratrie et des infirmiers ce qui prouve la chronicité de la dénutrition chez plusieurs personnes dont les retombées frappent surtout les enfants. En définitive, le problème de malnutrition est très complexe. Son éradication nécessite la prise de conscience de l'ampleur de celui-ci à tous les niveaux c'est-à-dire du niveau le plus bas jusqu'aux plus hauts échelons de la vie du pays. Cela suppose une investigation.

CONCLUSION GENERALE

A la fin de notre travail de recherche, nous allons présenter brièvement les résultats auxquels nous avons abouti. Avant que nous n'y arrivions, nous passons en aperçu sur les grandes étapes qui l'ont marqué du début jusqu'à la fin.

Nous avons, dans le présent travail, tenté de comprendre la dynamique qui anime la famille et la société autour d'un enfant malnutri. Ainsi, nous sommes partis des questions pouvant nous aider à recueillir les éléments susceptibles de rendre compte de cette dynamique.

Notre objectif général était d'analyser la façon dont l'enfant malnutri est traité au sein de sa famille en général et par ses parents en particulier et de savoir comment ceux-ci expliquent la malnutrition et ses effets. Celui-ci a été divisé en quatre objectifs spécifiques. Il s'agit de :

- *S'informer à propos de l'impact de la présence d'un enfant malnutri sur les relations entre les membres de la famille ainsi que les relations de sa famille d'avec l'entourage.*
- *Identifier les causes de la malnutrition et les actions d'intervention relatives à la malnutrition dans le district sanitaire de Muyinga.*
- *Saisir si les parents s'impliquent et s'approprient les enseignements qui leur sont donné.*
- *Prendre connaissance de la hiérarchisation des priorités au sein d'une famille compte tenu des moyens disponibles.*

Pour y répondre, nous avons entrepris une recherche de type qualitative fondée sur l'étude monographique en nous servant de l'observation et de l'entretien semi-directif comme outils de recueil de données. Le recueil des informations a été effectué principalement auprès des parents d'enfants malnutris du district sanitaire de Muyinga constitué de la commune Mwakiro, Buhinyuza et Muyinga. Pour trianguler nos informations, nous avons essayé de diversifier d'informateurs. Nous avons interviewé aussi les agents de santé communautaire, le médecin et les infirmiers. L'analyse des contenus nous a servi de technique d'analyse et de traitement des données. Ladite analyse nous a révélé plusieurs informations que nous allons présenter brièvement :

- La famille au sein de laquelle vit un enfant malnutri est confrontée à pas mal de problèmes internes et externes. La famille se trouve dans une situation où tout membre qui le peut y compris les enfants participe à sa survie. Bien entendu les enfants en âge de scolarité sont obligés d'abandonner l'école et sont soumis à divers travaux. Les entretiens ont montré que les filles abandonnent l'école pour s'occuper de leur petit frère ou petite sœur

malnutri(e). Les garçons sont soumis à d'autres travaux tels que garder les vaches ou travailler dans les champs d'autrui. En plus de cette répercussion de la malnutrition sur la fratrie, les parents peuvent de leur part avoir des mésententes entre eux vis-à-vis des moyens qu'il faut adopter pour subvenir aux besoins spécifiques de leur enfant.

- Les entretiens nous ont permis de découvrir diverses représentations et définitions de la malnutrition et ses effets par les parents. Cette diversité est culturelle, sociale, économique mais aussi contextuelle voire historique. Le poison est pour la plupart de nos enquêtés l'origine de la « malnutrition » chez leur enfant. La malnutrition est pour d'autres la conséquence de leur trajectoire de vie malheureuse. Et pour bien d'autres, elle est une banalité parce qu'elle reflète leur vie quotidienne où la nourriture manque souvent au point qu'il n'y a pas de repas clairement prévu.
- Consécutivement, la gestion des cas de malnutrition diffère d'une famille à une autre moyennant les moyens matériels à leur disposition. Elle est aussi dictée par la représentation que les parents ont de la malnutrition. Pour les enfants malades à cause de l'ignorance ou la négligence de leurs parents, il est facile qu'ils se remettent. Il suffit que les parents prennent conscience de ce qu'il faut faire. Au contraire, pour ceux dont la grande cause de malnutrition est le non accès à la nourriture adéquate et suffisante, rien n'est fait dans l'optique de palier à la santé de leur enfant. Nous avons réalisé que les situations ne sont pas les mêmes, chacune est particulière. Une prise en charge devrait alors tenir compte de ces particularités.

En définitive, la malnutrition est, en reprenant KOFFI Annan, « une urgence silencieuse », « crise largement invisible » qu'il faut combattre. Notre recherche a prouvé que les grandes causes de la persistance de la malnutrition au Burundi sont sociales, économiques et environnementales. Or, la prise en charge médicale de la malnutrition à différents niveaux met en avant la sensibilisation en vue de bonnes pratiques culinaires, la distribution des suppléments nutritionnels, ainsi que la prise en charge des complications médicales de la malnutrition. Ceci est un des angles d'attaque pour lutter contre la malnutrition qui permet d'améliorer les enfants en grand danger durant la période aigüe de l'affection. Mais le problème de fond, celui du manque chronique d'une alimentation de base suffisante au sein des familles devrait être tout autant affronté. L'amélioration des conditions de vie et de la production agricole, le contrôle des naissances en vue de la diminution de la démographie sont certains des moyens qui pourraient être envisagés dans l'optique d'éradication de la malnutrition au Burundi.

La malnutrition des enfants au Burundi ne pourra réellement être combattue efficacement et finalement éradiquée que lorsque tous les habitants, enfants mais aussi adultes, auront l'opportunité de manger en suffisance et que le choix des aliments sera réellement possible dans chaque famille. Les programmes d'éducation à une alimentation équilibrée auront alors tout leur sens.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GENERAUX

1. AGIER, M. (1995), *Pour une anthropologie Critique de la pauvreté, contribution pour le séminaire préparatoire au sommet mondial pour le développement social. Le développement peut-il être social ? pauvreté, chômage, exclusion dans les pays du sud* (ORSTOM/MAE), Ruyauumont, 9-11 janvier.
2. AMIEL LEBIGRE, F. et GOGNALONS-NICOLET, M. (1993), *Entre santé et maladie*, Paris, PUF.
3. ANDRE, B. et al., (2000), *L'éducation familiale en milieu défavorisé, portrait québécois du programme d'action communautaire pour les enfants*, Québec, Sylvain Harvey.
4. ANDRE, G., (1983), *La diététique de l'enfant*, Paris, New York : Barcelona, Masson.
5. BALINT, M. (1980), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.
6. BAWIN, B.-L. et al., (1996), *Sociologie de la famille, le lien sous questions*, Bruxelles, De Boeck et Larcier.
7. BENJAMIN, S., et BEN, R. (1975), *Le jeune enfant et ses besoins fondamentaux*. Préface de Roland lebel, S.I, Caisse Nationale des Allocations Familiales (C.A.F), S.D, Paris, CNAF.
8. CICCHELLI-PUGEAULT, C. et CICCHELLI, V. (1998), *Les théories sociologiques de la famille*, Paris, La Découverte.
9. DE SARDAN, J.P.O. et JAFFRE., dir., (2003), *Médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés, dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
10. DORLIN, E., (2008), *Sexe, Genre et Sexualité*, Paris, P U F.
11. FASSIN, D. (2017), *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF.
12. GEORGE, S., (1980), *Comment meurt l'autre moitié du monde*, traduit de l'anglais par Zeno Dianu, Paris, Laffront.
13. GRANT, J.M. (1994), *La situation des enfants dans le monde*, New York, UNICEF.
14. GUIFFAN, J., (1969), *Surpopulation et malnutrition*, Paris, Armand colin.
15. LEON, A. (1976), *Manuel de psychopédagogie expérimentale*, Paris, PUF
16. MWOROHA, E., (1977), *Peuples et Rois de l'Afrique des grands lacs*, Dakar, Abidjan, Nouvelles éditions.

17. NAVAS, J. et al. (1977), *Famille et fécondité au Burundi, Approche sociologique*, Bujumbura : Presses Lavigerie.
18. ORIS, M. et al. (2009), *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*, Lausanne, Presses universitaires romandes.
19. SAGNA, L. (2001), *Monnaie et sociétés : Une anthropologie des pratiques monétaires*, L'Harmattan.
20. SEGALEN, M. et al. (2002), *Le nouvel esprit de famille*, Paris, éd. ODILE JACOB.
21. SEGALEN, M. et MARTIAL, A., (2014), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.
22. TAP, P. et VASCONCELOS, M. de LOURDES (2004), *Précarité et vulnérabilité psychologique. Comparaisons franco-portugaises*, Fundação Bissaya-Barreto, éditions Erès.
23. TIECHE, M. (1976), *Guide de formation personnelle*, Paris, SDT.
24. TOUZARD, H., (1975), *Enquête psychosociologique sur les rôles conjugaux et la structure familiale*, Paris, CNRS.
25. ZARIFIANT, E. (1999), *La force de guérir*, Paris, éd. Odile-Jacob.

II. OUVRAGES METHODOLOGIQUES

1. BEAUD S., et WEBER, F. (1997), *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte.
2. BLANCHET, A. et GOTMAN, A. (2006), *L'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin.
3. COMPENHOUDT, L.V. (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.
4. DAVAL, R. (1963), *Traité de psychologie sociale, T1, les méthodes*, Paris, PUF.
5. DE LANDSHEERE (1976), *Introduction à la recherche en éducation*, Paris, Colin, Bourrelier.
6. MAYER, R. et OUELLET, F. (1991), *Méthodologie de recherche, pas les intervenants sociaux*, QUEBEC, Gaëtan, Morin.

III. COURS, MEMOIRES, THESES ET AUTRES DOCUMENTS

1. CHAULIAC, M., *Le programme national nutrition santé : conception, stratégies, mise en oeuvre, impacts*, Presses de Sciences Po | « Les Tribunes de la santé » 2015/4 n° 49 | pages 29 à 39 in *Les jeux politiques par le calcul*
2. HABONIMANA., Y. (2017), *Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 18 mois fréquentant le service de vaccination du CHUK dans le département de médecine communautaire*, thèse inédite, Bujumbura, UB,FM.
3. ISTEEBU (2017), *Enquête Démographique de Santee au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, Bujumbura, Burundi.
4. NDAYISENGA, J. (2010), *Aspects épistémologiques et cliniques de la malnutrition chez l'enfant en milieu hospitalier : impact de l'infection à VIH et rôle de la tuberculose*, thèse inédite, Bujumbura, UB, FM.
5. NDUWAYEZU, M. (2004), *Etude des conduites émotives et socioaffectives des mères primipares dans leur relation à l'enfant*, mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE.
6. NDUWAYO, V. (2002), *Contribution à l'évaluation de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans et des malnutris de la province de Gitega*, Gitega, UB, ISA.
7. NINHAZIMANA, A. (2014), *Etude du processus de parentalisation chez les enfants au Burundi*, thèse inédite, Lyon, Université de Lyon2.
8. UNICEF(2017), *Rapport sur la pauvreté des enfants au Burundi : 2016-2017*.
9. OAG (2007), *Analyse des politiques et programmes de réduction de la pauvreté au Burundi*, Bujumbura.
10. République du Burundi, MSPLS (novembre 2014), *Note technique relative à l'intégration de la nutrition dans la stratégie nationale de financement basé sur la performance*, Bujumbura.

IV. DICTIONNAIRES

1. JEAN, E. et al, (2004), *Dictionnaire de Sociologie*, 3^e éd., Paris, Hatier.
2. *Larousse pour tous*, (1957), Paris, Librairie Larousse.

V. WEBGRAPHIE

1. <http://burundi-eco.com/la-malnutrition-chronique>, consulté le 21/2/2019
2. <https://www.unicef.org/french/nutriti> consulté le 19/7/2019
3. <https://arlap.hypotheses.org/8170> consulté le 6/9/2019
4. <https://www.iwacu-burundi.org> consulté le 28/3/2020
5. <https://www.who.int/features/qa/ma> consulté le 18/7/2019
6. <https://www.yaga-burundi.com/2019>, consulté le 16/8/2019

7. [www.arab.info>index2](http://www.arab.info/index2), consulté le 12/3/2019

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN (EN FRANÇAIS)

Bonjour ! Je m'appelle KWIZERIMANA Françoise Romaine. Je suis étudiante à l'université du Burundi, Master 2 en Socio-anthropologie. Je suis entrain de réaliser mon travail de fin d'étude qui s'articule autour de la malnutrition. Je voudrais vous demander de bien me consacrer votre temps pour un dialogue. Je ne vais pas prendre trop de temps, juste moins d'une heure pour entretien. Votre contribution est de grande importance dans la réalisation de mon travail. Je vous promets que cela se fait en tout anonymat.

1. Dans le langage courant, on entend souvent dire « la bonne santé », qu'est-ce qu'est, d'après vous, la bonne santé ?
2. Etant donné que l'OMS recommande 3 repas par jour, est-ce le cas pour vous ?
3. J'aimerais savoir quels types d'aliments sont souvent disponibles ici dans votre localité.
4. Pourriez-vous me dire comment est apparue la malnutrition chez votre enfant ?
5. Après l'apparition de ces signes, à quelle maladie auriez-vous pensé et quel a été votre premier recours ?
6. Quand l'on vous a mis au courant du problème de santé de votre enfant, comment avez-vous accueilli cette nouvelle ?
7. Il arrive que, quand le membre d'une famille est malade, on lui préparer un repas spécial ou on lui achète, si les moyens le permettent, ce qui correspondrait à son goût pour lui aider à se remettre. cela est-il le cas pour votre enfant malnutri ? Comment le nourrissez-vous ? (nombre de repas par jour et les constituants de chaque repas) ?
8. Vous avez peut-être déjà suivi des enseignements élaborés dans le but de lutter contre la malnutrition basés sur la façon de préparer le repas du malnutri, vous est-il facile de les mettre en pratique ?
9. Pour terminer, j'aimerais savoir la réaction du voisinage face à l'état sanitaire de votre enfant.

Je vous remercie !

EN KIRUNDI

Mwaramutse ! Nitwa KWIZERIMANA Françoise Romaine. Muri iki kiringo ndiko ndakora icigwa ku bijanye n'indwara zifatiye ku gufungura nabi. Nkaba nabasaba ko mwontiza umwana wo kuyaga namwe. Intererano yanyu ni ntasubirizwa muri iki gikorwa ndiko ndarangura. Ndabemereye ko ivyo tuyaga biguma hagati yacu.

1. Turakunda kwumva havugwa ngo »amagara meza », mbega ku bwanyu amagara meza ni iki ?
2. Ishirahamwe mpuzamakungu rijrjwe amagara y 'abantu rivuga ko ari vyiza gufungura gatatu ku musi, vyoba ariko bimeze iwanyu ?
3. Nipfuza kandi kumenya ibifungurwa mukunda kuronka kenshi muri kano karere kiwanyu.
4. Mwoshobora kumbwira ibimenyetso iyo ndwara yiseruyemwo ku mwana wanyu ?
5. Mumaze kubona ivyo bimenyetso, ubwa mbere na mbere mwoba mwiyumviriye ko umwana wanyu yoba arwaye iki, mwaciye muvyifatamwo gute ?
6. Mumaze kumenyeshwa ko umwana wanyu arwaye indwara zijanye n'ugufungura nabi, mwavyakiriye gute ?
7. Birashika iyo hari umuntu arwaye mu muryango bakamutegurira imfungurwa zidasa n'iz'abandi, kenshi usanga bisaba kuja kuzisuma iyo bishoboka. Niko vyoba bimeze kuri uyu mwana wanyu arwaye indwara zijanye no gufungura nabi ? mumugaburira gute ? (indya mumugaburira n'incuro mumugaburira ku musi)
8. Kumbure mwoba mumaze gukurikirana inyigisho zijanye no kurwanya indwara zifatiye ku gufungura nabi aho bigisha ukuntu imfungurwa zikwije ingaburo zose zotegurwa. Ubwo biraborohera kuzishira mu ngiro ?
9. Mu gusozero, nagomba kumenya uko mu kibano vyifashe ufatiye ku magara y'umwana wanyu arwaye izo ndwara zijanye no gufungura nabi.

Ndabakengurukiye cane !

GRILLE D'OBSERVATION

- L'état de l'enfant malnutri
- Sa relation avec les parents et la fratrie
- L'état de santé des autres enfants s'il y en a
- Les champs
- La disponibilité de la nourriture
- Le flux aux centres de prise en charge