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

# L’observance des mesures-barrières de la COVID-19 et le quotidien des Burundais

**Nshimirimana, Abel; Sous la direction de : Pr. Jean Marie Nduwayo; Dr. Rénovate Irambona**

**2022-02**

UB, FLSH

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2414

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

**UNIVERSITE DU BURUNDI**

**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

**MASTER EN SOCIO-ANTHROPOLOGIE**




# L'OBSERVANCE DES MESURES-BARRIERES DE LA COVID-19 ET LE QUOTIDIEN DES BURUNDAIS

**Enquête menée en Mairie de Bujumbura (Mars 2020-Mars 2021)**

---

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

**Par Abel NSHIMIRIMANA**

**Sous la direction de :**
**Pr. Jean Marie NDUWAYO et Dr. Rénovate IRAMBONA**

**Bujumbura, février 2022**

**IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY**

**Président** **:** Dr. Aloys TOYI

**Directeur** **:** Pr. Jean-Marie NDUWAYO

**Co-Directeur** **:** Dr. Rénovate IRAMBONA

**Secrétaire** **:** M.A. Fidèle SEBUSHAHU

## DEDICACE

A notre chère épouse Douce BUZIMA ;

A nos chers enfants Abbie Hardy MUHANUZI et Abelie Carla BUNTU.

## REMERCIEMENTS

C'est pour nous un grand honneur et une occasion opportune d'adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont prêté main forte dans la réalisation de ce travail.

Nous disons d'abord « grand merci » aux Professeurs Jean Marie NDUWAYO et Rénovate IRAMBONA, pour nous avoir guidé dans la réalisation de ce travail.

Ensuite, notre reconnaissance est exprimée à l'endroit de tout le corps enseignant en Master de Socio-anthropologie à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines, pour avoir renforcé en nous l'attachement au travail.

Nous pensons également aux personnes qui ont accepté de participer aux entretiens. Elles ont eu confiance en nous et nous ont accordé une portion de leur temps. Nous les remercions.

Enfin, à l'endroit des étudiants camarades d'auditoire avec lesquels nous avons passé ce parcours académique, nous adressons nos sentiments de reconnaissance.

Abel Nshimirimana

**RESUME**

Les programmes de prévention des pandémies en général et des maladies contagieuses en particulier doivent s'inscrire dans des structures sociales, culturelles, économiques et politiques de l'espace social dans lesquelles ils s'effectuent. A cet égard, les représentations sociales, les pratiques partagées ainsi que les structures socio-politiques se rapportant à la santé et à la maladie sont des objets privilégiés par la socio-anthropologie. Ainsi, dans cette recherche, nous avons porté un intérêt à ces aspects dans le cadre de la covid-19, en cherchant à comprendre l'observance des mesures-barrières de cette pandémie en lien avec le quotidien des Burundais, grâce à l'observation participante et aux entretiens semi-directifs réalisés en Mairie de Bujumbura.

Il ressort de cette recherche que la reconnaissance rationnelle des conséquences de la covid-19 pousse certaines personnes à observer les mesures de protection contre cette pandémie, bien que vivant dans un environnement inobservant. Chez d'autres, les croyances religieuses donnent lieu à une déresponsabilisation et à un déni de la maladie. Egalement, la minimisation de la pandémie et son assimilation à d'autres infections conduisent à l'automédication et au recours à des pratiques thérapeutiques alternatives.

Par ailleurs, le désintérêt porté aux pratiques d'hygiène et les contacts physiques par les gestes de salutation associés à leur sens relationnel symbolique, limitent l'observance. En outre, la participation sociale à travers les événements collectifs et la peur d'une connotation déviante revêtent le respect des gestes-barrières d'un caractère rituel, les dépouillant de son aspect rationnel et donnant lieu à un relâchement et à la nécessité d'une force contraignante. Enfin, la diversité et la complexité des activités économiques associées à la précarité et à la complexité des conditions de vie et de travail, sont un préjudice à l'observance. Tout compte fait, le discours politique et médical a d'énormes effets sur les comportements collectifs de protection, ceux-ci connaissant des fluctuations suivant l'ampleur de la mobilisation et de la sensibilisation par l'autorité, au respect des mesures-barrières annoncées.

Les conclusions de cette recherche peuvent contribuer à la réflexion scientifique et à la conception d'autres objets de recherche, mais également, sur le plan professionnel, à la mise sur pied des programmes de gestion des crises sanitaires mettant en jeu les réalités sociales, culturelles et organisationnelles. En aval, elles participent à une transformation progressive de certaines habitudes susceptibles de porter atteinte à la prévention des maladies contagieuses.

Mots-clés : ***santé, maladie, covid-19, mesures-barrières, observance***

**ABSTRACT**

Pandemic prevention programmes in general and contagious diseases in particular must be incorporated in the social, cultural, economic and political structures of the social space in which they take place. In this context, popular knowledge and beliefs, socially shared practices and socio-political structures according to the health are privileged objects by socio-anthropology. So, in this research, we looked at these aspects in the context of covid-19, seeking to understand the non-compliance with the barrier measures of the pandemic in relation to the daily life of Burundians.

This work shows that religious beliefs associated with the presumption of conspiracy and giving rise to a kind of social disempowment, the minimization of the pandemic and its assimilation to other infections leading to self-medication and use of alternative medicine, make the web of popular beliefs and knowledge detrimental to compliance with covid-19 barrier measures.

Also, the disinterest in hygiene practises, the physical contacts by greeting gestures associated with their symbolic relational sense, the collective events and the fear of a deviant connotation taking on the barrier gestures of a ritual character, it removes the rational aspect of the observance of the barrier-measures and causes the slightest adherence to them to be relaxed and its persistence over time to require coercitive force.

Finally, the diversity and complexity of economic activities associated with high economic dynamism, restrictive living and working conditions, the interweaving of political and medical discourse having enormous effects on collective behaviour, to the extent that there are certain contradictions between these discourses and where they are confronted by other discourses with varied contents as a result of the preponderance of mass communication through social networks, are factors of non-compliance with the measures-barriers to Covid-19.

However, the aspects identified in this research may contribute to the design of other research objects, but also professionally to the development of health crisis management programmes involving social, cultural and organizational realities and, downstream, to a gradual transformation of certain habits likely to affect the prevention of contagious diseases.

Key words : ***Health, illness, covid-19, barrier measures, non-compliance***

**TABLE DES MATIERES** **PAGE**

**IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY… ..... i**
**DEDICACE ..... ii**
**REMERCIEMENTS ..... iiii**
**RESUME ..... iv**
**ABSTRACT ..... v**
**TABLE DES MATIERES ..... vi**
**SIGLES ET ABREVIATIONS ..... viii**
**AVANT-PROPOS ..... ix**

**O. INTRODUCTION GENERALE ..... 1**

0.1. Contexte et motivation du choix du sujet ..... 1
0.2. Intérêt du travail ..... 2
0.3. Articulation du travail ..... 3

**CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET CADRE METHODOLOGIQUE DE LARECHERCHE ..... 4**

1.0. Introduction ..... 4
1.1. Problématique ..... 4
1.2. Objectifs de la recherche ..... 7
1.2.1. Objectif principal ..... 7
1.2.2. Objectifs spécifiques ..... 7
1.3. Méthodologie ..... 7
1.3.1. Méthode qualitative et paradigme inductif ..... 7
1.3.2. Délimitation spatio-temporelle ..... 8
1.3.3. Recueil des données par l'observation participante et l'entretien semi-directif ..... 9
1.3.4. Mode d'analyse des données ..... 12
1.4. Conclusion partielle ..... 12

**CHAPITRE 2 : SANTE, MALADIE ET SOCIETE ..... 13**

2.0. Introduction ..... 13
2.1. Concepts de santé et de maladie : différents modèles d'approche ..... 13
2.1.1. Modèle biomédical ..... 14
2.1.2. Modèle biopsychosocial ..... 14
2.1.3. Modèle systémique ..... 15
2.2. Santé, maladie et constructions sociales ..... 17
2.2.1. Représentations sociales, santé et maladie ..... 17
2.2.2. Déterminants sociaux de la santé et de la maladie ..... 19
2.3. Prévention des maladies : éducation à la santé et promotion de la santé ..... 21
2.4. Conclusion partielle ..... 23

**CHAPITRE 3 : REPRESENTATION SOCIALES ET OBSERVANCE DES MESURES-BARRIERES ..... 24**

3.0. Introduction ..... 24

3.1. Croyances religieuses ..... 24
3.2. Covid-19 et gravité perçue : poids des croyances populaires relatives à la maladie ..... 30
3.2.1. Covid-19 : rapports avec d'autres maladies ..... 30
3.2.2. Entre traitement conventionnel et « savoirs thérapeutiques » populaires ..... 344
3.3. Conclusion partielle ..... 38

**CHAPITRE 4 : PRATIQUES SOCIALES AU QUOTIDIEN, STRUCTURES SOCIO-... ECONOMIQUES ET OBSERVANCE DES MESURES-BARRIERES ..... 39**

4.0. Introduction ..... 39
4.1. Pratiques sociales au quotidien ..... 39
4.1.1. Pratiques d'hygiène à l'épreuve ..... 39
4.1.2. Gestes de salutation et défi des contacts sociaux ..... 46
4.1.3. Evénements collectifs ..... 48
4.1.3.1. Participation sociale et efficacité rituelle ..... 49
4.1.3.2. Entre-mesures-barrières et rejet social : faire face au stigmate de la déviance ..... 53
4.2. Structures socio-economique et politique ..... 57
4.2.1. Conditions matérielles existentielles ..... 57
4.2.2. Effets du discours politique et médical ..... 59
4.3. Conclusion partielle ..... 64

**CONCLUSION GENERALE ..... 65**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 69**
**ANNEXES ..... 74**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**COVID-19** : Corona VIrus Desease-2019(Maladie à CoronaVirus-2019)

**EHESS** : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

**ENS-Lyon** : Ecole Normale Supérieure de Lyon

**INSP** : Institut National de Santé Publique

**ISBN** : International Standard Book Number (Numéro d'identification international attribué à chaque ouvrage publié)

**ISSN** : International Standard Serial Number (Numéro international normalisé des publications en séries)

**MSPLS** : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PUM** : Presses de l'Université de Montréal

**PUF** : Presses Universitaires de France

**WHO** : World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)

## Avant-propos

Le présent mémoire s'inscrit dans la perspective de montrer l'importance de la collaboration entre les sciences médicales et les sciences sociales. En effet, les maladies pouvant être abordées en référence aux modèles biomédicaux et épidémiologiques, il importe également de considérer les aspects sociaux qui les entourent, notamment lorsqu'il s'agit de penser à l' efficacité des pratiques de traitement et de prévention.. Ceci à plus forte raison lorsqu'il s'agit de porter un regard analytique sur les maladies transmissibles ou contagieuses, où les interactions humaines tiennent une place de grande envergure. Si ces interactions ne sont pas tenues en considération, la maitrise de ces maladies peut s'avérer difficile voire impossible.

C'est ainsi que, partant des observations sur l'état de lieu de l'observance des mesures-barrières de la covid-19, nous avons envisagé cette recherche en vue de contribuer à la compréhension de cet état de fait et, en conséquence, à l'amélioration des programmes publiques en matière de santé, dans un contexte où le respect de ces mesures requiert une reconfiguration des modes de vie des populations.

***L'observance des mesures-barrières de la COVID-19 et le quotidien des Burundais***

# O. INTRODUCTION GENERALE

## 0.1. Contexte et motivation du choix du sujet

Depuis le mois de décembre de l'an 2019, le monde entier fait face à une crise sanitaire due à la pandémie de covid-19.Cette maladie est causée par le coronavirus, un des virus respiratoires qui se transmettent d'une personne à une autre par le contact avec les gouttelettes expulsées par le nez ou par la bouche lorsqu'une personne malade respire, tousse, éternue ou parle, mais également par un individu asymptomatique, c'est-à-dire portant le virus mais sans présenter de signes. Ce virus peut aussi se propager par des mains infectées portées à la bouche, au nez ou aux yeux après avoir été en contact avec une personne ou une surface infectée[1].

Des efforts ne cessent d'être déployés par divers intervenants afin de trouver des solutions curatives et/ou préventives à la pandémie. Il s'agit des recherches biomédicales se rapportant aux traitements et aux vaccins, mais également de la mise sur pieds des mesures visant la prévention. Dans cette dernière perspective, des mesures-barrières sont recommandées par l'OMS[2] à savoir :

-la distanciation physique ;

-porter un masque ;

-se laver régulièrement les mains avec un produit nettoyant à base d'alcool ou se laver à l'eau et au savon et nettoyer régulièrement les surfaces avec un désinfectant ;

-se renseigner régulièrement sur la covid-19 tout en s'assurant que les informations proviennent de sources fiables ;

-éviter ou diminuer les voyages si on a la toux et/ou la fièvre ;

-tousser ou éternuer dans le creux de la coude ou utiliser un mouchoir en papier à usage unique ;-éviter les zones encombrées ou les endroits où il y a une possibilité d'interaction avec des personnes malades ;

-rester à la maison si on ne se sent pas bien et appeler les professionnels de santé ;

-rester à la maison lorsqu'on est malade ;

-manger et dormir séparément des membres de la famille, etc.

---

[1] https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted, consulté le 16 juin 2020.

[2] https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public, consulté le 16 juin 2020.

Depuis la déclaration par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida des premiers cas positifs de covid-19 au Burundi en mars 2020, les observations de terrain ont montré que les mesures-barrières étaient tantôt respectées, tantôt non respectées. Partant de ces constats de départ et d'acquis théoriques notamment de la socio-anthropologie de la santé et de la maladie, nous avons voulu, dans cette recherche, aller au-delà de ces observations exploratoires pour plutôt engager des observations systématiques couplées à des entretiens. En plaçant l'observance des mesures-barrières dans le quotidien des Burundais, notamment en relevant les aspects sociaux et culturels de la vie des Burundais qui limitent le respect des mesures-barrières recommandées, nous avons l'objectif d'en faire une analyse socio-anthropologique sur la base d'une objectivation théorique.

### 0.2. Intérêt du travail

Ce travail revêt un intérêt sur les plans scientifique et social. En effet, les conclusions pourront amener à mettre en évidence la compréhension de quelques aspects du quotidien des Burundais préjudiciables à la prévention contre la covid-19.Ceci permettra, par extension, de contribuer à la réflexion sur le postulat selon lequel l'étude sur les maladies contagieuses doit situer celles-ci dans un contexte des structures socio-culturelles, économiques et politiques. En effet, comme l'expliquent Adam et Herzlich (2002), la sociologie et l'anthropologie considèrent les représentations et les pratiques relatives à la santé comme l'un des matériaux privilégiés pour l'investigation des systèmes culturels et sociaux et de leur articulation avec le niveau individuel. Par ailleurs, ceci justifie la nécessité d'une collaboration entre des sciences sociales et des sciences de la santé pour connaitre et comprendre les représentations et le savoir populaire liés à la santé afin de saisir leurs incidences sur le rapport de l'homme à la maladie.

Sur le plan social, la compréhension de l'observance des mesures-barrières de la covid-19 contribuera à améliorer les programmes d'intervention sociale visant la prévention non seulement contre cette pandémie, mais aussi contre certaines maladies qui se transmettent par des contacts humains ou qui sont favorisées par certains modes de vie et représentations partagés par les populations. En effet, l'observance, servant à empêcher ou à réduire la propagation de ce genre de maladies, est associée à toute une série de comportements collectivement partagés. Nous trouvons donc l'importance de l'approche socio-anthropologique à ce sujet étant donné que, dans le domaine de la santé publique, la prévention est aujourd'hui devenue prioritaire, que ce soit dans le domaine des maladies

transmissibles ou dans d'autres domaines (Ngatcha-Ribert, 2012). Vaut mieux prévenir que guérir, aime-t-on dire.

### 0.3. Articulation du travail

Ce travail est articulé autour de quatre chapitres. Les premier et deuxième chapitres constituent respectivement les bases méthodologique et théorique de la recherche. Nous y développons la problématique mettant en évidence l'état de la question de recherche, y définissons les objectifs qui sont en fait des pistes de la recherche et y décrivons la démarche méthodologique mobilisée. Nous y mettons également les aspects théoriques qui sous-tendent la recherche, montrant le lien existant entre la santé, la maladie et la société.

Dans les deux derniers chapitres, nous présentons les résultats de la recherche regroupés autour de deux thèmes, le premier mettant en évidence les représentations sociales associées à la covid-19 et aux mesures-barrières et leur influence sur l'observance à ces dernières, et le deuxième relevant les pratiques socialement partagées et l'impact des conditions existentielles et du discours politico-médical sur l'observance des mesures-barrières de la covid-19.

# CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

## 1.0. Introduction

Ce travail de recherche part d'une observation d'un fait socio-sanitaire, l'observance des mesures-barrières de la covid-19. Ce fait suscite un questionnement. Il s'impose ainsi une problématique, c'est-à-dire une sorte d'argumentation autour de la question de recherche, à laquelle nous voulons répondre. Ceci requiert un cheminement méthodologique, sous-tendant la validité et la fiabilité des résultats. Ce cadrage méthodologique tient compte de l'objet à l'étude, ainsi que du paradigme dans lequel s'inscrit la recherche. Dans ce chapitre, nous construisons donc la problématique qui débouche sur les questions de recherche et qui permet de définir les objectifs. Enfin, nous décrivons la méthodologie qui sous-tend la recherche.

## 1.1. Problématique

La santé est un système multidimensionnel. Bien que pouvant être abordée différemment suivant différentes approches privilégiées par les chercheurs et/ou les praticiens, elle renferme tous les aspects de la vie de l'être humain. Elle implique des considérations personnelles et sociales, résultant d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Elle représente, comme l'indiquent Hervé et Froment (2019 : 17), *« la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».*

Il va sans dire que, à côté des considérations biologiques, les aspects comportementaux et socioculturels tiennent une place de grande envergure lorsqu'il s'agit de parler de la santé. Ainsi, être malade ou en bonne santé ne renvoie pas seulement à une perturbation biologique et/ou physiologique, mais également au bien-être sur tous les plans de la vie. Il y a notamment à considérer les manières d'être avec soi-même et avec les autres, les modes de vie, les relations avec l'environnement humain et physique, les conditions familiales, le système de croyances, l'environnement socio-économique global, etc.

Ceci dit, la santé et la maladie sont des faits revêtant la trame de la société et de la culture. Elles sont considérées comme des constructions sociales par certains auteurs. Pour Stoetzel (1960) en effet, c'est la société qui fixe les normes de la maladie et de la santé, oriente les conduites de soin, répartit les rôles et les statuts entre le malade et son entourage, donne un sens à la maladie et détermine les croyances et les représentations à son égard. Dans le même ordre d'idées, Augé et Herzlich (1984) trouvent que le rapport que les sociétés ont avec la

santé est très variable suivant les sociétés et les époques. Dans ce sens, parler de la santé et de la maladie renvoie aux représentations sociales y relatives. Ainsi, suggèrent Sindzingre et Zempleni (1982 : 27), *« il importe d'aborder la maladie en portant un regard sur l'ensemble des aspects sociaux et culturels qui entourent l'homme, de l'intégrer à son support à savoir l'individu et son groupe socioculturel, à son contexte, c'est-à-dire à l'histoire de l'événement et à la conjoncture de la maladie ».*

Il y a donc la nécessité, non de dénigrer le postulat biomédical, mais plutôt de le considérer en s'interrogeant également sur la complexité et l'imbrication de la maladie avec les contextes de son avènement, les rituels qui l'accompagnent ainsi que les représentations y relatives. Pour rendre compte de cette complexité, il devient important de prendre en compte aussi bien les normes et les savoirs véhiculés par la médecine moderne que les modèles socioculturels se rapportant à la santé et à la maladie. Ceci renvoie à l'importance donnée aux comportements collectifs qui ne peuvent être compris qu'à la lumière de la culture du groupe social d'appartenance, impliquant l'analyse des rapports entre société, culture et santé, d'une part, et à la reconnaissance de l'existence des représentations et savoirs populaires, d'autre part.

En effet, pour Laplatine (1986), il existe dans chaque société, parallèlement à un savoir et à un système de soins dominants fondés sur la science ou la tradition officielle, un ou plusieurs systèmes parallèles d'interprétation et de soins fondés sur des savoirs populaires. Ceux-ci conditionnent, à côté des systèmes de santé officiels et le savoir médical qui les sous-tend, les comportements collectifs. Par conséquent, tout message sanitaire, même s'il est élaboré avec les meilleures intentions, entrera inévitablement en conflit avec les croyances, les attitudes ou les valeurs véhiculées par des savoirs populaires, ce qui est susceptible d'engendrer des résistances sociales.

Les échecs de certains programmes de santé publique s'expliquent largement par le recours, conscient ou non, au modèle dit de la « cruche vide », concept développé par Massé (1995). Cette approche repose sur le présupposé avançant l'idée selon laquelle les populations bénéficiaires des services de santé ne sont dépositaires d'aucun savoir médical, que ce sont donc des terrains vierges qu'il suffit de conquérir, des gens passifs qu'il faut remplir de savoirs préconçus. L'auteur précise le caractère fondamental de la base culturelle du sens, du système des signes et d'actions qui fondent la connaissance et les savoir-être des malades et des bien-portants pour concevoir des programmes préventifs.

Cela étant, ces considérations sont valables lorsqu'il s'agit de la prévention de maladies requérant le changement de modes de vie. En fait, les modes de vie et les représentations sociales y relatives sont un poids lourd sur les pratiques de prévention contre des maladies contagieuses. A côté des recommandations techniquement médicales, il s'avère donc indispensable de considérer les déterminants sociaux et culturels de la santé.

C'est dans cette optique que nous portons l'intérêt, dans cette recherche, sur la prévention contre la pandémie de la covid-19. Depuis qu'elle s'est manifestée au Burundi, les autorités intervenant dans le domaine de la santé publique et dans la gestion des catastrophes ont eu à s'exprimer et à faire respecter les mesures-barrières recommandées par l'OMS, à travers des discours via les mass media et des sensibilisations à différents niveaux de responsabilité. Ceci dit, les observations de terrain ont toujours fait état d'une observance par-ci, d'une inobservance par-là, d'épisodes d'observance pour certaines mesures mais qui sont par après suivis d'un relâchement chez la majorité de la population.

Cette situation ne manque pas de susciter des questionnements socio-anthropologiques. En effet, les contacts humains sont largement impliqués dans la contamination de la covid-19 et, par conséquent, le principal moyen de s'en prévenir renvoie à l'évitement de ces derniers, d'où la nécessité de la reconfiguration de la vie relationnelle et du quotidien des populations, à côté des mesures liées à l'hygiène sanitaire. Il s'impose alors de jeter un regard analytique sur les aspects socioculturels et organisationnels qui donnent du sens à l'observance de ces mesures. A cet effet, il se pose la question de recherche générale suivante :

*En quoi le quotidien des Burundais permet-il de comprendre leurs comportements par rapport à l'observance des mesures-barrières de la covid-19 ?*

Cette question d'ordre général doit être opérationnalisée par des questions spécifiques qui en découlent. Ainsi, les questions suivantes se mettent en évidence :

- *Comment les représentations et les savoirs populaires associés à la covid-19 et aux mesures-barrières influent-ils sur l'observance ?*
- *En quoi des pratiques socialement partagées sont-elles impliquées dans l'observance des mesures-barrières de la covid-19 ?*
- *Quels sont les effets des contextes socio-économique et politique sur l'observance des mesures-barrières de la covid-19 ?*

A partir de ces questions de recherche émergent des objectifs qui, en fait, traduisent les axes principaux de ce travail. Ainsi, nous avons, d'une part, l'objectif principal et, d'autre part, les objectifs spécifiques qui découlent de ce dernier.

### 1.2. Objectifs de la recherche

#### 1.2.1. Objectif principal

*Comprendre l'observance des mesures-barrières de la covid-19 en référence au quotidien des Burundais.*

#### 1.2.2. Objectifs spécifiques

- *Montrer comment les représentations et les savoirs populaires associés à la covid-19 et aux mesures-barrières influent sur l'observance de ces mesures ;*
- *Explorer les pratiques socialement partagées ayant des effets sur l'observance des mesures-barrières de la covid-19 ;*
- *Montrer en quoi les contextes socio-économique et politique influent sur l'observance des mesures-barrières de la covid-19.*

L'atteinte de ces objectifs permet de répondre aux questions de la recherche et, au bout du compte, de résoudre l'énigme posée par la problématique. Pour y parvenir, il s'impose une démarche méthodologique.

### 1.3. Méthodologie

La méthodologie de recherche est l'ensemble des étapes qui guident la recherche et conduisent aux résultats. C'est un processus dynamique et rationnel (Quivy et Van Campenhoudt, 1995), un préalable pour la validité des conclusions, l'épine dorsale de toute recherche. Dans cette section, nous définissons la méthode de recherche et les techniques de recueil des données, délimitons spatialement et temporellement le travail, décrivons le déroulement du travail de terrain et précisons le mode d'analyse des données.

#### 1.3.1. Méthode qualitative et paradigme inductif

La présente recherche est appuyée par l'approche qualitative, appelée aussi méthode compréhensive par Kaufmann (1996). Cette approche vise à saisir le sens que les acteurs mettent dans leurs actions et interactions, dans leur expérience, c'est-à-dire comment ils construisent leur expérience, la ressentent et la vivent. Dans cette perspective qualitative, nous privilégions la démarche inductive ou empirico-inductive qui part des faits observables pour aller vers l'explication de celles-ci, contrairement à la démarche déductive ou hypothético-

déductive où le chercheur formule une (des) hypothèse(s) qu'il cherche à valider ou invalider par une inférence logique des implications matérielles à partir de cette (ces) dernière(s) (Coulon, 2008).

Le choix de cette démarche est guidé par le fait que nous partons, dans cette recherche, de l'observation d'un fait socio-sanitaire à savoir l'observance des mesures-barrières de la covid-19, un fait que nous cherchons à comprendre par une approche socio-anthropologique, de façon intensive.

Bien évidemment, comme la démarche méthodologique privilégiée s'inscrit dans le paradigme compréhensif, où des fois le chercheur appartient à la population d'enquête, il s'impose pour nous de faire preuve de beaucoup de réflexivité, étant donné qu'il est fort probable que nous soyons influencé par nos propres valeurs et représentations relatives à la santé et à la maladie en général et à la covid-19 en particulier. Il faut beaucoup plus de neutralité axiologique. En effet, selon le paradigme compréhensif, le chercheur est immergé dans le monde social qu'il étudie. Il n'y a pas de distance irréductible entre l'objet d'étude et le sujet qui l'étudie. Selon Kaufmann (1996 : 41), *« l'enquêteur doit oublier ses propres opinions et catégories de pensée et ne penser qu'il a un monde à découvrir, d'éléments nouveaux à apprendre. Il est donc important de se détacher des représentations ordinaires, cela passant par une meilleure observation des faits, ne correspondant pas à l'image qu'on en a »*. Cette exigence d'un travail réflexif est d'autant plus importante que, dans le paradigme compréhensif et dans le cadre même de cette recherche, les techniques de recueil des données impliquent un contact direct avec les sujets qui constituent la population d'enquête.

### 1.3.2. Délimitation spatio-temporelle

Pour que la recherche soit réalisable, il faut bien cadrer la population sur laquelle porte cette étude, le terrain et la période concernée, le cas échéant. En effet, les données de recherche ne sont pas fournies par n'importe quelle personne, mais plutôt par des gens appartenant à un espace social donné, susceptibles de donner les informations voulues par le chercheur.

Pour ce qui est de cette étude, l'intérêt a été porté au quotidien des Burundais en considérant les espaces d'interactions sociales intenses. Ce qui nous a poussé à focaliser nos observations sur des lieux de rassemblement, des services et des espaces publics. Ce choix a été guidé par le fait que les mesures-barrières de la covid-19 exigent la limitation des contacts physiques, d'où l'importance de porter un regard sur leur observance dans des lieux susceptibles effectivement de mettre les gens en contact. C'est ainsi que la Mairie de Bujumbura a été

choisie comme terrain d'enquête car répondant à ce contexte, l'intérêt étant principalement porté aux lieux publics.

Concernant la délimitation temporelle, nous avons considéré les périodes de forte mobilisation publique, matérialisée par un discours politique et médical de grande envergure. En fait, la covid-19 est apparue en décembre 2019 en Chine, mais a été déclarée comme pandémie le 11 mars 2020[3].Au Burundi, les premiers cas positifs ont été déclarés le 31 mars 2020[4]. Dès lors, le Gouvernement a initié des mesures, mais à un niveau élémentaire.

Ce n'est qu'au premier juillet 2020 que le Président de la République a déclaré, dans son discours de circonstance, que la covid-19 constituait désormais un grand ennemi du pays, après près de trois mois de déni institutionnel et social de la pandémie. Une campagne de dépistage systématique a alors débuté et a duré trois mois, avec beaucoup de sorties médiatiques et de fortes sensibilisations au respect des mesures-barrières, après laquelle l'autorité politique et sanitaire a indiqué que le virus était maitrisé.

La deuxième période jugée importante est celle allant de janvier à mars 2021. En effet, dans un communiqué du 8 janvier 2021, le Ministre de l'Intérieur, de la sécurité publique et du développement communautaire a annoncé la fermeture des frontières terrestres et maritimes et une quarantaine obligatoire de sept jours pour tout voyageur venant par avion, en raison de l'augmentation des cas de covid-19. Les gens ont également été interpellés à se ressaisir en ce qui est de l'observance des mesures-barrières.

Cela étant, nous avons considéré ces deux périodes comme pouvant renseigner sur l'état des lieux de l'observance des mesures-barrières, dans un contexte d'une forte mobilisation politique et médicale. C'est donc pendant ces deux périodes que nous avons procédé au recueil des données.

### 1.3.3. Recueil des données par l'observation participante et l'entretien semi-directif

Les données ne peuvent parvenir au chercheur que grâce à l'utilisation de techniques appropriées, en rapport avec l'objet de la recherche. C'est dans cette optique que, dans cette recherche, nous avons opté pour l'observation participante et l'entretien semi-directif ou participatif comme techniques de recherche.

[3]https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19
, consulté en date du 06 juin 2020.
[4]www.afro.int>sites>files, consulté en date du 08 juin 2020.

L'observation participante est un dispositif de recherche exigeant une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. C'est dire que l'observation se trouve fondée sur la description des situations et la présence du chercheur au sein du milieu observé est donc importante. Pour Kaufmann (2004), le chercheur s'immerge pleinement dans la vie sociale où il prend des rôles réels et participe aux rites et aux institutions. En partageant leurs expériences, il a toutefois à l'esprit qu'il est en train de collecter systématiquement des données.

Autrement dit, l'observation ne consiste pas seulement à regarder, à écouter et à converser avec les gens, mais son objectif est de réunir les informations bien précises en prenant part à la vie des observés. Les données de l'observation permettant de répondre aux questions de la recherche, il s'impose donc un guide d'observation permettant la systématisation grâce aux indicateurs élaborés à cet effet et un carnet de bord pour noter chaque fois les éléments observés. Ce guide est cependant évolutif car il faut s'y référer mais en restant ouvert à tout ce qui est offert par le terrain, relatif à l'objet d'étude.

En tant qu'habitant de la Mairie de Bujumbura, à travers les contacts avec les gens, dans les espaces publics, dans des événements de rencontre, en nous rendant sur des parkings des bus de transport en commun, dans des marchés, dans des lieux de culte religieux, dans des hôpitaux, dans des banques, etc., en participant donc dans le quotidien des Burundais, nous avons en même temps pu faire des observations systématiques, tout en écoutant les commentaires se rapportant à cette pandémie et aux mesures-barrières.

Pour compléter les données de l'observation participante et pour saisir le sens que les acteurs donnaient à leurs conduites, nous avons procédé à des entretiens semi-directifs -ou compréhensifs- en rapport avec des sous-thèmes construits sur la base du thème central de la recherche.

L'entretien compréhensif explore les systèmes de représentations de l'enquêté à l'égard des thématiques abordées, à travers des opinions émises et des expériences relatées par l'enquêté. C'est un entretien qui cherche à saisir le sens que le sujet donne à ses actions et à ses interactions, dans ses expériences et dans celles des gens qui l'entourent. Comme l'expliquent Blanchet et ses collaborateurs (1985 : 78), *« l'entretien semi-directif consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci s'y laisse guider par le flux de l'entrevue sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant »*. Ceci requiert un guide d'entretien constitué

de thèmes généraux que l'enquêteur veut aborder, sur la base desquels il va poser des questions, tout en restant cependant ouvert à d'éventuelles thématiques qui peuvent s'ajouter au fur et à mesure du déroulement des entretiens. Il est donc loin du dirigisme ou du laisser-faire.

Ceci dit, nous nous sommes entretenu avec quatorze (14) personnes lors de la première période et avec douze (12) personnes lors de la deuxième période. En fait, nous nous étions arrêté aux 14 entretiens pendant la première période, guidé par le principe de la saturation de l'information qui consiste pour le chercheur à juger que les derniers entretiens ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique(Becker, 2002).Mais avec la deuxième période, les observations ont fait valoir le changement de certaines conduites, surtout suite à la mobilisation au respect des mesures-barrières qui était portée à un niveau plus avancé-interdiction des boîtes de nuits et des karaokés, lavage des mains, port du masque obligatoire dans les déplacements de transport en commun, etc.- qu'avant. Nous avons alors pensé que nous pouvions avoir des informations complémentaires, d'où avons décidé de reprendre les observations systématiques et les entretiens, avec les mêmes outils de collecte des données mais en focalisant l'intérêt sur les aspects qui avaient fluctué et ceux qui avaient été constants. Egalement, le même principe de saturation de l'information a guidé la réglementation des entretiens.

Le choix des gens avec lesquels il fallait nous entretenir était guidé par le hasard ; donc nous avons procédé à un échantillonnage de commodité, appelé aussi accidentel, ponctuel ou de proximité, qui est une technique non probabiliste où les sujets sont sélectionnés en raison de leur accessibilité pratique et de leur proximité avec le chercheur. Les sujets sont sélectionnés uniquement parce qu'ils sont faciles à recruter pour l'étude et que le chercheur n'a pas envisagé de sélectionner des sujets représentatifs de l'ensemble de la population (Blanchet et al. 1985).

Ceci dit, nous avons fait face à la difficulté de trouver le consentement de certains enquêtés dans un contexte où nous négociions les entretiens alors que les gens avaient leurs programmes. Il nous est même arrivé maintes fois de quitter un lieu sans effectuer aucun entretien après beaucoup de demandes refusées.

### 1.3.4. Mode d'analyse des données

Une fois les données recueillies suit l'étape de l'analyse qui permet de donner le sens aux données de l'observation et des entretiens. Ainsi, nous procédons par l'analyse thématique qui, selon Mucchielli (1996 : 259), est l'une des stratégies d'analyse qualitative consistant à *« repérer dans les expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus »*. Il s'agit en fait de regrouper les données en thèmes et sous-thèmes desquels nous partons pour répondre progressivement à la question de départ.

Concrètement, le terrain nous a offert des données brutes, c'est-à-dire considérées telles qu'obtenues lors des observations, d'une part, et produites par les enquêtés lors des entretiens d'autre part. Ainsi, nous prenons ces données et les organisons en référence aux différents thèmes formulés sur la base des questions de recherche auxquelles il faut justement donner des réponses, dans la perspective d'opérationnaliser la recherche et de répondre à la question de départ. Après ce regroupement basé sur une organisation des contenus sémantiques, il s'agit de consolider les thèmes et les sous-thèmes, c'est-à-dire de faire une sorte de réflexion analytique des données qui est même des fois sous-tendue par un appui théorique.

## 1.4. Conclusion partielle

Dans ce chapitre, il s'agissait de poser l'état de la question de la recherche, à travers la problématique traduisant la nécessité de considérer les aspects sociologiques et anthropologiques en matière de la prévention des maladies et, par conséquent, de la covid-19. Après la définition des objectifs relevant des questions de recherche, nous avons décrit la méthodologie qui a servi de soubassement à la recherche, guidée par une démarche inductive, opérationnalisée par l'observation participante et l'entretien semi-directif comme techniques de recueil des données, et l'analyse thématique pour le traitement des données.

Cela étant, il importe de relever quelques considérations théoriques dans la mesure où le terrain de recherche dans le domaine de la santé et de la maladie dans ses imbrications avec les aspects socio-anthropologiques n'est pas vierge. Nous présentons ainsi, dans les lignes qui suivent, une brève revue de la littérature qui montre comment la santé est approchée non seulement par les sciences biomédicales, mais également par les sciences sociales.

# CHAPITRE 2 : SANTE, MALADIE ET SOCIETE

## 2.0. Introduction

Santé, maladie et société sont trois aspects difficiles à dissocier. Certes, la santé et la maladie sont liées aux processus biologiques, mais elles sont à considérer également en se référant aux comportements socialement partagés, favorisant l'émergence des maladies ou leur prévention, ainsi qu'aux interactions que les populations ont avec l'environnement physique et social. Ceci justifie donc la prise en compte des aspects sociaux et culturels lorsqu'il s'agit de faire des études sur la santé et la maladie. Ainsi, la conception de la santé et de la maladie a évolué dans l'histoire, étant donné que, dans la perspective socio-anthropologique, ces deux notions relèvent de la construction sociale à travers des représentations sociales variant dans l'espace et dans le temps, en fonction des déterminants sociaux de la santé et de la maladie qui tiennent un rôle de grande envergure dans les politiques de prévention des maladies et de promotion de la santé.

## 2.1. Concepts de santé et de maladie : différents modèles d'approche

L'appréhension de la santé et de la maladie s'inscrit dans des paradigmes à partir desquels les chercheurs élaborent leurs hypothèses, leurs théories et leurs méthodes. Leur définition est multidimensionnelle. En effet, si l'on prend par exemple le concept de santé qui est souvent opposé à la maladie, il est variable et plusieurs acceptions coexistent, comme cela est relevé par Bury (1988) : santé comme absence de maladie (mesurée par la présence ou l'absence de certains indicateurs de maladie et parfois de risques) ; santé comme état biologique souhaitable (physique et mental, mesurable par des indicateurs biophysiologiques) ; santé biopsychosociale (état de complet bien-être physique, mental et social) suivant la définition de l'OMS; santé comme capacité d'une personne à gérer sa vie et son environnement, c'est-à-dire à mobiliser les ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux nécessités de la vie.

Il n'y a donc pas de définition unique et univoque de la santé et les définitions s'opposent ou se complètent, selon les cas. Ainsi, nous mettons ici en évidence trois modèles d'approche à savoir le modèle biomédical, le modèle biopsychosocial et le modèle systémique. Loin de s'exclure, ces modèles peuvent plutôt se compléter.

### 2.1.1. Modèle biomédical

Le modèle biomédical est le modèle dominant dans les études sur la santé et la maladie. Construit au dix-neuvième siècle en Occident, il l'emporte sur toutes les autres conceptions de la maladie dès le début du vingtième siècle (Desforges, 2001).

Le modèle biomédical repose sur une conception positiviste de la maladie qui a donné naissance à l'étiologie spécifique, celle-ci consistant à rechercher la cause des maladies. En fait, le positivisme postule que le principe de la connaissance se trouve dans l'observation objective des faits et que la preuve empirique obtenue de l'observation est la seule preuve scientifique acceptée (Marquet, 1976).

D'après le modèle biomédical, la santé est alors considérée comme une sorte d'opposition à la maladie, une absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques. Ce modèle se concentre sur les processus physiques comme l'anatomopathologie, la radiologie, etc. et ne prend pas en compte le rôle des facteurs sociaux et environnementaux, ce qui limite la prise en charge aux aspects strictement biologiques. C'est une conception mécanique de la santé et de la maladie. La maladie est alors prise comme une entité qu'on peut isoler de l'individu qui en souffre (Corin, 1985).

Par conséquent, la maladie donne lieu à une série d'observations et de mesures qui permettent d'en préciser les caractéristiques objectives et généralisables. Donc, pour chaque maladie, il existe une cause biologique qu'il faut déterminer. La prise en charge est alors centrée sur la maladie au sens général et non sur le malade, avec des démarches diagnostiques et thérapeutiques spécialisées. Les maladies étant considérées comme des entités indépendantes de la personne, le médecin doit s'intéresser à la maladie, indépendamment de la personne malade ou du contexte social et culturel dans lequel la maladie se manifeste.

### 2.1.2. Modèle biopsychosocial

Ce modèle a ses racines dans la médecine hygiéniste de la fin du dix-neuvième siècle et est créée dans le prolongement de la vision de la santé ayant émergé dans les années 1970 (Desforges, 2001). Il s'agit d'une représentation dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant au maintien de la santé et au développement de la maladie. Donc, aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance, même si leur importance relative peut varier.

Cette approche situe la santé et la maladie dans un système de causalités complexes et multiples. Elle met l'importance à l'environnement et aux habitudes de vie. Tout en ne remettant pas en cause fondamentalement le modèle biomédical, elle prend en considération de nouveaux facteurs dans l'étiologie de la maladie. On parle alors de l'étiologie sociale (Augé et Herzlich, 1984) liée aux facteurs de l'environnement physique et social des personnes, ainsi qu'aux composantes psychologiques de la santé et de la maladie, considérant que l'être humain est pris dans ses dimensions physique, cognitive, affective, sociale et spirituelle et dans ses liens avec l'environnement. Ainsi, le traitement et les soins doivent inclure aussi les différentes dimensions de la personne, et non seulement le corps malade.

### 2.1.3. Modèle systémique

Le modèle systémique (socio-écologique ou holiste) est la plus récente des approches de la santé et de la maladie. Il relève d'un changement apparu au cours des dernières décennies dans les cadres conceptuels de promotion de la santé. Les praticiens et les chercheurs en sont en effet venus à reconnaître les limites d'une concentration de stratégies visant le changement de comportement individuel et ont opté pour diriger leur intérêt maintenant vers des approches qui répondent à la réciprocité entre la biologie, les comportements de santé et l'environnement (Desforges, 2001).

Le modèle systémique vise à rendre compte des relations entre les paramètres biologiques, environnementaux et culturels dans la santé. Il traduit des préoccupations tournées vers la santé sociale. Il présente ainsi une approche systémique selon laquelle l'ensemble des facteurs de santé forme un système où les éléments influent les uns sur les autres et où la santé est vue comme la résultante des interrelations entre les facteurs du système et non pas d'un élément pris séparément.

Comme l'indique Massé (1995), le modèle socio-écologique ou systémique a été décrit particulièrement dans les recherches en anthropologie de la santé, où l'on s'intéresse depuis de nombreuses années aux dimensions sociales et culturelles dans la construction des maladies. Et selon Shah (1995), si on accepte cette approche, toutes les maladies sont d'origine multifactorielle et leur prévention dépend des interventions portant autant sur l'hôte et sur l'agent que sur l'environnement.

Suivant ce modèle, la santé peut être définie en considérant tous les aspects qui concourent à son maintien et à l'apparition des maladies et à leur prévention. Elle peut être définie notamment en considérant l'état physique et mental d'une personne, les facteurs qui

déterminent l'état de santé, comment sont pris en charge les problèmes de santé, ainsi que les aspects socioculturels qui entourent la santé et la maladie, notamment en portant l'intérêt sur les pratiques et les croyances collectives partagées par une société.

En fait, la santé est un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population). Il s'agit donc d'une conception globale et ouverte qui permet d'intégrer les dimensions socio-économiques et environnementales dans la compréhension de l'état de santé d'une personne et/ou d'une population.

En outre, les modèles socio-écologiques décrivent la relation entre les comportements de santé et la communauté et les sous-systèmes sociaux interpersonnels et organisationnels (Pierret, 1988). Ils aident à exposer de façon claire les complexités des déterminants de santé et les influences environnementales sur la santé. Par conséquent, ils montrent la nécessité de créer des conditions environnementales qui soutiennent et promeuvent des changements de comportements efficaces et prolongés et contribuent à l'identification des déterminants à différents niveaux de système, tout en suggérant les relations qui existent entre eux. En fait, les politiques sociales de santé, les réseaux relationnels, les liens entre facteurs de risques et maladies, les déterminants socioculturels de la santé et de la maladie, les croyances et les représentations y relatives, sont en interaction.

Donc, les modèles socio-écologiques sont nécessaires pour une construction adéquate des interrelations entre les déterminants, afin de mener à des recherches interventionnelles de contrôle ayant pour cibles de nombreux niveaux du système, ce qui donne lieu à une solide compréhension de l'interrelation entre les déterminants sociaux de la santé qu'il faut prendre en compte lors de la planification et l'évaluation des interventions en matière sanitaire.

Le parcours de ces modèles d'appréhension de la santé et de la maladie porte à mettre en évidence la nécessité de considérer une certaine complémentarité entre eux. En effet, l'on ne saurait pas, par exemple, considérer le seul modèle biomédical, notamment dans une perspective socio-anthropologique. Ceci donnerait lieu à opposer la santé à la maladie et le corps malade serait le point focal de toutes les interventions dans le domaine de la santé. La prévention aurait une place minime étant donné qu'elle implique beaucoup de facteurs imbriqués, dans la mesure où, dans cette recherche, la santé et la maladie sont des données socialement construites, au-delà de leurs considérations se rapportant au corps.

### 2.2. Santé, maladie et constructions sociales

A côté des phénomènes organiques et physiologiques qui déterminent la santé et la maladie, leur définition repose aussi sur des aspects sociaux. Elles sont considérées comme des constructions sociales parce que les représentations que les sociétés ont vis-à-vis d'elles sont très variables et évoluent dans le temps. Les catégories de représentations des personnes par rapport à la bonne santé, par rapport aux malades et à certains types de maladie, à certains choix thérapeutiques ainsi qu'à l'importance qui leur est accordée dans l'espace public et social résultent de la combinaison de plusieurs facteurs sociaux. Dans cette section, nous parlons du poids des représentations sociales sur les pratiques de santé, relevons quelques facteurs déterminants de la santé et de la maladie et parlons de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé comme moyens de prévention contre les crises sanitaires.

#### 2.2.1. Représentations sociales, santé et maladie

L'étude des représentations sociales suscite un grand intérêt parce qu'elle permet de confronter les perceptions que les individus se font des objets en jeu dans leur vie quotidienne. Elle permet non seulement de mettre en évidence l'existence d'une vision commune au sein des groupes d'individus, mais également des perceptions contrastées entre les groupes.

Pour Jodelet (2003 : 53), le concept de représentation sociale désigne *« une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »* Les représentations sociales permettent aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet et de fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication. Elles tiennent une place de grande envergure dans la vie sociale dans la mesure où elles influencent les pratiques sociales.

Dans le domaine de la santé, les représentations sociales sont appréhendées en rapport avec les représentations de la maladie, les rapports entre santé et maladie, les représentations sur les personnes malades ainsi que sur les conduites préventives. Elles influencent donc des comportements de santé.

En effet, socio-anthropologiquement parlant, il existe dans le domaine sanitaire et médical une pensée profane sur la santé et la maladie distincte de ce qu'en disent les experts de la médecine et des sciences biomédicales. Certes, la maladie est à la fois une réalité décrite, expliquée et traitée par la médecine, mais il y a également une pensée sociale liée aux

expériences individuelles ou partagées socialement, qui ne s'accorde pas nécessairement avec le discours technique. C'est ce qu'expliquent des chercheurs en anthropologie de la santé, notamment Massé (1995) et Laplatine (1993) lorsqu'ils parlent des savoirs populaires associés à la santé et à la maladie. Selon ces auteurs, les savoirs populaires sont fondés sur les représentations sociales partagées et se juxtaposent sur les savoirs scientifiques ou savants en mettant en évidence une forte valence culturelle. Ils peuvent même être en contradiction avec ces savoirs médicaux.

Parler des représentations sociales de la santé et de la maladie renvoie à la polysémie de la notion de maladie elle-même où se mêlent des aspects subjectifs et objectifs. Il y a par exemple des concepts anglo-saxons pour évoquer diverses représentations de la maladie (Mirko, 1995). Ces concepts traduisent l'opposition entre « illness » (maladie du malade ou vécu subjectif du malade), disease (maladie du médecin, objectivée à partir des altérations biologiques), mais également « sickness » (maladie socialisée, abordée comme charge symbolique pour l'ensemble du groupe social). Ces visions varient selon différents groupes sociaux. Il y a donc un rôle important joué par la culture dans la manière d'appréhender la maladie, de l'éviter, de la soigner et de la traiter.

La santé et la maladie ont généralement des significations spécifiques pour les individus dans une société donnée, par l'expérience que chacun en fait et par l'information qui circule dans la société. Etudier les représentations sociales de la santé et de la maladie renvoie ainsi à voir comment l'ensemble « santé et maladie », en tant que valeurs, normes sociales et modèles culturels, est conçu et vécu par les membres d'une communauté donnée.

De façon générale, comme l'expliquent Broutelle et Le Morvan (2009), ces différentes conceptions nous montrent que les entités « santé » et « maladie » ne sont guère ressenties comme des données figées. Elles apparaissent dans des constructions qui permettent aux uns et aux autres de les représenter comme ils les sentent et de traduire ainsi la réalité liée au phénomène. Par ailleurs, la santé ne peut être clairement définie par son opposition à la maladie et il est sans doute plus indiqué de parler des maladies, compte tenu de la variété des agents infectieux et des milieux de vie des individus. Santé et maladie sont vécues comme multiplicité, tout autant que comme unité. Ainsi, selon les individus, la santé n'est pas simplement une absence de maladie, elle peut s'éprouver de manière purement positive ou purement négative, selon les souvenirs ou les images que les expériences personnelles ont laissés dans la mémoire des uns et des autres.

Ceci met donc en évidence deux principes incontestables qui paraissent contradictoires : la maladie est une catégorie naturelle et une construction sociale. Il y a une mise en relation entre "l'ordre biologique" et "l'ordre social". En effet, la principale contribution de l'approche des représentations sociales de la santé et de la maladie est de montrer que *« nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social »* (Herzlich, 1970 : 198).

Et pour Abric (2003), il importe de poser le principe d'articulation entre systèmes de pensée et systèmes de comportement, des relations (orientation, légitimation) entre pratiques et représentations sociales dans et par la considération de la correspondance entre "situations sociales" et "modalités de connaissance et d'action".

Ces représentations sociales sont en fait des éléments du sens commun, dont le contenu manifeste l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. C'est une forme de pensée sociale, un marquage social des contenus ou des processus de représentations sociales, en considérant les fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres (Jodelet, 1989). L'auteur met en évidence l'approche dynamique des représentations sociales tout en indiquant qu'il s'agit d'un processus socio-cognitif permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage des conduites collectives à l'intérieur des interactions sociales.

Ceci montre à quel point il est important de saisir les représentations sociales en cas d'une pandémie si l'on considère qu'elles ont un grand impact sur les pratiques socialement partagées, mises en relation avec les facteurs sociaux qui déterminent la santé et la maladie.

### 2.2.2. Déterminants sociaux de la santé et de la maladie

Les déterminants sociaux de la santé et de la maladie sont importants à étudier dans la mesure où ils peuvent servir aux gestionnaires de la santé dans la mise sur pied des politiques de prévention des maladies.

Un déterminant social de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs et sur lequel il est possible d'agir. Les déterminants biologiques de santé ne sont donc pas isolés ; ils sont plutôt à considérer en référence aux déterminants sociaux liés aux contextes sociaux, aux habitudes de vies, aux comportements socialement partagés, aux politiques publiques, etc.

Selon Goldberg et al. (2002 : 203), *« le point d'entrée principal dans la problématique des déterminants de la santé est sans doute le constat de l'existence d'une distribution socialement stratifiée des problèmes de santé au sein des populations, et cela quelles que soient les populations considérées, les indicateurs de statut social choisis ou les problèmes de santé, incluant l'accès à la prévention et aux soins et la qualité de ceux-ci ».*

C'est dire en fait que l'étude des déterminants de la santé permet par exemple d'étudier les différents niveaux de vulnérabilité face à une maladie ou une infection, une épidémie, en considérant les différences et les inégalités sociales, étant donné que certains des déterminants de la santé sont collectifs, mais qu'il y'en a également qui traduisent les différences même dans une même société.

L'OMS[5] définit les quelques exemples de déterminants de la santé, parmi lesquels se trouvent les déterminants sociaux :

a. Contexte global, c'est-à-dire lié à l'organisation d'une société :
   -Contexte politique et législatif ;
   -Situation socio-économique ;
   -Etat démographique ;
   -Aspects socio-culturels, technologiques et scientifiques ;
   -Ecosystème et environnement naturel.
b. Les systèmes qui découlent des cadres politiques, des valeurs d'un pays ou d'une société dans son ensemble.
c. Les milieux de vie : où les gens vivent, apprennent, travaillent, donc où ils interagissent quotidiennement.
d. Les caractéristiques individuelles, c'est-à-dire les caractéristiques biologiques, psychologiques et relationnelles :
   -La vulnérabilité par rapport à un type de maladie ;
   -Les compétences personnelles et sociales ;
   -Les habitudes de vie et les comportements ;
   -Les caractéristiques socioéconomiques.
e. Etat de santé des populations :
   -Distribution des soins de santé dans une population ;

[5]www.who.int./social-determinants-action/, action sur les déterminants sociaux de la santé : tirer les enseignements des expériences antérieures. Document de travail préparé par le Commission des Déterminants de la Santé, Mars 2005.

-Etat des lieux des différents indicateurs de santé (morbidité, mortalité, taux de natalité, etc.).

Le constat est que les déterminants de la santé sont très larges et relèvent non seulement de la personne, mais sont aussi d'ordre relationnel, environnemental ; ils sont liés tant au travail, qu'à la culture, à la famille, à la société, etc. Parmi eux figurent ceux qui sont partagés par toute une collectivité et ceux qui font état d'une stratification sociale, créant du coup des différences et des inégalités sociales en matière de santé.

La connaissance de ces déterminants de la santé revêt un intérêt social. Elle permet une approche active de la résolution des problèmes de santé. Elle permet par exemple une critique manifeste du système de soins médicaux, un questionnement sur la permanence de certaines maladies à caractère épidémique ou pandémique, ce qui peut contribuer à la mise sur pied et/ou à l'exécution des programmes de prévention.

### 2.3. Prévention des maladies : éducation à la santé et promotion de la santé

Dans le secteur de la santé, la prévention des maladies tient une place importante. Cette prévention est possible grâce à des mesures techniques et éducatives. Selon Bury (1988), la prévention se situe à trois niveaux à savoir l'évitement de l'apparition d'un problème de santé (prévention primaire), de la propagation d'une maladie déclarée (prévention secondaire) ou de sa récidive ou ses complications (prévention tertiaire).

Parler de la prévention des maladies porte à introduire le concept de promotion de la santé. En effet, Deccache et Meremans (2000) notent que la prévention des maladies est un concept qui s'est développé tout au long du vingtième siècle, tandis que celui de promotion de la santé est apparu seulement dans le dernier quart du siècle. Au départ, la prévention se limitait à l'évitement des agents nuisibles de l'environnement biophysique à celui des comportements individuels associés. Ceci se traduisait par une éducation pour la santé très stricte et basée sur des interdictions. En tant que telle, la première démarche revêt des avantages certains dans la mesure où elle empêche aux gens de s'adonner à certains comportements collectifs jugés dangereux, nuisibles, ce qui peut prévenir les maladies.

Cependant, sa mise en application présente des difficultés car si ce sont les interdictions qui sont mises en avant en se limitant aux risques, c'est-à-dire aux comportements jugés négatifs et leurs dangers, ceci peut être interprété par les gens comme un instrument d'interdiction, de contrôle social et de normalisation. Par exemple, Pour Deschamps et al. (1997), la démarche d'interdiction mise en avant par l'éducation pour la santé, appliquée dans la prévention des

maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, peut être perçue par les adolescents comme un instrument de contrôle de l'adolescence et de l'expérience amoureuse et de les empêcher d'être effectivement des adolescents. Ceci explique pourquoi certains de ces programmes sont rejetés par les jeunes.

Quant à la notion de promotion de la santé, elle est plus ou moins née dans le courant qui a montré qu'au-delà des comportements individuels, un ensemble de conditions sociales jouaient un rôle important. La vision « positive » de la santé, notamment comme ressource pour la vie, signe la troisième révolution en santé publique, la première ayant été celle de l'évitement des agents nuisibles (maladies transmissibles), la seconde celle de l'évitement des risques nuisibles (maladies non transmissibles) (Deccache et Meremans (2000).

En fait, cette approche strictement interdictrice de départ exclut la possibilité des intérêts des populations et leurs aspirations. En cela, elle est contradictoire avec l'approche visant la « promotion de la santé » car celle-ci, à côté des interdictions et des craintes, met également en avant le maintien et l'amélioration de la bonne santé par une approche participative de l'éducation pour la santé, c'est-à-dire où les populations sont placées en situation où ils peuvent contribuer à la prise de décisions avec les professionnels, tant pour la détermination des questions et sujets de santé à traiter que pour le choix des méthodes et des moyens. Pour Bury (1988), les motivations des comportements de santé ne sont pas toujours de nature préventive : les comportements de santé « positifs », ou protecteurs de la santé, sont adoptés plus souvent pour des raisons de plaisir ou de santé que de prévention de risques. Les approches strictement préventives utilisées trop fréquemment ont eu pour effet secondaire l'incapacité de permettre de s'occuper de la santé, mais exclusivement des risques, et donc de thèmes peu attrayants. Ceci fait que des programmes de santé se soldent par des échecs parce que les gens y voient une sorte de contraintes, lorsqu'ils ne sont pas associés en tant que co-décideurs aux côtés des professionnels.

Ainsi, la promotion de la santé confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. L'éducation pour la santé y est une des stratégies importantes et vise le renforcement des capacités individuelles à agir vis-à-vis de sa santé.

## 2.4. Conclusion partielle

Dans ce chapitre, il était question de mettre en évidence quelques considérations théoriques de la recherche, en mettant un bémol sur le rapport existant entre santé, maladie et société. Le modèle biomédical ayant des limites, car se limitant sur les aspects purement biologiques, il est complété par les modèles biopsychosocial et systémique dans une perspective de prendre la santé et la maladie dans un système multidimensionnel en les plaçant dans les contextes environnementaux où ils se manifestent. Il devient important de considérer les représentations socialement partagées et les déterminants sociaux de la santé dans la mise sur pied des programmes de santé, puisque les représentations sociales alimentent les pratiques sociales. Enfin, parler de la santé et de la maladie implique aussi les programmes de prévention qui, des fois, connaissent des revers parce qu'on a privilégié une démarche contraignante sans tenir en compte des besoins et des aspirations des populations. Ainsi, l'approche participative visant la promotion de la santé reste de mise lorsqu'il s'agit de mettre sur pied des programmes de prévention des maladies.

Le lien entre la santé, la maladie et la société, dans une perspective préventive, porte à mettre en évidence, dans le cadre de cette recherche, les aspects socio-anthropologiques qui handicapent l'observance des mesures-barrières entrant dans le programme de la prévention contre la pandémie de covid-19, ce qui fait l'objet des deux chapitres qui suivent.

# CHAPITRE 3 : REPRESENTATIONS SOCIALES ET OBSERVANCE DES MESURES-BARRIERES

## 3.0. Introduction

Les représentations sociales, renfermant les croyances et les savoirs populaires, sont largement impliquées dans l'observance aux prescrits préventifs et/ou curatifs de la covid-19, parallèlement aux connaissances héritées de la science sur lesquelles elles peuvent même prendre le devant. Pour la science socio-anthropologique, il ne s'agit pas de dire si ces représentations sont de fausses ou de vraies connaissances, mais le plus important est de considérer leur signification et leur enracinement dans l'univers symbolique de chaque culture. Il s'agit ainsi de saisir leur impact sur les pratiques de santé étant donné que des fois elles limitent la rationalité, participant à guider les rapports entre l'homme et son environnement social et physique.

Il devient ainsi important de relever les représentations sociales liées à la covid-19 et aux mesures-barrières, aux fins d'établir leurs rapports avec l'inobservance de ces mesures. Il s'agit des croyances religieuses et des représentations se rapportant à la gravité de la pandémie.

## 3.1. Croyances religieuses

Les croyances et les valeurs religieuses tiennent une place importante dans les représentations sociales des faits sociaux. Elles ont une fonction symbolique dans la sphère sociale et influencent certaines pratiques, étant donné qu'elles permettent de donner un sens à la vie et d'offrir des règles de conduite. Par ailleurs, elles sous-tendent des interdictions.

Elles peuvent ainsi, d'une part, contribuer positivement dans la protection en matière de santé, comme elles peuvent, d'autre part, porter préjudice à la protection contre les maladies. Concernant la covid-19, les croyances religieuses sont impliquées dans la qualité de l'observance des pratiques de prévention.

Avant de parler de l'influence négative de ces croyances, notons que des enquêtés ont une vision nuancée en cette matière, considérant que les gens ne doivent pas attendre qu'il y ait une force extérieure qui vienne régler les problèmes de santé à leur place, mais que ce sont eux qui doivent en premier lieu les affronter activement. Voici les exemples de propos qui font apparaitre ces convictions :

> *« Les gens disent que Dieu nous protège contre cette pandémie et j'y crois également, mais je dois en même temps prendre des précautions. C'est pourquoi pendant la messe, j'essaie de me mettre à l'écart des autres ou, des fois, je m'assois à l'extérieur de l'église, surtout si je suis venu avec ma femme et mes enfants »*[6].

> *« Moi, je ne peux pas oublier de porter le masque partout où je me rends. Je ne considère pas les propos tenus par la masse qui pense être protégée par un Dieu car, si j'attrape ce virus, personne ne va m'aider à endurer la maladie (…). Si je sais que là où je vais, il me sera difficile de me protéger, je reste à la maison. Par exemple, je viens de passer deux mois sans me rendre à l'église et sans répondre aux invitations de fête ».*[7]

Ces enquêtés considèrent qu'ils ont l'intérêt à respecter les mesures-barrières contre la covid-19. Ils se sentent responsables de leur santé et des conséquences qui découleraient de l'irrespect de ces mesures. A en croire les propos, « BF » croit en l'existence d'une force divine qui protègerait les Burundais, mais en même temps il entreprend des mesures personnelles, convaincu qu'il doit prendre le devant pour se protéger et protéger les siens. Il a donc une vision atténuée par rapport au rôle réservé à une force extérieure et croit en ses capacités à se protéger. Quant à« IN », elle porte un regard totalement critique sur l'opinion commune selon laquelle il y aurait une force divine, qui protègerait les Burundais. Elle pense beaucoup sur les conséquences de l'irresponsabilité. Ainsi, tout comme « BF », elle est convaincue que chaque personne doit prendre la responsabilité pour se protéger et protéger les autres. Ceci pousse ces enquêtés à adopter des conduites de protection non partagées par la majorité des gens, surtout lorsqu'ils se retrouvent dans des situations présentant des risques d'être contaminés.

Cela étant, pour d'autres enquêtés, les Burundais ne pourraient pas survivre à la covid-19 s'ils n'étaient pas protégés par une force surnaturelle. Pour eux, les actes de protection humaine n'auraient qu'une efficacité très limitée si la main de cette force n'était pas présente. Voici quelques-uns des propos à ce sujet :

> *« Dieu aime le Burundi parce que, si je considère comment dans d'autres pays, même les plus développés, cette pandémie emporte beaucoup de vies humaines,*

[6] Propos de « BF », rencontré à l'église Saint Joseph de Ngagara, en date du 19 juillet 2020.
[7] Propos de « IN », rencontrée au parking du centre-ville de Bujumbura, en date du 13 juillet 2020.

*les Burundais ne peuvent rien d'eux-mêmes, c'est Dieu seul qui nous protège encore. Prions donc beaucoup car seul Dieu peut continuer à nous protéger et nous sauver de ce fléau ».*[8]

*« Par ailleurs, même dans la vie quotidienne, y compris même pour d'autres maladies, nous survivons du jour au jour grâce à la providence divine. Nous ne pouvons rien si ce n'est que Dieu qui nous protège. Sinon, il y aurait des milliers de morts au Burundi, vu les conditions de vie et l'impossibilité de se protéger efficacement »*[9].

*« La pandémie de la covid-19 est une punition que Dieu a donnée aux Blancs. Ceux-ci l'ont abandonné et ils sont en train d'être frappés sérieusement par la pandémie alors qu'en Afrique, la vie continue comme à l'accoutumée. C'est au Burundi et en Afrique en général que les gens croient encore en Dieu et il est en train de nous montrer sa face »*[10].

*« Les Blancs ont créé la covid-19 en pensant qu'ils allaient exterminer les Noirs, mais Dieu leur a montré le contraire. Ce sont eux qui sont en train d'en payer le coût (…). C'est un projet anti-christ ; on veut nous imposer la marque des chiffres 666 décrits par la bible. C'est un plan des Blancs pour exterminer la population mondiale, et plus spécifiquement les Noirs. Bientôt ils vont amener un vaccin qui sera un autre virus qui va nous ruiner. Tout ce qu'on nous dit comme mesures de protection ne serviront à rien »*[11].

Ces propos mettent en évidence les représentations se rapportant à la pandémie de covid-19 et à la façon dont ces enquêtés perçoivent la nécessité du respect des moyens de protection. Le thème religieux apparait, la covid-19étant perçue comme étant une œuvre d'un Dieu qui voudrait punir une catégorie de personnes particulières, les « Blancs », parce qu'ils se seraient éloignés de Lui. C'est ainsi que, par exemple, « KP » pense que les Africains ne sont pas concernés par cette pandémie, car ne faisant pas partie des gens que Dieu doit « punir » parce que, eux, ils sont encore de grands croyants.

[8] Propos de « MN », rencontré au marché de Musaga, en date du 07 août 2020.
[9] Propos de « NT », rencontrée à l'église de Pentecôte de Ntahangwa, en date du 27 juillet 2020.
[10] Propos de « KP », rencontré au parking du centre-ville de Bujumbura, en date du 02 septembre 2020.
[11] Propos de « ND », rencontré à l'église de Pentecôte de Ntahangwa, en date du 09 août 2020.

C'est en fait une sorte de résignation et de déresponsabilisation sociale devant un danger sanitaire. Dans ces perceptions, il y a quelque chose de l'extérieur, un être surnaturel qui viendrait régler les problèmes à la place des hommes, ce qui réduit la part active des gens à s'engager dans la résolution des problèmes sociaux en général et à observer les mesures-barrières contre ce virus, si nous en croyons « MN » et « NT » pour qui les gens ne peuvent rien contre la covid-19, s'il n'y a pas d'intervention d'un Dieu « protecteur ».

En outre, des enquêtés, à l'instar de « ND », mettent en évidence une sorte de conspiration qui aurait été planifiée par les Occidentaux qui voudraient exterminer les gens de la race noire en particulier et diminuer la population mondiale en général. A cet égard, même les mesures-barrières n'ont pas d'effets protecteurs, d'où leur respect n'a pas d'importance.

Ceci pose donc un problème à l'observance des mesures-barrières contre la covid-19. En effet, les observations ont toujours montré que les gens continuaient généralement à se rassembler dans des lieux de cultes religieux où il était quasiment impossible de respecter la distanciation physique.

Dans la perspective de mettre en application les mesures des autorités ayant la santé dans leurs attributions, les responsables de ces lieux de culte ont mis sur pied certaines mesures de protection, même si celles-ci étaient d'une efficacité limitée si nous considérons l'amassement des gens à l'intérieur. Hormis quelques lieux de culte comme la Cathédrale Regina Mundi[12] où la distanciation était respectée et où les fidèles qui arrivaient en retard n'étaient pas autorisés d'entrer parce que le nombre de fidèles réservés pour un banc pupitre en vue de la distanciation était strictement respecté, dans les autres lieux de culte que nous avons pu visiter, la distanciation était réduite au minimum ou était respectée lors des premiers jours pour être abandonnée progressivement dans la suite.

Nous ne pouvons pas passer sous silence le rôle de certains responsables religieux dans l'entretien de cette croyance en la puissance divine en matière de la protection contre la covid-19. En effet, certains prêtres et pasteurs ne cessaient d'expliquer pendant leurs prédications que l'intervention de Dieu était la seule voie de secours pour faire face à la pandémie de covid-19. Par exemple, un prêtre appelait les fidèles à respecter les mesures-barrières contre la covid-19, mais également et surtout à prier de façon intense en cherchant refuge auprès de

[12] Observation faite en dates du 26 juillet et du 13 septembre 2020, à la Cathédrale Regina Mundi.

Dieu[13].Une sorte de contradiction car il insistait à dire que les mesures-barrières à elles seules ne servaient à rien si la main de Dieu n'intervenait pas.

Cette attitude des responsables religieux a ainsi été récupérée et entretenue par des fidèles qui se sont alors alignés derrière la position de leurs supérieurs. A la sortie de cette séance religieuse, des fidèles menaient une discussion en groupe. C'est ainsi que des propos se sont faits entendre, montrant la prévalence du culte sur la protection contre la covid-19. Ils avançaient l'idée selon laquelle leculte est au-dessus de tout et, bien que la covid-19 soit dangereuse, ils ne pouvaient pas s'empêcher d'aller à l'église. Selon eux, c'est dans des situations difficiles comme celle de la covid-19 qu'il faut intensifier la prière car c'est l'une des façons que Dieu utilise pour manifester sa puissance.

Dans ce groupe figurait un membre de la chorale qui avait chanté la messe et, dans la suite de la discussion, celui-ci a justifié pourquoi les choristes n'avaient pas respecté le minimum de distanciation comme les autres fidèles lors de la messe. Selon lui, les membres de la chorale ne peuvent pas faire la distanciation car les voix se disperseraient et ainsi ils chanteraient mal. Ils ne peuvent pas manquer au principe selon lequel « qui chante bien prie deux fois et aide les chrétiens à prier ».A en croire ces propos, entre « bien chanter » et se protéger contre le virus, le choix est clair. Vaut mieux contracter la covid-19 en aidant les fidèles à prier que se plier à la règle de la distanciation physique.

Il se met donc en évidence comment, dans une perspective holiste[14], la croyance religieuse devient une force contraignante, avec tout ce qu'elle peut avoir comme conséquence dans la vie et, par extension, en matière de santé. L'expérience avec la covid-19 l'aura montré. Certaines gens, croyants, refusent d'adopter des comportements de précaution parce que ceux-ci leur donnent le sentiment qu'ils devraient renoncer à quelque chose de nature supérieure et à des rites collectifs qui donnent corps à leurs croyances.

---

[13] Propos tenus par un prêtre lors de l'homélie durant la troisième messe du dimanche en date du 19 juillet 2020, à la Paroisse Saint Joseph de Ngagara.

[14]Le holisme méthodologique est une approche sociologique introduite par Emile Durkheim et repris plus tard par Pierre Bourdieu, consistant à expliquer les faits sociaux par d'autres faits sociaux. Selon cette approche, les individus ne sont que des vecteurs passifs et les comportements individuels sont socialement déterminés : la société exerce une contrainte, un pouvoir de coercition sur l'individu qui intériorise les principales règles et les respecte.

Dans ce sens, il s'oppose à l'individualisme méthodologique selon lequel les phénomènes collectifs peuvent et doivent être décrits et expliqués à partir des propriétés et des actions des individus et de leurs interactions mutuelles. Autrement dit, l'individu ne subit pas seulement les contraintes sociales, mais il a une marge de manœuvre et d'influence sociale, ce qui expliquerait les changements sociaux.

Pour d'amples informations à ce sujet, consulter : Magni-Berton, R. (2008). *Holisme durkheimien et holisme bourdieusien. Etude sur la polysémie d'un mot,* dans L'Année Sociologique 2008/2 (Vol. 58), Pages 299 à 318. [en ligne], https://doi.org/10.3917/ anso. 082.0299.

La question de l'incertitude face à des événements insaisissables se met en évidence ici. A travers les croyances religieuses, les gens essaient de « trouver » des réponses à des questions auxquelles la science n'a pas encore répondu ou dont les explications scientifiques existent mais ne sont pas accessibles à la majorité des gens. C'est notamment le cas des pays comme le Burundi où la matière scientifique est encore l'apanage d'une minorité de gens.

En fait, les cas de phénomènes naturels, n'étant pas compris par les gens, ceux-ci vont chercher à les expliquer par les croyances. Leur cause va être située dans une volonté surnaturelle. Clarkson et al. (2001) l'expliquent bien quand ils disent que quand rien ne vient expliquer l'irruption d'un inconcevable drame (guerre, famine, cataclysme naturel ou humain, pandémie), les croyances sont une inépuisable source d'interprétations, d'où ne sont pas exclues des considérations politiques et des opportunistes idéologiques. Les croyances spirituelles et religieuses permettent de donner une forme à la vie et pour comprendre le réel, par une interprétation de certains faits sociaux lorsqu'ils ne sont pas accessibles à l'entendement humain. Elles apportent des réponses aux énigmes de l'existence, du moins pour ceux qui y adhèrent.

Ainsi, dans le cas de la covid-19, les obligations relayées par la science médicale et par l'autorité médicale se voient ignorées ou supplantées par des références spirituelles et religieuses ; elles sont mises en mode veille car elles dérangent les autorités religieuse et politique qui voudraient pérenniser leur hégémonie à travers l'influence idéologique, et elles obligent aux gens à sortir de leur zone de confort mental, où la certitude du salut ou l'espérance règnent en maîtres : le monde religieux .Ceci fait que les gens donnent des interprétations surnaturelles en rapport avec la covid-19. Au lieu de faire une réflexion sur des aspects médicaux ou sur les possibilités de respecter les moyens de protection prescrits par l'autorité sanitaire, ils mettent en scène des traductions conspirationnistes et surnaturelles, ce qui limite l'observance des mesures-barrières.

Ceci dit, la question des croyances religieuses n'est pas à relier seulement aux temps modernes, car les Burundais ont été toujours des croyants. Le mot « Imana » n'est pas venu avec le Christianisme ou l'Islam car il a toujours existé dans la religion traditionnelle, traduit effectivement par « Dieu ». Il représentait une puissance surnaturelle. Pendant la monarchie et avant la venue de la colonisation, les Burundais adoraient et célébraient cette puissance divine, considérée comme créatrice. Avec l'avènement des missionnaires et de la colonisation, cette propension à la croyance a simplement changé de forme, sinon la religion a toujours servi de terrain efficace où la croyance spirituelle s'émancipe.

Ceci permet de comprendre pourquoi les résistances à certains programmes sanitaires s'observent. Dans une recherche menée par Bataglini (2005), l'auteur trouve certes que la religion peut jouer un rôle important en ce qui a trait à l'environnement social et physique, puisqu'elle peut influencer certaines habitudes de vie et aussi les modes d'utilisation des services sociaux et de santé. Cependant, les effets de la religion sur la santé peuvent aussi entraîner des difficultés ou même représenter des facteurs de risque pour la santé selon les circonstances. Il tire cette conclusion en donnant l'exemple de l'observation faite auprès de mères musulmanes qui observaient le jeûne du ramadan alors qu'elles étaient enceintes ou après l'accouchement. Normalement, afin d'avoir un lait maternel riche en nutriments et pouvoir allaiter correctement l'enfant, le ramadan est une pratique déconseillée. Pour l'auteur, le Coran permet à ces femmes de remettre à plus tard leur jeûne justement pour leur permettre d'allaiter leurs enfants ou encore d'avoir l'énergie nécessaire durant la période de relevailles, mais toutes ne se prévalent pas de ce droit ou tout simplement ne le connaissent pas. Dans cet exemple, la priorité religieuse de la mère est directement confrontée aux exigences sanitaires sur lesquelles elle l'emporte.

Ceci dit, le fait de ne pas prendre en compte les exigences médicales au profit des croyances populaires porte à considérer également les perceptions liées à la covid-19 en lien avec sa gravité, afin d'établir justement leurs rapport avec l'inobservance des mesures-barrières et les représentations se rapportant aux soins.

### 3.2. Covid-19 et gravité perçue : poids des croyances populaires relatives à la maladie

A côté de la gravité réelle d'une maladie expliquée par la science médicale, il y a une autre perçue par la société, renvoyant aux croyances populaires liées à la maladie. Ces deux points de vue peuvent être en phase ou pas. Par ailleurs, à côté du modèle de traitement médical enseigné et validé sur la base des méthodes scientifiques reconnues par la science médicale, persistent d'autres qui, des fois, entrent même en concurrence avec ces dernières. Ainsi, pour le cas de la covid-19, il y a une tendance sociale à minimiser la pandémie et à l'assimiler à d'autres types de maladies jugées non dangereuses, ce qui a comme conséquence la valorisation des traitements alternatifs et de l'automédication.

#### 3.2.1. Covid-19 : rapports avec d'autres maladies

Il existe socialement un lien établi entre des maladies suivant notamment certains symptômes partagés ou les organes touchés. Ceci peut donner lieu soit à une amplification de la gravité d'une maladie, soit à sa minimisation. Il devient alors important de chercher à mettre en

évidence ces rapports perçus, ceux-ci alimentant des pratiques thérapeutiques pouvant attirer l'attention des décideurs et des professionnels de la santé.

Pour ce qui est de la covid-19, certaines gens la considèrent comme étant une maladie dangereuse, là où d'autres la prennent pour une simple infection qui peut se guérir d'elle-même. Voici quelques propos de la première catégorie :

> *« Cette maladie est en train d'emporter beaucoup de gens. Il faut une protection très stricte car si je considère les chiffres de ceux qui meurent surtout en Europe, j'ai peur »*[15].

> *« J'ai l'impression que les autorités sanitaires nous cachent les vrais chiffres. Lorsque vous vous rendez à la Clinique Prince Louis Rwagasore, vous trouvez qu'il y a beaucoup de malades de covid-19. Je ne comprends pas pourquoi on continue à nous dire que seuls trois personnes sont déjà mortes de covid-19 alors que je connais personnellement au moins dix personnes qui en sont succombées ».*[16]

> *« La covid-19 fait peur. J'ai été un jour à l'hôpital pour rendre visite à un ami qui était sous oxygène. C'est là que j'ai compris que cette maladie était dangereuse. Ceux qui disent qu'il s'agit d'une maladie simple, c'est parce qu'ils n'ont pas expérimenté cette maladie ou n'ont pas encore vu comment les lits sont remplis dans les hôpitaux »*[17].

Ces propos montrent comment des gens perçoivent le danger lié à la pandémie de covid-19. Ce sont notamment ceux qui se questionnent sur les chiffres annoncés, ceux qui ont déjà expérimenté la maladie, ceux qui ont connu l'hospitalisation d'un proche ou ceux qui ont visité les institutions de soins qui traitent les patients atteints de la covid-19. « IN » et « KM » font un regard sur les statistiques annoncées, respectivement sur les plans mondial et national, et estiment que la covid-19 est dangereuse, « IN » pensant qu'au Burundi, les vrais chiffres ne sont pas dévoilés. Quant à « NB », elle met en avant l'expérience de la maladie comme facteur de perception du danger. Autrement dit, si les gens n'ont pas encore contracté le virus, n'ont pas été en contact avec les cas positifs, physiquement ou par la voie des images, il est très difficile pour eux de percevoir le risque.

---

[15] Propos de « IN ».
[16] Propos de « KM », rencontré au parking du centre-ville de Bujumbura, en date du 03 août 2020.
[17] Propos de « NB », rencontrée au marché de Musaga, en date du 15 février 2021.

D'autres propos mettent en jeu une faible gravité de l'infection, établissant des liens avec d'autres maladies :

> *« La covid-19 est une maladie moins dangereuse ; elle n'est pas aussi redoutable que d'autres maladies que nous connaissons comme le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et d'autres »*[18].
>
> *« Moi je considère la covid-19 comme une variante de la grippe. Tout ce qu'on nous dit par rapport à sa gravité, ce ne sont que des mensonges pour nous faire peur. (…) Nous souffrons de la grippe et continuons à vivre en étant des porteurs sains ; sans aller nous faire soigner, nous n'en mourons pas pour autant. Je pense que nous marchons aussi avec la covid-19 et qu'elle ne nous fait rien. Je suis convaincu que parmi tous ces gens que tu vois autour de nous, beaucoup souffrent de cette pandémie, mais elle ne les tue pas. Je ne peux pas le confirmer, mais je pense que j'en ai souffert un jour, peut-être que je ne l'ai pas su »*[19].
>
> *« Aucun Burundais n'est mort de la saleté. Donc les burundais sont habitués à de telles infections comme la covid-19 dont l'une des portes d'entrées est le manque de propreté. On n'a alors pas besoin de se laver chaque fois »*[20].
>
> *« Heureusement pour nous, la covid-19 est une maladie des Blancs. Elle ne tue pas les Noirs. Nous, les Noirs, avons une immunité naturelle. Par conséquent, nous ne sommes pas touchés par ce virus comme les Blancs l'avaient pensé. (…). La covid-19 tue seulement les gens âgés et ceux qui ont des maladies chroniques. Je suis encore jeune, donc je n'ai pas à m'inquiéter car même ces maladies chroniques sont portées par des personnes âgées »*[21].

Ces propos montrent que certains Burundais ne se représentent pas le caractère dangereux de la covid-19.A l'instar de « NJ » et « MF », ils la prennent pour une infection ordinaire à laquelle ils peuvent s'habituer comme d'ailleurs ils s'habituent et vivent avec d'autres types de maladies. D'autres comme « NT » pensent que l'immunité naturelle, « propre aux Noirs », les aide à résister contre le virus. Cette minimisation de la pandémie et cette assimilation des symptômes a des conséquences dans la mesure où les gens se sentent non concernés par le virus, ceci les poussant à l'inobservance des mesures-barrières.

---

[18] Propos de « TP », rencontré au marché de Musaga en date du 19 janvier 2021.
[19] Propos de « NJ », rencontré à la Paroisse Saint Joseph de Ngagara en date du 14 mars 2021.
[20] Propos de « MF », rencontré au parking du centre-ville de Bujumbura en date du 26 février 2021.
[21] Propos de « NT ».

Il se met en évidence une sorte d'interprétation sociale des symptômes, qui est socialement et culturellement construite, comme l'explique Herzlich (1970), indiquant que la maladie a des définitions non seulement physiques et physiologiques, mais aussi sociales. Il y a donc un lien entre la maladie et l'ensemble du contexte social en rapport avec les variétés de croyances, attitudes et pratiques entourant la maladie. Les états considérés comme normaux ou pathologiques sont définis culturellement et ne dépendent pas du seul état du corps. Par ailleurs, continue l'auteur, *« il y a des décalages entre maladie état physique et maladie socialement reconnue. La maladie telle que nous la connaissons représente toujours l'articulation d'une certaine réalité physique avec une définition et une conduite sociale »* (Herzlich, 1970 : 15).

C'est dire qu'au point de vue social, la maladie comprend des significations, des fonctions, des relations, des attitudes et des techniques qui permettent de faire une sorte de classification, d'agir en conséquence et de recourir à un ensemble de connaissances pour y faire face.

En fait, ce qui est reconnu comme maladie ou affection est, en parallèle aux considérations biologiques et médicales, une affaire de convention culturelle. A cet effet, un état biologique donné peut être, ou non, considéré comme ‘’maladie’’ selon le groupe culturel au sein duquel il se manifeste.

Herzlich (1970) donne l'exemple de la présence des vers intestinaux qui est généralement considérée par les habitants des Etats-Unis d'Amérique comme une maladie, alors que pour d'autres populations, par exemple les habitants de l'île de Yap, ils sont considérés comme un élément nécessaire du processus digestif.

C'est dire donc que les propos de nos enquêtés ont un sens dans cette perspective. Ils disent que la covid-19 n'est pas dangereuse. Il y en a même qui affirment avoir eu la maladie et l'avoir vaincue, même si ils n'ont pas été se faire dépister ou se faire soigner. En outre, ils établissent un lien entre la covid-19 et d'autres maladies comme la grippe, en prenant en considération le fait que les deux infections partagent certains des symptômes.

Ceci présente un danger sanitaire dans la mesure où les maladies peuvent partager certains de leurs symptômes alors qu'elles n'ont pas la même gravité. Il s'agit encore d'un danger sanitaire car les gens auront tendance à penser à l'efficacité de certaines pratiques sociales de traitement dont les effets thérapeutiques et effets secondaires ne sont pas encore admis par la science.

### 3.2.2. Entre traitement conventionnel et« savoirs thérapeutiques » populaires

Il s'observe dans ces jours un grand mouvement d'adhésion à la médecine alternative ou non conventionnelle au Burundi. Des gens affluent en masse notamment dans des pratiques alimentaires dites « diététiques » et dans des activités physiques et sportives considérées comme curatives et préventives. Il y en a même qui ne se font pas soigner dans les institutions médicalement recommandées par la médecine conventionnelle, mais préfèrent plutôt se confier à ces pratiques « thérapeutiques » socialement partagées.

Les médecines non conventionnelles, encore appelées médecines alternatives, médecines parallèles, médecines holistiques, médecines naturelles, médecines douces ou pseudo-médecines, regroupent des pratiques thérapeutiques dont l'efficacité n'est pas scientifiquement démontrée ou est insuffisamment démontrée. Elles se distinguent de la médecine fondée sur les faits, dite « conventionnelle », dont l'efficacité est prouvée scientifiquement (Lazarius et Delahaye, 2007/2). Il devient ainsi important de se poser la question de savoir quelles sont les représentations qui sous-tendent cette affluence vers ces pratiques et de penser aux conséquences que celles-ci peuvent avoir dans le domaine de la santé.

En matière de la covid-19, des gens ont développé des pratiques d'automédication. Des maisons offrant des nutriments dit thérapeutiques ou préventifs ont vu affluer beaucoup de clients voulant se soigner par une alimentation et par certaines pratiques, en vue de se prévenir ou de se soigner de la covid-19. « IP », s'exprime à ce propos :

> « *Tous les jours, lorsque j'arrive à la maison, je chauffe de l'eau et j'y mets des feuilles d'eucalyptus que je mélange avec du citron et des fois avec du miel. Après, je prends un gros couvre-lit et je me couvre la partie supérieure du corps pour inhaler la chaleur chaude en provenance de ce mélange. Comme ça je suis sûr que même si j'ai contacté le virus, il est immédiatement éliminé »*[22].

D'autres disent avoir adopté une alimentation spécifique où ils consomment en grande quantité des gousses d'ail, des ognons rouges, des jus de carottes, de l'eau chaude, du gingembre, du thé vert, etc. qui sont perçus comme pouvant traiter ou prévenir contre la covid-19. Cette situation fait que les gens pensant avoir contracté le virus ou avoir été en contact avec les personnes dépistées positives de la covid-19, cherchent à se soigner ou à se

[22] Propos de « IP », rencontrée à l'avenue de la JRR en train d'acheter des feuilles d'eucalyptus, en date du 04 février 2021.

faire soigner par des traitements naturels au lieu de se rendre dans des centres de soins reconnus.

Il y en également qui, une fois diagnostiqués positifs au virus, acceptent de suivre le traitement médical, mais en l'associant avec un traitement alternatif. Voici une expérience relatée par un enquêté :

> *« La semaine passée, une toux sèche m'a envahi, accompagnée d'une forte fièvre et d'une faiblesse inhabituelle. C'était comme si quelqu'un m'avait cogné les articulations. Je me suis alors rendu à l'hôpital pour le dépistage et, effectivement, j'ai été dépisté positif à la covid-19. On m'a donné des médicaments et je suis parti me confiner à la maison. J'ai pris ces médicaments mais en parallèle, je me suis aussi fait soigner sur la base des feuilles d'eucalyptus et à du citron, puis mon état s'est vite améliorée et je suis guéri. Par ailleurs, je tiens à vous signaler que dans ma vie je vais très rarement me faire soigner ; je me soigne moi-même par des plantes médicinales et une alimentation thérapeutique constituée par des légumes crus »*[23].

Il y a donc cette tendance chez certains Burundais à associer les traitements conventionnels avec des traitements alternatifs en pensant et en étant persuadés qu'ils peuvent se soigner efficacement en recourant à un traitement non reconnu médicalement. Pour ces enquêtés, il est très important de mettre en avant des considérations d'ordre naturel, au lieu de s'intéresser aux produits pharmacologiques industriels. Ainsi, ils mettent en avant une alimentation naturelle, pas vraiment beaucoup transformée, non industrialisée, en avançant l'idée selon laquelle les produits qu'on utilise dans la conservation seraient nuisibles à la santé de par leurs effets secondaires. « IP » continue à s'exprimer à ce sujet :

> *« Même nos ancêtres se soignaient à leur façon et étaient beaucoup en bonne santé par rapport aux générations actuelles. Ils avaient aussi une bonne alimentation et ne tombaient pas souvent malades. Mais comme vous le savez, nous, nous mangeons gras et sucré, ce qui nous affaiblit. Par ailleurs, ces médicaments en provenance des Blancs ne guérissent pas toutes les maladies et vous trouverez que chaque médicament a des contre-indications et des effets*

[23] Propos de « NL », rencontré au parking du centre-ville de Bujumbura, en date du 03 août 2020.

*secondaires, tandis qu'une bonne alimentation nous empêche d'aller à l'hôpital ».*[24]

Cette enquêtée établit une comparaison entre les soins de la médecine conventionnelle et ceux auxquels procédaient traditionnellement les Burundais. Pour elle, il faudrait que les gens se ressourcent dans la tradition par une bonne alimentation et par des pratiques préventives et curatives utilisées dans le passé et ainsi tournent le dos contre les médicaments actuels qui, à côté de leurs vertus thérapeutiques, ont également des conséquences néfastes à la santé.

Comme nous l'avons déjà relevé, la covid-19 est associée à certaines maladies présentant des symptômes apparentés, notamment la grippe, celle-ci étant considérée comme une infection pas trop nocive, pouvant se soigner à la maison par certaines plantes médicinales et par une pratique sportive de quelques jours seulement. Cette association de symptômes devient donc préjudiciable à l'observance des mesures barrières car elle amène les gens à se soigner eux-mêmes comme ils le font pour la grippe, lorsqu'ils sentent un quelconque symptôme parmi ceux caractérisant la grippe ou la covid-19. Donc, certaines personnes ne perçoivent pas l'intérêt d'aller à l'hôpital même si elles présentent des signes, ou d'adopter des mesures sérieuses de protection car ils sont sûrs de pouvoir se soigner en cas d'éventuels signes de la pandémie.

Il se remarque donc une sorte de concurrence entre la médecine conventionnelle et les traitements dits alternatifs ou non conventionnels. D'un côté, il y a les soins tels que prescrits par les professionnels de santé et de l'autre, il y a des pratiques forgées de toute pièce pour faire face à certaines maladies, en référence aux pratiques curatives et préventives de la tradition burundaise et certaines pratiques empruntées dans d'autres civilisations. En fait, comme l'indique Massé (2008), il s'agit ici de se poser la question de la rationalité des savoirs éthno-médicaux et de s'intéresser sur les modes de cohabitation entre les diverses formes de logiques et rationalité dans le recours aux médicaments.

Le recours aux traitements et/ou à des pratiques de prévention alternatives peut avoir des effets positifs sur la santé, mais cette difficulté à cohabiter avec la médecine conventionnelle est liée au fait que celle-ci juge la première comme n'ayant pas recours aux principes scientifiques.

[24] Propos de « IP ».

Selon Girukwishaka[25], Porte-parole du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, les gens doivent faire attention avec l'automédication. Certes, pour lui, certaines aliments comme l'ail, le gingembre et l'artemisia peuvent booster le système immunitaire, le rendant ainsi résistant face au virus, mais ne sont pas des traitements contre le covid-19. Il faut donc se rendre à l'hôpital ou se faire dépister dès qu'il y a des signes probables de la covid-19. Des plantes médicinales peuvent être considérées comme des traitements possibles de la Covid-19, mais des essais devraient être réalisés pour évaluer leur efficacité et déterminer leurs effets indésirables.

Toujours selon le Porte-parole dudit ministère, un autre danger de l'automédication est lié au fait que, quand bien même ces plantes auraient des vertus thérapeutiques, il y a le risque de surdosage et ou de mélanges de certaines substances aux conséquences parfois dramatiques, étant donné qu'elles ne sont pas mesurées scientifiquement. Même lorsque des traitements sont issus de la pratique traditionnelle et de la nature, il est primordial d'établir leur efficacité et leur innocuité grâce à des essais cliniques rigoureux afin de déterminer leur efficacité clinique et leur innocuité dans le traitement de la Covid-19.

Ceci est donc un exemple de cohabitation concurrentielle de la médecine conventionnelle et des pratiques liées aux savoirs médicaux populaires. On reconnaît donc que ces traitements alternatifs relèvent des savoirs sociaux et des représentations. En fait, à côté du modèle médical enseigné et validé sur la base des méthodes scientifiques reconnues par la science médicale persistent ceux qu'on pourrait appeler « guérisseurs irrationnels ». Socialement, on pense que leur efficacité dépend de la condition selon laquelle la méthode thérapeutique doit être acceptée par le milieu social où vivent le malade et le thérapeute (Lazarus et Delahaye, 2007/2).

C'est-à-dire en fait qu'il n'est pas question ici de juger de l'efficacité ou de l'inefficacité de ces pratiques, ou de trancher entre la médecine conventionnelle et les pratiques dites alternatives, mais plutôt de considérer ces dernières comme relevant d'un « savoir » populaire, socialement partagé et accepté et qui devient une « vérité » dans les représentations sociales. C'est la raison pour laquelle les décideurs et les professionnels de la santé devraient tenir compte de ces « savoirs » dans la prise des décisions et dans les interventions.

[25] Interview donnée aux journalistes par Jean Bosco Girukwishaka, porte-parole du MSPLS, en date du 6 juillet 2020.

### 3.3. Conclusion partielle

Dans ce chapitre, il était question de montrer comment les représentations sociales, à travers les croyances et les savoirs populaires, sont impliquées dans l'observance des mesures-barrières contre la covid-19.La rationalité est certes une vertu permettant la prévention, mais également les croyances, en tant que force contraignante, tiennent une grande place dans l'interprétation que les gens font des événements dont ils ne maitrisent pas les implications, y compris la covid-19 à laquelle ils donnent un sens religieux et une connotation renvoyant au résultat d'un complot. Ceci a des retombées négatives sur la perception des mesures-barrières et sur leur observance. Ces croyances donnent lieu à une sorte de sentiment d'impuissance devant la covid-19 et de déresponsabilisation sociale ; des gens restent dans l'attente de la résolution des problèmes par une force extérieure, surnaturelle. Il s'ensuit que la covid-19 n'est pas perçue comme dangereuse, les gens arrivant même à l'assimiler à certaines infections et maladies présentant des symptômes apparentés, ce qui a pour conséquence que les gens ne sentent pas la nécessité de se faire dépister et/ou se faire soigner en cas de symptômes. Aussi, il se montre, en conséquence à cette minimisation de la covid-19, une propension aux traitements dits alternatifs qui se dressent en parallèle voire en concurrents à la médecine conventionnelle, accompagnée d'une automédication.

Cela étant, ces croyances et ces savoirs populaires sont associés à certaines pratiques quotidiennes dans la mesure où mentalités et actions sont liées, d'où il importe de porter un regard sur des pratiques socialement partagées poussant à l'inobservance des mesures-barrières de la covid-19, des pratiques liées aux structures socio-économiques.

# CHAPITRE 4 : PRATIQUESSOCIALES AU QUOTIDIEN, STRUCTURES SOCIO-ECONOMIQUES ET OBSERVANCE DES MESURES-BARRIERES

## 4.0. Introduction

Chaque peuple a des pratiques -dont certaines peuvent se retrouver dans d'autres peuples- socialement et culturellement partagées. Ces pratiques, en rapport avec les modes vie, sont ancrées dans les habitudes collectives et définissent les relations établies avec leur environnement physique et humain. Certaines de ces pratiques peuvent se dresser en déterminants de la santé, ce qui suscite, du coup, un intérêt à la réflexion socio-anthropologique relative à la prévention des maladies.

Ceci dit, ces pratiques sont en relation avec les structures socio-économique et politique de la société. L'imbrication des impératifs sanitaires et des intérêts économiques et politiques est, à cet égard, un élément d'analyse en matière de la gestion des crises sanitaires et à ce niveau, beaucoup de facteurs en cette matière entrent en jeu au moment de la prise de décision par les acteurs politiques.

## 4.1. Pratiques sociales au quotidien

Dans le cadre de cette recherche, il y a lieu d'établir un lien entre l'observance des mesures-barrières de la covid-19 et certaines habitudes comportementales partagées par les Burundais de façon générale. Il s'agit entre autres des pratiques d'hygiène, des gestes de salutations et des événements collectifs qui revêtent un caractère rituel et dont le sens explique le relâchement et la nécessité de l'usage de la force pour les observer.

### 4.1.1. Pratiques d'hygiène à l'épreuve

Se protéger contre la covid-19 suppose des mesures préventives parmi lesquelles figurent les pratiques d'hygiène, permettant de faire disparaitre d'éventuels microbes contractés à travers l'environnement humain et physique, ce qui permet d'éviter les maladies nosocomiales. Le lavage des mains fut le principal moyen d'hygiène recommandé pour se prévenir contre la covid-19.Le constat est qu'il a souvent été respecté par force, ce qui donnait lieu à un relâchement lorsque cette force coercitive faisait défaut.

Ceci dit, l'observance au lavage des mains a prévalu à certains endroits de la ville de Bujumbura. Nous pouvons parler des institutions bancaires, de certains hôpitaux, de certaines églises, de certains services para-étatiques, certains centres commerciaux du centre-ville où le dispositif de lavage était bien installé, complet et propre, automatique à certains lieux.Au

niveau des hôpitaux, tant publics que privés comme à l'Hôpital Militaire de Kamenge, à Kira Hospital, au Centre Médico-Chirurgical de Kinindo, au Centre-Hospitalo-Universitaire de Kamenge, etc., un kit de lavage est disponible. Il est obligatoire de se laver les mains avant d'entrer dans l'hôpital.

Quant aux marchés, le seul où l'on fait des efforts est le City Market de Bujumbura appelé communément le marché de Sion, du nom de son propriétaire. Des robinets, en nombre suffisant, ont été installés aux deux entrées principales du marché. Un personnel chargé de rappeler à l'ordre ceux qui veulent entrer dans le marché sans se laver les mains fait la surveillance. Le savon est toujours disponible. Cependant, pour se laver les mains, il y en a qui le font parce qu'il y a des agents qui, d'autorité, les obligent à le faire. C'est ainsi qu'il y en a qui trempe juste les mains sans les frotter. Ce n'est donc pas par conviction que la majorité se lave les mains. Dans les autres marchés de la ville, on peut trouver, par-ci, par-là, des récipients contenant de l'eau, mais il n'y a personne pour veiller au lavage des mains, ni de le remplir d'eau, une fois la quantité initiale épuisée.

A d'autres endroits, le dispositif était incomplet : absence de savon ou de gel hydro-alcoolique, de l'eau non permanente ou non propre, un seul point de lavage pour plein de monde, un bidon dont on n'est même pas sûr qu'il contient de l'eau, etc.

A côté de l'existence de ces dispositifs de lavage des mains, il reste la question de l'observance à cette pratique. Des propos recueillis traduisent chez certaines gens une volonté et une conviction rationnelle d'observer cette pratique, associées à des habitudes quotidiennes y relatives. C'est notamment « BF » et « IN » qui s'expriment de la façon suivante à ce sujet :

> *« Je dois me laver car je sais que le manquement à l'hygiène est l'un des moyens de contracter ou de transmettre la covid-19. C'est un geste simple, il s'agit de s'y mettre et de s'y habituer »*[26].
>
> *« Même avant cette pandémie, le lavage des mains faisait partie de mes habitudes. Je l'ai même intégré dans l'éducation de mes enfants pour éviter ces petites maladies dues à la saleté. Vous comprenez donc que ce geste ne pouvait causer chez moi aucun souci. Par ailleurs, je suggérerais au Ministère de la santé de perpétuer cette pratique même après cette pandémie »*[27].

[26] Propos de « BF ».
[27] Propos de « PR », rencontrée à l'église Pentécôte de Ntahangwa en date du 24 janvier 2021.

A travers ces propos, nous saisissons que les deux enquêtés n'ont pas de scrupule à observer le lavage des mains suite au fait qu'ils sont déjà habitués à ce geste dans leur vie quotidienne. Ils n'ont pas besoin d'un rappel, d'un forcing ou d'une inspection parce qu'ils sont persuadés de l'importance de ce geste dans le domaine de la santé. A cet égard, convaincu de l'importance du lavage des mains, « PR » fait une suggestion dans le sens de la conservation de cette pratique en vue de se prévenir non seulement de la covid-19, mais également d'autres maladies nosocomiales.

Mise à part cette adhésion rationnelle et volontaire au lavage des mains, les observations ont également fait état de la nécessité d'un grand contrôle social. Des gens se lavaient les mains parce qu'ils y étaient obligés par un agent de sécurité. Il suffisait qu'il n'y ait pas de surveillant pour assister à un désistement progressif.

Nous avons alors cherché à aller au-delà de ces observations pour saisir les raisons de ces résistances et nous avons saisi que des gens se lavaient les mains surtout parce que c'était un ordre ; ils voulaient également faire comme les autres. Cette tendance a prévalu que ce soit dans la première période de la pandémie et dans la deuxième.

Voici quelques propos d'enquêtés qui se sont exprimés à ce sujet :

> *« Sans mentir, je me lave les mains parce que c'est une exigence, sinon je sais que ce n'est pas cela qui fait qu'on n'attrape pas la covid-19 »*[28].
>
> *« Je me lave les mains parce que c'est un ordre. La plupart des fois j'oublie de le faire mais heureusement qu'il y a chaque fois des agents de sécurité et des convoyeurs pour nous le rappeler »*[29].
>
> *« J'ai marre de me laver chaque fois les mains. Par exemple, j'étais tout à l'heure au Village Market, je me suis lavé les mains. Quelques temps avant, j'avais été à la BCB et je l'avais fait, et je sais qu'avant de monter dans le bus, on va également me demander de me laver les mains. On peut se laver une dizaine de fois pendant trente minutes, c'est bizarre »*[30].
>
> *« Habituellement je ne me lave que très occasionnellement, notamment avant de manger la patte de manioc et cela suffit pour moi. Donc même pour ce qui est de la Covid-19, je me lave très rarement. Et puis, quelle est la signification de ce*

[28] Propos de « NT ».
[29] Propos de « NV », rencontré au marché de Musaga en date du 17 juillet 2020.
[30] Propos de « TE », rencontrée au parking du Centre-Ville de Bujumbura en date du 26 février 2021.

*geste ? Je n'y comprends rien… les Burundais ne meurent pas à cause de la saleté »*[31].

Le lavage des mains comme moyen de se prévenir contre la covid-19 était généralement inobservé. Même là où il s'observait, l'acte de protection posé n'était pas toujours rationnellement orienté vers la prévention. Le geste était des fois senti comme une contrainte pesant lourdement sur les individus, comme l'expriment « NT », « NV » et « TE ».Il a fallu alors un œil surveillant pour que les gens se lavent les mains et c'est l'un des facteurs du relâchement observé lorsque cet œil n'était pas là pour faire respecter la mesure. C'est dire en fait que, hormis pour certaines gens qui étaient convaincues de la pertinence de se laver les mains, il n'y avait pas de conviction dans ce qui était fait ; il était question d'un jeu de cache-cache dans la mesure où le lavage régulier des mains ne rentre pas dans le quotidien de certains Burundais, à l'instar de « MF » qui dit être fatiguée de cette exigence permanente de se laver les mains.

Il est possible d'établir un lien entre cet état de fait et les habitudes et attitudes des Burundais en général par rapport à l'hygiène, surtout si l'on s'en tient à ce qui s'observe quotidiennement sur des lieux publics. En Mairie de Bujumbura par exemple, il s'observe des saletés sur des voies publics, dans des caniveaux des routes, des eaux usées et des immondices dans les quartiers, des gens qui pissent sur la route sans scrupules, des défécations même à certains endroits, etc. Très récemment, la Commune Mukaza a installé de grandes boîtes où il est prévu de jeter les déchets, mais la remarque est que ces boîtes sont des fois vides alors que la route et d'autres lieux publics sont remplis d'immondices.

Ainsi, il devient difficile d'amener les gens qui ne sont pas habitués à certaines règles d'hygiène, anodines semblent-elles, à se soumettre à un lavage des mains de façon permanente et régulière. Cela ne rentre pas en fait dans leur quotidien et est difficile à intégrer dans l'éventail des comportements habituels. C'est pourquoi même lorsque l'observance a lieu, elle est de quelques temps et finit par s'estomper.

Il importe d'aborder la question d'hygiène en ce qui est aussi du port du masque. Une question qui se pose ici est de savoir quels sont les critères qui doivent être observés avant, pendant et après le port du masque pour veiller à son efficacité. Dans une émission sur France

[31] Propos de « MF ».

24[32], un spécialiste de l'OMS indique que, une fois acheté, un masque peut être utilisé pendant quatre heures maximum. En outre, avant de le mettre sur son visage, il faut respecter plusieurs étapes :

- ✓ Se laver les mains ou utiliser du gel hydro-alcoolique ;
- ✓ Enfiler le masque en le tenant uniquement par les élastiques ;
- ✓ Eviter de le porter à l'envers ;
- ✓ Pincer au niveau du nez de façon à ce qu'il soit recouvert entièrement, et abaisser le masque en dessous du menton ;
- ✓ Ne pas le toucher pendant son usage ;
- ✓ Le retirer par les élastiques quand son usage est terminé ;
- ✓ Le conserver dans un sachet hermétique ;
- ✓ Eviter de le poser sur une surface qui n'aurait pas été préalablement infectée ;
- ✓ Se laver de nouveau les mains ou utiliser un gel hydro-alcoolique ;
- ✓ Le masque doit être lavé avant d'être réutilisé.

S'agissant du port du masque, les observations ont montré que, certes, il y a des gens qui le portaient correctement, mais qu'il y en avait encore qui ne respectaient pas certains des critères ci-haut évoqués même lors de la deuxième période de la pandémie où il se remarquait l'adoption de ce dernier par le public, comparativement à la première période. Par exemple, des gens portaient le masque en se couvrant seulement la bouche ; d'autres le mettaient juste au bout du menton, etc.

Quand nous avons posé la question en rapport avec le respect des critères du port du masque, voici quelques-unes des réponses obtenues :

> *« Je ne sais pas tous les critères du port du masque. Ce que je sais, c'est que, d'une part, je dois me couvrir le nez et la bouche parce que ce sont les deux entrées du virus qui cause cette maladie et, d'autre part, je dois le laver comme je lave d'autres habits »*[33].

[32] www.france24.com, déconfinement : du bon usage du masque… Mode d'emploi, publié le 16/05/2020 et consulté en date du 24 juin 2021.

[33] Propos de « WZ », rencontrée au marché de Musaga en date du 14 juillet 2020.

> *« Je ne sais pas ce qu'il faut faire encore. Déjà le masque est encombrant et il est difficile de le porter pendant longtemps car la respiration se coupe. Que voulez-vous que nous ajoutions encore ? »*[34].
>
> *« Ça ne sert à rien de porter le masque, je le fais parce que c'est une obligation. Je le conserve dans ma poche et le mets en cas de besoin »*[35].
>
> *« Je partage le masque avec ma femme et mes enfants ; je prends celui que je vois en premier lieu à la maison et je n'y trouve aucun problème car l'essentiel est de protéger la bouche et le nez »*[36].
>
> *« Je ne sais pas comment je peux laver chaque fois le masque parce que même mes vêtements, je les lessive lorsque je constate qu'ils commencent à devenir sales »*[37].

Il se remarque donc que le port du masque est perçu par certains comme une contrainte, à l'instar de « KW ». Même ceux qui sont conscients de son utilité comme « WZ » et « AJ », n'ont pas assez d'informations relatives à son utilisation ou à son entretien, se limitant à la seule couverture de la bouche et du nez. Par ailleurs, il y aurait un lien entre l'inobservance de ce geste et un désintérêt porté à la propreté vestimentaire, si nous nous en croyons les propos de « VG » qui ne voit pas l'importance de laver chaque fois le masque alors que même ses vêtements ne sont lavés que s'ils sont manifestement sales. Tout semble être fonction de l'occupation personnelle de la personne. Celles qui exercent des fonctions qui les mettent en contact permanent avec des saletés ne se donnent pas la peine d'entretenir leurs masques.

Il est pertinent ici de relever le caractère forcé et le relâchement qui s'est toujours observé dans la mise en application des mesures-barrières contre la covid-19, associé au ralentissement de la surveillance. Notons qu'au départ, c'est-à-dire lors de la première période importante de la pandémie, le port du masque a été banalisé. A ce sujet, il est important de parler de la traduction du masque en kirundi *« agapfukamunwa »* qui renverrait à la couverture de la bouche seulement alors que même le nez est concerné.

Encore plus, au début de la pandémie de covid-19, l'on aura entendu des gens, y compris dans la sphère de la haute autorité de l'Etat –nous y reviendrons au dernier chapitre-,

[34] Propos de « AJ », rencontrée à l'église Saint Joseph de Ngagara en date du 17 janvier 2021.
[35] Propos de « KW », rencontrée au marché de Musaga en date du 14 juillet 2020.
[36] Propos de « SL », rencontré au marché de Musaga en date du 19 janvier 2021.
[37] Propos de « VG », rencontré au parking du centre-ville de Bujumbura en date du 30 janvier 2021.

scander *« agahomerabunwa »*[38] pour parler du masque. Ceci donne en fait un autre sens au masque, relatif à la contrainte, si on s'en tient à la signification de cette appellation. Lors de la première période, très peu de gens en portaient ; c'était comme un déni social de la pandémie. Cela s'est remarqué également lors de la deuxième période de covid-19, lorsque les agents de la Police Nationale du Burundi ont entamé la pratique de faire respecter le port du masque en vérifiant si les passagers dans les transports en commun en portaient. Effectivement les gens ont obtempéré à cette mesure, mais là où le bât blesse, c'est que certaines personnes ne portaient pas le masque parce qu'elles étaient convaincus qu'elles se protégeaient contre le virus, mais plutôt pour échapper à la surveillance de la police ou des agents de gardiennage.

On aura entendu par exemple des convoyeurs dire aux passagers de mettre leurs masques si le bus approche les points de contrôle des policiers-dès que le point de contrôle est dépassé, l'on voit des passagers enlever ou baisser les masques et le convoyeur ou le chauffeur ne donnera de nouveau le signal qu'à la proche d'un nouveau point de contrôle policier-, de se mettre en tête que ce sont eux qui vont payer l'amende au cas où ils étaient arrêtés par la police, que quiconque sait qu'il ne porte pas le masque ne monte pas dans le bus parce que les hommes en bleu (les policiers) sont enragés. Des fois même, un convoyeur se proposait de prêter un masque à quiconque n'en possédait pas[39].

Nous avons même observé une situation où un convoyeur avait des masques de réserve dans son bus pour les prêter aux passagers, ceux-ci devant les remettre aussitôt après avoir dépassé les points de contrôle. C'était en fait une sorte de cache-cache entre les passagers et les policiers.

Ceci est à considérer en rapport avec certaines pratiques dans les transports en commun au Burundi. Par exemple, le port de la ceinture, conçu pour protéger les passagers contre les effets d'éventuels accidents, n'est cependant pas porté pour cette cause, mais plutôt parce que le non port est sanctionné par la règle de la sécurité routière. Il y en a qui la mettent lorsqu'ils approchent les hommes en uniforme bleue. A cet effet, comme c'est le cas pour

[38] *« Agahomerabunwa »* dérive du verbe *« guhoma »,* puis *« guhomera »*auquel on ajoute *« bunwa »,* renvoyant à *« la bouche ». « Guhoma »* veut dire *« boucher »* et, si l'on insère le suffixe *« ir »* qui traduit l'extension verbale, on a *« guhomera umunwa»* qui signifie *« boucher et boucher encore la bouche ».* Il renvoie à quelque chose d'étrange, de bizarre, de décevant même. Ce concept peut aussi signifier qu'on est dépassé par la situation, qu'on n'a plus rien à dire à propos.

[39] Eléments de propos entendus et de situations observées plusieurs fois lors des déplacements en transport en commun.

le port du masque, on entendra souvent des chauffeurs de bus dire à un passager de mettre la ceinture à l'approche des agents de la police.

Le constat est donc que l'inobservance des mesures-barrières, notamment en ce qui est de l'hygiène des mains et du port du masque, rencontre des résistances liées au quotidien des Burundais qui n'inclut pas des règles permanentes et régulières. C'est la force de l'habitude qui sous-tend cet état de fait et qui peut prédire des comportements collectifs.

Il y a donc une nécessité d'une éducation hygiénique de la population, non seulement pour lutter contre la covid-19, mais également pour se prévenir contre des éventuelles autres infections nosocomiales. En effet, pour lutter contre les résistances aux messages de santé, il faut chercher à toucher les attitudes initiales car la force de celles-ci a un impact sur le degré et la nature de résistance à un message persuasif : plus les attitudes initiales sont fortes, plus la résistance est élevée (Pomerantz et coll., 1995,cités par Mourre, 2002). Ceci veut dire que l'attitude initiale envers les aspects relatifs à la propreté a un impact fort sur les attitudes à prendre vis-à-vis d'une autre éventuelle infection nécessitant le changement de comportement en matière d'hygiène. Le respect des mesures-barrières requiert effectivement un réaménagement des habitudes dans lesquelles figurent les salutations.

### 4.1.2. Gestes de salutation et défi des contacts sociaux

Les contacts humains à travers les salutations constituent l'un des principaux modes de transmission des infections nosocomiales et de la covid-19 en particulier. Ainsi, il est recommandé de ne pas se saluer en se touchant par les mains, mais plutôt de le faire à distance[40].

Les observations ont montré que cette mesure a été généralement respectée par moments, mais effectivement avec un relâchement progressif comme pour les autres mesures. Des fois il arrivait que deux ou plusieurs personnes se rencontrent et ne se retiennent pas de se saluer. On les entendra par exemple dire, en se serrant les mains[41]:

> *« Ça fait trop longtemps qu'on ne s'est pas vus, je ne peux pas m'empêcher de te saluer ».*

[40]*« Indamutso y'amahoro irahagije » : « seul le geste de salutation de paix suffit »* est l'une des expressions souvent utilisée pour amener les gens à ne plus se saluer par les mains, mais plutôt de le faire par des gestes à distance.

[41] Des propos qui pouvaient s'entendre souvent lors des rencontres des gens ayant des affinités ou qui ne s'étaient pas vus depuis un certain temps.

*« J'ai refusé de serrer la main à tout le monde, mais je vais quand même serrer la tienne, je n'arrive pas à me retenir devant toi ».*

*« Je vais te saluer et ainsi j'accepte d'attraper la covid-19, si c'est toi qui me la transmets ».*

*« Salue-moi, tu ne vas pas mourir ».*

*« La covid-19 est méchante, elle qui nous empêche de nous saluer par la main, mais même si la situation est ainsi, saluons nous quand même ».*

Tels sont des exemples de situations observées où les gens ne s'empêchaient de se saluer malgré le fait que cela constituait l'un des moyens de transmission du virus. Malgré la conscience du danger, ils ont continué à prendre le risque, acceptant d'attraper le virus en priorisant la salutation, au détriment de la protection. Les entretiens que nous avons menés nous ont fait relever les propos suivants à ce sujet, permettant de saisir encore le sens de cette inobservance :

*« Il est très difficile de ne pas saluer quelqu'un que vous rencontrez alors qu'il y avait par exemple une année sans vous voir. Il y a une émotion qui vous prend et vous vous retrouvez en train de vous serrer les mains sans même le savoir. (…) Certes, nous avons en tête que nous devons ne pas nous saluer, mais il arrive qu'on se retrouve à côté des personnes qui se saluent et il devient impossible de ne pas faire comme font les autres »*[42].

*« Lorsque vous ne saluez pas quelqu'un par la main, vous lisez immédiatement de la déception sur son visage, même si il sait qu'il y a un danger. Ainsi, des fois on est obligé de se justifier auprès de la personne qu'on rencontre, mais là non plus l'ambiance n'est pas bonne. Pour éviter de devoir chaque fois se justifier, on facilite les choses alors en se saluant comme s'il n'y avait aucun danger »*[43].

*« Il y a deux semaines que je suis rentré d'Europe, là où il n'y a aucun problème en matière d'éviter les contacts physiques car les gens ne sont pas généralement habitués à se saluer en se donnant la main. Arrivé ici, j'ai voulu continuer à me*

[42] Propos de « BC », rencontrée à l'église Pentécôte de Ntahangwa en date du 7 mars 2021.
[43] Propos de « HM », rencontré au parking du centre-ville en date du 30 janvier 2021.

*comporter à l'européenne mais sans succès car si vous ne saluez pas quelqu'un, il considère que vous êtes arrogant »*[44].

La covid-19 a donc déstabilisé les pratiques des Burundais habitués aux poignées de main, aux embrassades. Ceci se pose en défi du contact humain. En effet, c'est normalement un contact par la main qui marque une rencontre sociale, le début d'un dialogue ou d'une discussion. Ceci s'inscrit dans les rituels de la vie quotidienne décrits par Goffman (1973), qui servent à confirmer et/ou à réparer les échanges. Pour l'auteur, la vie sociale est une sorte de théâtre, où les individus sont des acteurs qui endossent des rôles, différents selon qu'ils sont au travail, dans une soirée mondaine ou dans l'intimité au foyer. La vie sociale est alors faite d'un ensemble de rituels d'interaction, de gestes, de mimiques, d'expressions verbales et corporelles, etc.

Donc, la vie sociale est marquée par des rites qui sont des actes symboliques, qui créent du sens par l'établissement des règles communes auxquelles il ne faudrait pas déroger. La fonction du rite est d'instaurer des limites discriminantes. La salutation par la main ou par le contact des corps s'inscrit donc dans cette perspective de confirmer la relation sociale. Ainsi, respecter ce rite montre au partenaire que l'échange est bien en cours et que les deux acteurs se respectent mutuellement, qu'une interaction sociale a bien eu lieu, alors que manquer à ce geste par une interdiction, l'évitement ou l'écart renvoie à une violation de cette règle et porte préjudice à la relation humaine.

C'est dire que deux personnes qui se rencontrent et se saluent confirment qu'elles se considèrent réciproquement comme des personnes. Il devient difficile de se passer de cette pratique et on l'aura observé dans un contexte où, concernant la covid-19, pour contourner le fait de se serrer la main, les gens ont inventé d'autres gestes notamment en faisant rencontrer deux coudes des bras ou deux poings de la main, ce qui traduit une autre forme de contact humain.

### 4.1.3. Evénements collectifs

Hormis la suspension temporelle des boîtes de nuit et des karaokés pendant la deuxième période de covid-19, toutes les circonstances qui rassemblaient les gens ont toujours été maintenues. Ici nous pouvons citer notamment les fêtes autour du mariage, les participations aux cultes religieux, les activités commerciales dans les marchés, etc.. Dans ces situations, des efforts de faire respecter les mesures-barrières ont été déployés mais ont toujours rencontré

[44] Propos de « RJ », rencontré à la Paroisse Saint Joseph de Ngagara en date du 20 septembre 2020.

des difficultés ou abouti à une observance partielle, suite à la nécessité d'une surveillance accrue pour éviter le relâchement, ainsi qu'à la force de l'intérêt porté aux événements collectifs, en vue d'une participation sociale et d'une peur de perdre l'identité sociale.

#### 4.1.3.1. Participation sociale et efficacité rituelle

Autour d'un événement ou d'une circonstance rassemblant un nombre important de personnes, le respect de toutes les mesures-barrières semblait être un problème. Ainsi, il s'est observé un privilège donné à certaines règles de protection au détriment des autres. Une certaine contradiction ou incohérence dans ce processus de prévention. Voici quelques descriptions des situations collectives observées lors d'une cérémonie de mariage, d'un culte religieux et autres observations dans les transports en commun, les hôpitaux, les écoles, les marchés :

a. Cérémonie de mariage[45] :

Devant une salle de réception en Commune Ntahangwa, pour des festivités d'un mariage religieux, la voiture des mariés vient de se garer. Un dispositif de lavage est disponible : il y a quatre membres du comité avec un désinfectant, les gens étant donc obligés de se laver les mains avant d'aller s'asseoir dans la salle. Les mariés, le parrain et la marraine, les « dauphins » et « dauphines » sortent de la voiture et, ne dérogeant pas à la règle, se lavent les mains, à l'instar de tous les invités. Après, ils entrent dans la salle, bougeant au rythme de la chanson « Aujourd'hui c'est mon jour » alors à la mode. Ils saluent les invités à distance et s'asseyent. Les mesures-barrières sont observées, y compris une distance entre les filles et garçons d'honneur, la marraine et le parrain, mais également au niveau des invités.

Les boissons sont servies et, dans la suite, les parents et les invités commencent à prendre la parole et à offrir des cadeaux. Le protocole indique qu'il est strictement interdit d'aller saluer les mariés à la main et que, par ailleurs, il faut mettre les cadeaux dans un panier prévu pour ça, se trouvant devant. Au départ, les gens offrent des cadeaux et observent la règle, mais dans la suite, c'est le commencement de la violation des mesures-barrières. En effet, un membre de la famille du marié prend la parole et, après, il se dirige vers les mariés pour leur offrir un cadeau et les embrasser, en disant que Dieu est là pour protéger les mariées, malgré les interdictions du protocole. Les mariés trouvent difficile de refuser la salutation, se lèvent et l'embrassent malgré eux.

[45] Observation faite en date du 25 juillet 2020, lors d'une fête de mariage, dans la salle A de l'OPDE, en Commune Ntahangwa.

Dans l'entre-temps, les invités continuent à affluer et on a besoin de places additionnelles, ce qui fait que le protocole de la fête commence à apporter d'autres chaises-plastiques pour occuper les places qui n'étaient pas occupées pour le respect de la distanciation physique, d'installer les nouveaux invités qui arrivent. Dans la suite, les gens se retrouvent serrés comme dans les conditions habituelles de la fête.

Vers la fin de la fête, lors d'une danse traditionnelle de clôture, les danseuses avancent vers les mariés, prennent ceux-ci par les mains et les invitent à la danse. Ils se tiennent les mains, dansent ensemble, et même certaines femmes membres de la famille de la mariée les y rejoignent.

A la sortie, des invités continuent à féliciter les mariés et certains n'hésitent pas à les toucher, à les serrer fort, à les tenir par les épaules. L'ambiance a changé ; le mariage qui avait commencé dans une situation où l'observance des mesures-barrières de la covid-19 était une réalité se termine dans une ambiance de fête où les mesures-barrières sont mises dans les oubliettes. Tout se passe comme si toutes les précautions de départ, que ce soit la distanciation, ou le lavage des mains, n'ont servi à rien.

b. Culte religieux[46]

Un dimanche, des chrétiens se rassemblent pour une messe. Devant l'église, trois points de lavage des mains sont mis en place. Un agent de sécurité se trouve à côté de chaque place pour rappeler aux gens de se laver les mains avant d'entrer dans le lieu du culte. Mais, suite à l'arrivée massive d'un nombre important de fidèles, les agents de sécurité sont quelque peu débordés et, dans une inconscience totale, les fidèles se bousculent pour entrer sans se laver les mains.

Arrivés à l'intérieur, le protocole de l'église recommande aux fidèles de s'asseoir seulement à 4 sur un banc pupitre (un banc pupitre pouvant normalement accueillir jusqu'à 6 personnes). Les gens respectent ces consignes dans un premier temps. Avec l'affluence des fidèles, les places commencent à manquer. Sous l'effet de la fatigue certainement, ceux qui avaient fait un effort pour rester debout finissent par occuper certains bancs, violant ainsi la règle de 4 personnes par banc. Les cérémonies commencent et continuent comme d'habitude. Le geste de salutation habituellement par la main a été supprimé. Cependant, lors de la « communion », les gens forment une file indienne et s'entremêlent. A la fin, ils s'empressent

[46]Observation faite en date du 6 septembre 2020, à la Paroisse Saint Anne de Musaga, Commune Muha, Mairie de Bujumbura.

de sortir de la messe dans un embouteillage comme à l'entrée. A l'extérieur, on ne peut pas s'empêcher de voir des gens se serrer la main, s'ils ne s'embrassent pas.

c. Autres observations[47] :

-L'observation se fait au centre-ville de Bujumbura, très précisément au grand parking (ex-marché central de Bujumbura) pour des véhicules de transport en commun. C'est pendant la journée. Les convoyeurs obligent les gens de se laver les mains et de porter le masque avant d'entrer dans les bus. Le soir, il s'observe une longue file pour attendre le bus ; le lavage de mains n'est plus observé car tout le monde se dépêche pour se mettre en file afin d'attendre son tour d'entrer dans le bus. Pendant la journée, on fait beaucoup plus attention, non pas pour prévenir la maladie, mais pour éviter l'amende de la police.

-Dans de grands supermarchés (Village Market, Le Parisien), c'est la même chose. Le matin et dans l'après-midi, l'observance -se limitant au lavage des mains- se remarque, sous l'intervention des agents de sécurité. Mais le soir, juste quelque temps avant la fermeture, même les agents de sécurité diminuent la rigueur et laissent les gens entrer même sans se laver les mains.

-Lors d'une visite à l'Hôpital Militaire de Kamenge en Commune Ntahangwa, un kit de lavage est disponible. Il est obligatoire de se laver les mains et de porter le masque avant d'entrer et, si on n'en dispose pas, on l'achète sur place. Un militaire contrôle le respect de ces deux mesures. Cependant, à l'intérieur de l'hôpital, seuls quelques membres du personnel soignant et quelques individus portent le masque et on ne continue pas d'exiger cette mesure dans différents services de l'hôpital. Cet état de fait pouvait également s'observer dans les autres services sanitaires, y compris dans les autres grands hôpitaux de la Mairie de Bujumbura.

Ces observations mettent en évidence une sorte de limitation dans le respect des mesures-barrières. Il y a une sorte de contradiction. En effet, toutes les mesures nécessaires n'étaient pas prises en considération. Par exemple, dans maints endroits, le lavage des mains a toujours tenu une grande place et, si on y a satisfait, les autres mesures semblaient ne plus avoir d'importance. On pouvait alors s'embrasser, s'asseoir les uns à côté des autres sans observer la distanciation physique, surtout s'il s'agissait d'événements collectifs, ceux-ci ayant une grande signification dans la vie sociale.

[47] Ces observations ne sont pas isolées et de telles situations pouvaient s'observer dans de nombreux lieux publics.

La participation à la fête au Burundi est en fait un moment qui a une grande signification socioculturelle. En effet, les gens ne peuvent pas s'empêcher de fêter lorsqu'un membre de la famille a connu cette étape qui est socialement considérée comme un accomplissement de la personne, à savoir le mariage. Avec cet événement social, on devient un adulte au vrai sens du terme, socialement parlant. C'est un événement très important, marqué par un grand symbolisme. Il est perçu comme une exigence à laquelle chaque individu en âge adulte doit se soumettre. Il permet non seulement à l'individu d'affirmer socialement sa personnalité, mais aussi, il constitue un cadre légal et privilégié de procréation.

Ferréol (2015) considère que le mariage, même s'il revêt des significations spécifiques à chaque société, généralement et tout à la fois comme une cérémonie (civile ou religieuse), constitue un acte symbolique et une institution sociale. En effet, sans l'isoler du fait familial, le mariage est aujourd'hui étudié comme une institution à part entière. La situation qu'il crée implique l'existence de droits des personnes concernées et de devoirs régissant les relations entre les différents partenaires en cause (parents/enfants, mari/parents de la femme, femme/parents du mari, etc.). Vu de cette manière, les relations entre personnes dans le mariage ne concernent pas seulement les conjoints, mais aussi leurs groupes de parenté, et c'est de l'implication de ces groupes dans le mariage que cette institution tire une légitimité qui la distingue, notamment, du concubinage. Le mariage unit en effet deux individus et leurs familles, mais l'engagement est aussi social et la communauté locale, sa garante.

Ceci dit, la fête devient beaucoup plus importante que la protection contre la covid-19, l'imaginaire et le symbolique y relatifs l'emportent sur les aspects rationnels de protection. On ne peut pas s'empêcher de fêter, de festoyer pour un événement si important, où un membre de la famille s'élève au rang d'une grande responsabilité personnelle, familiale et sociale. Des membres de la famille, des amis et des connaissances font le déplacement, bravant parfois la longue distance qui les sépare du lieu de l'événement. On salue les mariés, on leur comble d'éloges et de cadeaux. L'imaginaire l'emporte donc sur la raison.

C'est d'ailleurs la même chose si nous considérons les événements d'obédience religieuse. Les croyances religieuses tiennent une place importante dans les mentalités, comme nous l'avons déjà relevé dans le chapitre précédent. Et si les représentations vont s'accompagner par des pratiques sociales, il revient à comprendre comment les gens ne s'empêchent pas de mettre en avant les rituels religieux au détriment de l'observance des mesures-barrières.

Ceci dit, à côté de cette observance partielle, un grand relâchement ne cesse de se faire observer dans ces situations collectives malgré les initiatives des responsables à différents niveaux. Le début semble faire mention de l'observance, mais plus le temps passe, plus les gens se lassent en ce qui est du respect des mesures-barrières de la covid-19. Il n'y a pas de persistance de cette observance dans le temps, pas d'aspect rationnel du point de vue strictement préventif. Même les actes d'observance qui sont relevés sont laxistes, exécutés machinalement, cela renvoyant en même temps à une perspective d'éviter le rejet social.

#### 4.1.3.2. Entre-mesures-barrières et rejet social : faire face au stigmate de la déviance

Les conduites humaines sont jugées comme déviantes lorsqu'elles ne sont pas partagées par la majorité des gens dans un espace social donné. Cette considération peut être d'ordre formel, comme elle peut relever de l'informel. Ainsi, la transgression des normes, formelles ou informelles, donne lieu à des manifestations de réprobation, à une sorte de punition explicite ou implicite, suite au contrôle social qui les fait respecter.

Ainsi, dans le domaine de la santé, certaines conduites adoptées par des personnes pour la prévention et le traitement de certaines maladies peuvent être mal vues par la société, considérées comme déviantes. Tout dépend donc de la perception que la société a à l'égard de la santé, de la maladie en général et du type de maladie concernée, des modes de traitement et/ou de prévention.

Pendant la première période de la covid-19, l'observance de certaines mesures de prévention a été limitée par la perception que les gens avaient de cette pandémie. Par exemple, des personnes considéraient certaines mesures comme l'apanage des gens aisés. C'est notamment le masque qui était, au départ, considéré comme un signe de prestige, comme destiné à être porté par des gens aisés. Ceci donnait lieu à l'évitement de son port sous peine de se voir sanctionné socialement.

Le 17 août 2020, nous nous rendions en Commune Muha, au Sud de Bujumbura dans un bus de transport en commun. Nous étions deux à porter un masque. Les gens étaient en train de discuter et, soudainement, un autre passager est entré dans le bus, portant aussi un masque. Après quelques minutes, les gens ont commencé à faire des commentaires sur le port du masque et l'un des passagers a brandi ces propos: *« S'ils ont peur de tomber malades, qu'ils achètent leurs propres voitures ou qu'ils prennent un taxi »*.

C'est comme si le masque établissait une scissure entre les gens. Ceux qui en portaient étaient vus comme appartenant à une catégorie sociale particulière, socialement favorisée. Rappelons

par ailleurs qu'au départ, la covid-19 a été considérée comme une maladie des Occidentaux, et cette image donnant lieu à une sorte de déresponsabilisation et/ou de déni social de la maladie -les gens se sentant non concernés par le virus-, faisait assimiler les porteurs de masque à ces Occidentaux, faisant penser à une sorte de distinction sociale.

En conséquence, pendant cette période, les gens cessaient de porter le masque suite à la peur d'être rejetés par leur groupe. Les propos suivants relatés par un enquêté sont plus que parlants :

> *« Un jour, je devais participer à une rencontre avec des amis du quartier. Je m'y suis présenté en portant un masque, mais j'étais seul à le porter dans tout le groupe. Pour garder la distanciation recommandée, je me suis mis un peu à l'écart et on a commencé à nous servir à boire. Les membres de mon groupe ont commencé à faire des commentaires sur moi : '' Penses-tu que c'est toi seul qui aimes être en bonne santé ?... Enlève ce truc et on continue à savourer cette bière, même sans avoir bu on meurt,...Cesse d'être arrogant ici, tu aurais fait mieux de ne pas venir nous déranger avec ton putain de masque.'' Par la suite, j'ai été obligé d'enlever le masque pour pouvoir partager l'ambiance avec mes amis, sinon j'allais les laisser et retourner à la maison. »*[48]

La peur de perdre les amis, d'être considéré socialement comme un déviant portait donc atteinte au port de masque, celui-ci étant considéré comme une entrave aux relations sociales. Il donnait en effet une autre image au porteur, à plus forte raison dans la mesure où il était porté par très peu de personnes lors de la première période de la pandémie.

Par ailleurs, pour ce qui est des autres mesures barrières, elles ont aussi fait objet d'inobservance, des gens évitant de rester isolés des autres. Voici des témoignages à ce sujet :

> *« Tu vois que toutes les personnes continuent à aller au marché, dans des églises, au travail, à l'école, à se déplacer en bus, …. Dans ces conditions, on ne peut pas rester seul à la maison et mener une vie différente de celle des autres. Par exemple, lorsque les cas de covid-19 ont commencé à proliférer, j'ai passé presque trois jours sans quitter la maison de peur de contracter le virus. Mais par après, j'ai réfléchi et j'ai trouvé que je ne pouvais pas rester à la maison alors que les autres continuaient à sortir. Qu'est-ce que l'entourage et mes amis allaient dire ? Ainsi, je suis sortie de la maison tout en essayant de me protéger*

[48] Propos de « AQ », rencontrée à la Paroisse Saint Joseph de Ngagara en date du 13 septembre 2020.

*en me mettant souvent à l'écart, mais après un bout de temps, je me suis retrouvée ayant tout abandonné, parce que je me demandais chaque fois quelle image les gens avaient de moi »*[49].

*« Un jour, nous avions une réunion avec mes collègues au travail. Puisque nous devions nous rassembler, je m'y suis rendu en portant un masque et j'avais décidé de ne saluer personne. Je pensais que tous mes collègues avaient aussi pris ces précautions mais à ma grande surprise, j'étais le seul à me conduire de la sorte. Personne ne m'a dit d'enlever le masque, mais je l'ai enlevé avant même que la réunion ne commence car je me sentais gênée. On s'est salué, comme si la covid-19 n'existait pas »*[50].

C'est dire que le respect des mesures-barrières créait une différence entre les gens. Sous peine de subir une réprobation ou un rejet, on choisissait d'adopter la conduite partagée par son groupe, c'est-à-dire abandonner de se protéger.

Les cas où les personnes portant un masque sont tournées en dérision sont légion. Dans cette perspective où des clichés de déviants étaient accolés aux gens qui observaient les mesures-barrières, il y a également à considérer que durant les premiers jours, le porteur du masque était vu par certains comme un malade. Dans un autre bus dans lequel nous nous retrouvions en date du 02 septembre 2020, en direction de la Zone Kamenge au Nord de Bujumbura, un passager a dit à haute voix au chauffeur : *« Chauffeur, continue plutôt vers l'Hôpital Roi Khaled, ici y a un malade »,* et tous les passagers ont tourné leur regard vers une dame qui portait un masque.

Il en est de même pour l'utilisation du savon liquide. En vue de se protéger, certaines gens ont opté pour l'utilisation de leur propre savon ascétique, mais cela n'a pas duré longtemps. En effet, cette conduite se heurtait au regard des autres et causait une ambivalence, si on devait chaque fois se laver après avoir salué quelqu'un, alors que tout le monde ne faisait pas la même chose. Cela paraissait inconvenant aux yeux de ceux qui ne se conduisaient pas ainsi. Dans cette circonstance, on se sentait comme étant à l'écart des autres et, petit à petit, on décidait de se conduire comme tout le monde en abandonnant l'acte de protection.

L'adhésion aux mesures-barrières a donc été, dans la première période de la pandémie, considérée comme un comportement déviant, du fait qu'il s'agissait d'un fait non partagé par

[49] Propos de « KM ».
[50] Propos de « RO », rencontrée au parking du centre-ville en date du 27 août 2020.

l'ensemble de la communauté. En fait, dans son sens sociologique, la déviance désigne des comportements non conformes aux normes sociales. Elle procède d'un processus d'étiquetage et de stigmatisation qui, selon Goffman (1975), est rarement imposé de manière unilatérale. Il fait plutôt l'objet d'une co-construction à travers les rapports et les interactions entre individus. Etymologiquement, le stigmate désigne une marque durable sur la peau. L'auteur transforme le terme en concept sociologique, en étendant sa définition à tout attribut social dévalorisant, qu'il soit corporel ou non.

A l'image de l'étiquetage en tant que déviant, le stigmate n'est pas un attribut en soi, il se définit dans l'interaction avec autrui. Il y a en fait l'existence de tout un jeu possible de négociations identitaires tant que le stigmate n'est pas révélé aux yeux de tous, c'est-à-dire tant qu'un individu n'est pas encore ouvertement discrédité mais qu'il s'avère potentiellement discréditable du fait de ses caractéristiques ou de son comportement. C'est ainsi que les conduites marquant une observance des mesures-barrières, pour autant qu'elles n'étaient pas encore adoptées par la majorité des gens, poussaient les gens observants à se sentir différents des autres, même si ce stigmate n'était pas ouvertement exprimé.

Par ailleurs, la sociologie ne porte pas de jugement de valeur sur la déviance. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » déviance. Ainsi, le port de masque est un comportement moralement bon, recommandé par la société sur le plan de l'autorité, mais puisque, lors de la première période de covid-19, il était dans la marge de la société, il peut être considéré comme une sorte de déviance. D'où le porteur se trouve parfois indisposé au milieu de ceux qui n'en portent pas.

Par extension, dans les sphères normatives de la société, la déviance peut en conséquence être punie par la loi (sanction formelle), mais également par des sanctions sociales (contrôle social informel) et, dans le cadre de ce travail, les observations et les propos relevés montrent que d'une manière informelle, les gens qui portaient le masque subissaient une sorte de punition. L'inobservance s'inscrivait alors dans l'évitement de cette punition.

Ceci dit, les normes sociales étant sujettes à évolution. Certaines conduites déviantes peuvent devenir acceptables, voire conformistes, de même que des conduites conformistes peuvent à leur tour devenir déviantes. C'est ainsi que lors de la deuxième période, la situation a changé. Puisque le port du masque a été obligatoire, notamment dans les transports en commun, les représentations sociales liées au port de masque ont changé et ce comportement a été ainsi perçu comme une norme. Dès lors, les gens n'ont pas alors eu peur de le porter et n'ont pas

continué de subir des sanctions sociales, et ces changements étaient en partie liés au contexte social et politique.

### 4.2. Structures socio-économique et politique

Le champ de la santé en général et de la prévention des maladies en particulier est toujours en relation avec les structures socio-économique et politique de la société. Ainsi, en Mairie de Bujumbura, la structure économique a une part importante dans l'inobservance des mesures-barrières, en relation avec le discours des autorités politiques et médicales dans la gestion de la pandémie.

#### 4.2.1. Conditions matérielles existentielles

La prévention contre les maladies n'est pas dissociée des modes de vie d'une société. Ceux-ci sont sous-tendus par les conditions matérielles d'existence des différentes classes sociales. Ainsi, l'observance des mesures-barrières contre la covid-19 s'inscrit dans le contexte des conditions de vie de la population de la Mairie de Bujumbura.

Voici quelques propos des personnes qui se sont exprimées à ce sujet :

> *« Dans les premiers jours de cette pandémie, j'ai gardé une distance avec les gens ; je ne les saluais pas, je ne rendais visite à personne. Mais puisque la vie continue et que je dois sortir de chez moi pour ''chercher la vie'', j'ai changé d'attitude et je me comporte comme tout le monde. La seule chose que je fais, c'est d'essayer de me protéger autant que possible »*[51].
>
> *« Est-ce possible de se protéger alors qu'on continue à se déplacer par les moyens de transport en commun ? Puisque je n'ai pas mon propre véhicule, j'accepte de me mettre dans le bus et s'il advient que j'attrape le virus, je vais me faire soigner comme les autres. Au moins ceux qui ont leurs propres voitures, ceux-là peuvent se protéger, mais nous autres, nous sommes très exposés »*[52].
>
> *« Si la covid-19 devait toucher les Burundais, ce sont les gens de la couche inférieure qui seraient plus touchés que les gens aisés, vu la pauvreté qui sévit dans les petits quartiers et l'impossibilité de la distanciation physique si on considère leurs modes de vie »*[53].

[51] Propos de « NB ».
[52] Propos de « NJ ».
[53] Propos de « TE ».

> *« Le principal moyen de se protéger consiste à rester à la maison pour éviter les contacts humains. Mais si je reste à la maison, je vais aussi mourir car je ne pourrai pas avoir à manger et à nourrir ma famille, étant donné que je suis commerçante. Donc dans toutes les deux situations, c'est la mort. Je préfère alors mourir comme tout le monde en continuant à travailler »*[54].
>
> *« J'ai constaté que je ne peux pas me protéger totalement et j'ai préféré ''me donner la paix'' en laissant toute mesure. Par exemple, si je vais chaque fois au marché, à l'hôpital, à l'église, comment puis-je envisager de me protéger alors que je suis toujours en contact avec les gens ? »*[55].

Ces propos illustrent bien que les contraintes de la vie quotidienne ne permettent pas aux gens de respecter les mesures-barrières de la covid-19. Au début de la pandémie, des personnes ont mis sur pied des mesures de protection personnelles. Le respect de ces mesures ne rencontrant pas son efficacité puisque les conditions de vie et de travail ne le permettaient pas, elles se sont vues réaménagées. C'est le cas ici de « NB » qui s'est rendu compte qu'il ne pouvait pas continuer à se mettre à l'écart des autres alors que c'est à travers les contacts humains qu'il gagne sa vie. Ila alors décidé de sortir de sa zone d'isolement, en tâchant de continuer à respecter les mesures-barrières mais dans le cadre de la vie quotidienne. C'est également le cas de « NT » qui vit grâce à un commerce, celui-ci n'étant possible que grâce à des contacts avec les clients.

Ceci dit, le respect des mesures-barrières requiert certaines conditions de vie qui ne sont pas cependant partagées par la majorité des habitants de la Mairie de Bujumbura, à en croire les propos de « NJ » et « TE » ; c'est-à-dire que ceux qui vivent dans des conditions qui ne requièrent pas des contacts humains permanents sont les moins exposés, comparativement à ceux qui survivent au quotidien grâce à des activités mettant en jeu la nécessité des relations humaines de proximité.

Ainsi, des personnes préfèrent laisser tomber tout ce qui a trait à ces mesures parce que se retrouvant dans des conditions socio-professionnelles où ils ne peuvent pas se protéger complètement, à l'instar de « ND » qui préfère continuer à vivre comme avant, considérant qu'il ne peut pas adopter telle mesure et laisser une autre.

---

[54] Propos de « NT ».
[55] Propos de « ND ».

Ici se met en évidence la question des déterminants sociaux de la santé traduit par le niveau de vie d'une société et relevant les inégalités sociales en matière de santé. En fait, les couches inférieures de la structure sociale sont les plus exposées et, à ce niveau, certaines mesures comme la distanciation physiques deviennent difficiles, voire impossibles à observer. C'est d'autant plus difficile que la ville de Bujumbura voit se développer une série de petits métiers qui s'exercent dans des conditions telles que la distanciation ne peut pas être respectée.

Ainsi, il devient important de parler de l'aspect organisationnel parce que, dans un tel contexte marqué par la complexité des conditions de vie, le rôle de l'autorité publique, notamment à travers le discours politique et médical, reste prépondérant dans la prise de décision.

### 4.2.2. Effets du discours politique et médical

L'attitude de l'autorité est un facteur très pertinent qui influence les pratiques sanitaires surtout en périodes de crise sanitaire. En effet, ces dernières interpellent la prise de décisions à plusieurs niveaux, supposant la mise en œuvre des mesures collectives urgentes. Pour Fassin (1996 : 273), *« les situations de crises sanitaires peuvent être considérées comme des révélateurs de l'interaction entre le monde médical et le monde politique et comme catalyseurs de la dynamique de la santé publique »*. L'autorité publique se retrouve donc dans une situation délicate, amenée non seulement à prendre des décisions qui tiennent compte des différents aspects de la vie sociale, mais également à prendre le devant en donnant de bons exemples de conduite qui sont par la suite adoptées par l'ensemble de la population.

Dans cette perspective, les décisions prises se transmettant par les messages donnés aux populations ont un grand rôle dans les pratiques sanitaires adoptées par ces dernières. La situation de la covid-19 aura illustré cet état de fait. En effet, lors de la première période de la pandémie, les pouvoirs publics, à travers les discours politique et médical, ont été marqués par des décisions fluctuantes, ambivalentes et même contradictoires. Ainsi, par exemple, le port du masque n'a pas été recommandé de manière généralisée par l'autorité publique dans un premier temps. Probablement que cette attitude de l'autorité faisait suite à la liberté donnée par l'OMS à chaque pays de prendre les décisions en considérant les réalités locales. En fait, pour l'OMS, le masque devait impérativement être utilisé dans deux cas : *« Si vous êtes en bonne santé, vous ne devez utiliser un masque que si vous vous occupez d'une personne*

*présumée infectée si vous toussez ou éternuez »*[56].C'est-à-dire en fait que l'OMS n'exigeait pas le port du masque à grande échelle, mais laissait le choix aux autorités nationales d'en décider le besoin en fonction du contexte local.

C'est ainsi qu'au Burundi, l'autorité publique a reproduit le même message, si nous en croyons les propos du médecin Jean Bosco Girukwishaka, porte-parole du MSLS d'alors : *« Nous recommandons le port de masque pour trois catégories de population : le personnel de santé, c'est-à-dire médecins, infirmiers, aides-soignants et autre personnel paramédical ; les personnes testées positives à la covid-19 ainsi que les cas suspects et personnes contacts en quarantaine. »*[57] Pour les autres catégories de personnes, le choix était donc volontaire.

Il est intéressant ici d'établir un rapport entre le discours politique et le discours médical. En effet, à cette même période, le pays se préparait aux élections, avec l'étape des propagandes politiques. Le discours de l'autorité n'était pas favorable au respect de certaines mesures-barrières. Déjà, le Président de la République de l'époque, dans ses discours, ne cessait de dire au public que les Burundais n'avaient pas à s'inquiéter car la main de Dieu était sur eux. En parlant du masque, il l'appelait « agahomerabunwa » au lieu de « agapfukamunwa »[58], pour parler du masque. En l'appelant ainsi, son intention était de moquer du masque et, partant, dissuader ceux qui voudraient en porter.

De sa part, s'exprimant au sujet du port systématique du masque, dans une émission télévisée, le Président de l'Assemblée Nationale burundaise d'alors disait que ça ferait bizarre de voir toute une population porter des maques.

Dans cette même logique, lors des cérémonies d'ouverture de la propagande électorale du 8 mai 2020 à Bugendana, le candidat à la présidence du parti au pouvoir, qui fut élu par la suite, dans son discours, avait annoncé ceci : *« Soyez sans crainte. Dieu aime le Burundi et s'il y a des personnes qui ont été testées positives, c'est pour que Dieu manifeste sa puissance au Burundi »,* un discours qui faisait suite aux autres discours politiques du même contenu.

Ainsi, on aura constaté l'appropriation, la reprise et le développement du même discours par des responsables politiques subalternes et des religieux et son adoption par le public par après. En conséquence, même le discours médical devait suivre le même chemin tracé par le

[56] www.who.int_, Conseils au grand public, quand et comment utiliser un masque ?, consulté en date du 24 août 2020.
[57] Propos tenus par Jean Bosco Girukwishaka, porte-parole du MSPLS lors d'une conférence de presse, en date du 11 juillet 2020.
[58] A ce sujet, voir la video sur la chaine youtube https://youtu.be/Wghm5goDRqU

politique. Ainsi, il s'est observé une attitude défavorable vis-à-vis du port du masque, puisque cela n'était pas recommandé de façon généralisée. Nous pensons que cette attitude était donc liée à des mobiles politiques dans un contexte où il fallait légitimer la nécessité de maintenir le déroulement des élections au moment où, au niveau mondial, l'heure était à la distanciation sociale et au confinement dans ce contexte de crise sanitaire. Il semblerait que l'enjeu était de tenir, coûte que coûte, les élections.

Après les élections, la situation a beaucoup évolué. Le premier juillet de l'an 2020, l'ancien candidat à la présidentielle, devenu alors Président de la République du Burundi, a proclamé que la covid-19 était devenue un grand ennemi à combattre. Il décidait d'en faire une priorité. Il a ainsi interpellé toute personne résident sur le sol burundais à respecter les mesures préventives déjà annoncées. Dans son discours de circonstance, le Président a lancé la campagne dénommée *« ndakira, sinandura kandi sinandukiza » (« Je guéris, ne me contamine, ni ne contamine les autres »)*. En vue de la mise en application de cette campagne, le Ministre ayant la santé dans ses attributions a initié une campagne de dépistage massif au niveau national, lors d'une conférence de presse du lundi 6 juillet 2020. Ainsi, alors que le pays disposait jusqu'alors d'un seul Centre de dépistage logé au sein de l'INSP, trois sites ont été mis sur pied en Mairie de Bujumbura à savoir à la Paroisse de Kanyosha en Commune MUHA, à l'hôtel Source du Nil en Commune MUKAZA, ainsi qu'au terrain de l'Ecole Technique Supérieure de Kamenge en Commune NTAHANGWA et allaient être étendus au niveau national. Toute personne qui se présentait à l'un de ces sites était accueillie et dépistée gratuitement.

Dès lors, le nombre de personnes qui se sont fait dépister allait en augmentant, mettant ainsi au jour l'ampleur de la pandémie. En fait, depuis l'apparition du premier cas positif en date du 31 mars 2020 jusqu'au début de cette campagne, au total 191 cas de contamination avaient été enregistrés. A partir du 6 juillet 2020, la riposte semblait être portée à un niveau supérieur et 650 personnes se sont fait dépister pour la première journée de dépistage massif en Mairie de Bujumbura. Au 19 juillet, 6.954 prélèvements avaient été faits et ont révélé 137 cas positifs[59]. Les cas les plus graves étaient acheminés à l'Hôpital Prince Louis Rwagasore pour une prise en charge gratuite, tandis que les moins graves recevaient des médicaments qu'ils prenaient à domicile. D'autres mesures ont été prises, notamment la recommandation du port du masque,

[59]https://reliefweb.int/report/burundi/burundi-rapport-de-situation-du-21-juillet-2020, consulté en date du 27 septembre 2020.

mais à ce niveau, ce n'était pas une exigence dans les lieux publics ou dans les transports en commun.

A partir de cette implication de l'autorité politique et médicale, même si les gens n'ont pas adopté en masse le respect des mesures-barrières, on peut dire que la situation a un peu changé. On remarque à ce niveau une synergie entre l'autorité politique et l'autorité sanitaire dans la sensibilisation des populations. C'est dire donc qu'il a fallu un changement de l'attitude de l'autorité pour que certaines mesures de protection qui avaient été négligées au départ par les gens soient alors adoptées, sinon l'observance restait l'affaire d'une minorité.

Voici, par exemple, des propos d'enquêtés qui montrent que leur comportement a changé suite à la mobilisation généralisée lors de la deuxième période de la pandémie :

> *« Avant, il était difficile de porter le masque seul dans un bus alors que personne d'autres n'en portait. On ne se sentait pas à l'aise. Mais maintenant c'est bien, tout le monde est obligé d'en mettre et je peux aussi le mettre, étant à l'aise »*[60].

> *« Maintenant la situation est bonne parce que le Gouvernement a pris les choses en mains. Avant, il nous avait presque abandonnés. On pouvait entreprendre des actes de protection individuelle mais on les abandonnait après parce que tout le monde n'y avait pas adhéré »*[61].

Le discours de l'autorité politique et médicale a donc une signification incontournable aux yeux de la population. Ainsi, il est crucial que les décideurs sachent quels messages à donner au public, quand et comment les donner, en fonction de leurs effets. En fait, ce discours a de grandes répercussions sur la perception du risque qui est une donnée importante en matière de prévention, la manière dont les gens perçoivent le danger et dont ils sont informés sur la gravité de ce dernier ayant une grande part dans leurs conduites. L'analyse de Sheeran et coll. [(2014), expliquée par Piperini, 2014/2)], montre que la perception du risque (faire croire aux individus qu'ils sont à risque, les inquiéter et les culpabiliser s'ils n'agissent pas, accentuer la sévérité) est un élément qui produit des effets sur le changement des intentions et des comportements et à plus forte raison si on tient compte des besoins des populations. L'éducation à la promotion de la santé en général et à la prévention devait ainsi être orientée dans ce sens.

[60] Propos de « NB ».
[61] Propos de « NJ ».

Dans certains cas, il y a même une nécessité de l'amplification d'un phénomène sanitaire pour amener les gens à changer de comportement préjudiciable à la prévention et/ou à adhérer à des comportements jugés favorables à ce fait. Tel est valable pour la plupart des crises sanitaires à caractère épidémique ou pandémique.

Ici aussi, l'attitude de l'autorité politique et médicale sur la perception du risque exprimée par la population reste déterminante. Déjà, le constat est que l'autorité n'a pas présenté la pandémie comme étant nocive. Nous ne savons pas non plus si les chiffres rapportés correspondent à la réalité. En fait, si les responsables politiques et médicaux avaient, dès le départ, mis en exergue le caractère dangereux de la pandémie, cela aurait eu des effets sur la perception du risque par la population qui aurait alors adopté des conduites de protection. Tel a été le cas pour le Sida au début, où les gens ne croyaient pas dans la gravité expliquée médicalement et continuaient de se conduire comme si l'épidémie n'était pas dangereuse. Certains s'assuraient même à dire que SIDA signifiait : syndrome inventé pour découragement les amoureux. Il a fallu une large sensibilisation, avec des images à l'appui, pour que, finalement, les gens se rendent comptent de la gravité de la maladie.

### 4.3. Conclusion partielle

Dans chapitre, nous avons placé l'observance dans le contexte des pratiques quotidiennes largement partagées par les Burundais. Les pratiques d'hygiène n'étant pas vraiment enracinées dans les habitudes de certains Burundais, il devient très difficile de les faire observer aux gens dans un contexte de prévention d'une maladie contagieuse. Aussi, dans une perspective relationnelle, les gestes de salutation jouent un rôle important surtout dans l'instauration et dans la consolidation des contacts humains. Ils sont alors mis au défi dans cette perspective de la prévention contre un virus qui passe effectivement par les contacts humains. Egalement, les événements collectifs constituent un obstacle à l'observance des mesures-barrières de la covid-19, dans la mesure où ils constituent un lieu de rencontre, d'établissement ou de consolidation de l'identité sociale et personnelle ; se soustraire à la participation sociale reviendrait à perdre cette identité.

Dans toutes ces situations, il se remarque un grand relâchement et une forte nécessité d'une force surveillance pour faire respecter les mesures. Cela parce que même lorsque ces mesures sont respectées, elles le sont partiellement et des fois par mimétisme, avec un contenu simplement rituel mais sans une intention rationnelle de se protéger ou, si cet intention y est, connait progressivement un effritement.

En outre, l'observance des mesures-barrières s'inscrivant dans les modes de vie des Burundais, elle est en lien avec le contexte socio-économique et politique. En effet, le contexte socio-économique traduisant le système de production dans sa complexité, se dresse en obstacle à ces pratiques. Il y a en effet de plus en plus l'émergence de petits métiers permettant la survie de la majorité des gens à Bujumbura, s'exerçant dans des conditions qui rendent difficile le respect des mesures-barrières de la covid-19. Ceci réduit l'efficacité de ces mesures.

Le discours politique et médical joue également un rôle important dans ce processus parce qu'il consiste à donner le mot d'ordre, et il s'agit de s'intéresser sur la nature du discours donné et ses effets sur les comportements collectifs. C'est ainsi qu'il s'est observé une sorte d'enchevêtrement des discours politique et médical dans la gestion de la pandémie de covid-19, avec souvent des contradictions et un déficit de mesures d'accompagnement pour rendre opérationnel de discours, ce qui s'est dressé en déroutes vis-à-vis des gens qui attendaient les recommandations de l'autorité, notamment à travers les mass medias qui, elles aussi, contribuaient par ricochet à relayer ces discours parfois contradictoires.

## CONCLUSION GENERALE

Dans ce travail de recherche, il était question d'étudier l'observance des mesures-barrières de la covid-19, en la situant dans le quotidien des Burundais. Nous sommes parti des observations exploratoires qui ont fait mention, dès le début de la pandémie, d'une observance rythmée par le respect et l'irrespect des mesures-barrières. Ainsi, nous avons voulu faire une analyse socio-anthropologique de ce fait à la fois sanitaire, social et culturel, persuadés que les conclusions de cette recherche peuvent contribuer à fournir des matériaux de réflexion scientifique situant la santé et la maladie dans les structures sociales, culturelles, économiques et politiques, mais également à améliorer la gestion des crises sanitaires, en général, et à la mise sur pied des programmes d'intervention visant la prévention en particulier.

En effet, la santé et la maladie étant des faits qui dépassent la dimension strictement médicale, il devient nécessaire que toute campagne de santé publique s'appuie sur des données non seulement épidémiologiques, mais également sociales, culturelles et comportementales, c'est-à-dire sur l'étude des mentalités, des habitudes ou encore des pratiques du public, pouvant favoriser ou limiter l'efficacité des mesures prises. Ceci fait éviter aux professionnels de la santé de tomber dans le piège de l'attitude paternaliste qui consiste à considérer les populations comme des automates qui exécutent les ordres donnés, oubliant que les programmes de santé publique, bien que soutenus par une rationalité scientifique, véhiculent des valeurs qui peuvent entrer en conflit avec celles véhiculées au sein la population.

Dans cette perspective, considérant le quotidien des Burundais et des théories relevant de la sociologie et de l'anthropologie de la santé et de la maladie, nous nous sommes donné comme objectifs de mettre en évidence les représentations sociales associées à la covid-19 et aux mesures-barrières recommandées, explorer les pratiques socialement partagées et leur implication à l'observance des mesures-barrières de cette pandémie et établir le lien entre cet état d'observance et le contexte socio-économique et politique.

Pour parvenir à trouver des réponses à ces préoccupations, nous avons fait recours à la méthode qualitative comme fil conducteur de la recherche en matière méthodologique. En fait, nous n'avions pas l'intention de catégoriser les réponses par un jeu de variables, ni d'en faire une analyse déductive qui relève du paradigme extensif ou quantitatif. Nous voulions plutôt faire une approche intensive de l'objet d'étude, fournissant des éléments de compréhension de ce dernier, par une approche inductive. Pour ce faire, l'observation participante et l'entretien semi-directif ont été mobilisés comme techniques de recueil des

données. Ainsi, le travail de récolte des données a été réalisé dans deux moments cruciaux, le premier allant de juillet àseptembre2020, le deuxième de janvier à mars 2021. En effet, c'est pendant ces deux périodes que la sensibilisation et les recommandations sur le respect des mesures-barrières étaient au cœur des préoccupations des instances publics ayant la santé et la sécurité dans leurs attributions. Au total, 26 personnes ont participé à l'enquête, à savoir 14 lors de la première période et 22 lors de la deuxième.

L'analyse thématique des données recueillies a été privilégiée, c'est-à-dire que ces données brutes ont été regroupées en fonction des thèmes -correspondant en fait aux objectifs opérationnels de la recherche- et des sous-thèmes définis par le guide d'entretien, dans une perspective d'en donner le sens. Cette analyse a été enrichie par une confrontation théorique. Au bout du compte, voici de façon concise les résultats auxquels cette recherche est parvenue, organisées autour de deux thèmes principaux :

Pour le premier thème mettant en évidence les représentations sociales associées à la covid-19 et aux mesures-barrières recommandées, il est à noter les croyances religieuses par lesquelles les gens interprètent l'avènement de la covid-19.Le sens mystique donné à la covid-19 a pour conséquence une sorte de déresponsabilisation sociale, les gens demeurant dans l'attente d'une action salvatrice surhumaine, inactifs face à cette problématique sanitaire.

En outre, il y a une sorte d'assimilation de la covid-19 à d'autres infections ou maladies, moins nocives, en considérant la similarité de certains symptômes, ce qui met en exergue la minimisation du risque et a pour conséquence que des gens ne sentent pas la nécessité de se faire dépister ou de se faire soigner. Les gens tournent ainsi le dos contre les soins médicaux recommandés pour l'adoption plutôt des pratiques de traitement et de prévention relevant des traitements dits alternatifs, ainsi qu'à des pratiques d'automédication. Tout cet arsenal de croyances et de savoirs populaires entrent ainsi en contradiction avec les directives des professionnels de la santé et portent préjudice à la qualité de l'observance des mesures-barrières, dans la mesure où les mentalités sont associées aux actions.

Concernant le deuxième thème relevant les pratiques quotidiennes impliquées dans l'observance des mesures-barrières de la covid-19 dans leurs relations avec les structures socio-politiques, les données montrent un défi de certaines pratiques d'hygiène qui ne sont pas encore intégrées dans le quotidien de la majorité des Burundais, alors qu'effectivement l'évitement de la covid-19 passe en partie par des gestes d'hygiène, spécifiquement par le lavage des mains. Les contacts physiques à travers la salutation à la main constituent

également un obstacle à l'observance, étant donné que ce geste a une signification fortement symbolique en matière relationnelle.

Les événements collectifs constituant des occasions de rencontre et de consolidation des liens sociaux et par là de l'identité personnelle et sociale, se dressent aussi en obstacles à l'observance des mesures-barrières de la covid-19.La fête au Burundi et les rassemblements religieux sont en fait un poids lourd, une force extérieure à l'individu qui se voit dans des difficultés d'envisager des actions de protections personnelles, suite à la peur d'être rejeté et d'être considéré comme un déviant dans son espace social. Cela étant, dans toutes ces situations, il s'est toujours remarqué un grand relâchement et une observance forcée et partielle, un mimétisme assortie d'une sorte de ritualisation des pratiques.

Ceci dit, un lien s'établit entre l'observance des mesures-barrières de la covid-19 et le contexte socio-économique et politique ; c'est que les moyens productifs marquant le mode de vie en Mairie de Bujumbura est une limite à l'observance des pratiques de prévention de la covid-19. La diversité et la complexité des activités économiques, avec une extension des petites activités génératrices de revenus nécessitant des contacts humains permanents, traduit une survie contraignante et limitant l'observance des mesures-barrières. Egalement, le discours politique et médical constitue un élément important dans la mesure où il est au cœur de la gestion des interventions visant la prévention. En effet, les messages donnés par l'autorité politique et médicale ont d'énormes effets sur les comportements collectifs. Cela étant, la confusion entre le discours politique et médical dans la gestion de la pandémie de covid-19 a été observée, le deuxième dépendant du premier, avec souvent des discours changeants dans le fil du temps, ainsi qu'une absence de mesures opérationnelles d'accompagnement pour faire exécuter les mesures politiques relayées par le discours. Par ailleurs, dès le départ, l'autorité n'a pas prêché par l'exemple.

Ces conclusions permettent ainsi de donner les réponses à la question de départ qui consistait à étudier l'observance des mesures-barrières de la covid-19 en considérant le quotidien des Burundais. On aura relevé les croyances, les savoirs, les pratiques collectives, ainsi que les contraintes existentielles et les aspects politiques ayant une grande part dans la gestion de la covid-19 en ce qui est de sa prévention.

Sur le plan scientifique, d'autres chercheurs peuvent partir de ces résultats pour construire d'autres objets de recherche impliquant la nécessité de prendre en compte les aspects socio-anthropologiques dans la gestion ou dans la prévention des crises sanitaires. A cet effet, une

étude faisant une analyse comparative se rapportant sur des inégalités sociales en termes de vulnérabilité face à la contamination des maladies contagieuses pourrait être menée. Egalement, une étude des représentations sociales liées aux vaccins contre la covid-19 pourrait contribuer à sa gestion, étant donné qu'actuellement, des variantes de ce virus ne cessent de se manifester, pouvant amener un jour le pouvoir public à décider de vacciner massivement la population. Enfin, l'un ou l'autre chercheur pourrait développer un (des) élément(s) que nous avons relevé(s), par d'autres axes de recherche.

Tout compte fait et sur le plan professionnel, il serait pertinent de tenir en compte les résultats de cette recherche en vue de la prise des décisions ou du choix des discours à donner à la population lors d'une situation de crise sanitaire mettant en jeu des caractéristiques collectives des Burundais. La gestion des situations collectives, le regard sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement du milieu sont des exemples parlants à ce sujet et ceci se ferait en aval par des programmes de santé communautaire. Dans ce processus, une approche participative serait privilégiée en vue de la promotion de la santé, à la place de l'attitude paternaliste souvent adoptée par l'autorité politique, médicale et sécuritaire.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### A. Ouvrages généraux

1. Adam, P. et Herzlich, C. (2002). *Sociologie de la maladie et de la médecine.* Paris : Fernand Nathan.
2. Augé, M. et Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris-Montreux : Editions des Archives contemporaines.
3. Becker, H.-S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales.* Paris : La découverte.
4. Blanchet A. et al. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales, l'écoute, la parole, le sens*. Paris : Dunod.
5. Bury, J.-A. (1988). *L'éducation pour la santé, la promotion de la santé et la prévention.* « Collection savoir et santé ». Bruxelles : De Boeck.
6. Coulon, A. (2008). *L'ethnométhodologie.* Paris : PUF.
7. Deccache, A. et Meremans, P., « L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines », dans Berthon, S. (2000). *Rééducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF.
8. Deschamps, J.-P. et coll. (1997). *La santé des adolescents, approches, soins, prévention.* Paris : Payot.
9. Demazières, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion*. Paris : Fernand Nathan.
10. Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé.* Paris : PUF.
11. Fossier, A. et Souloumiac, F. (2003). *L'interprétation.* Lyon : ENS.
12. Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société : Recueil des textes présentés et commentés.* Paris : Mouton.
13. Herzlich, C. (2002). *Sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine.* Paris : Armand-Colin.
14. Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps.* Paris : Minuit.
15. Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit.
16. Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives.* Paris : PUF.
17. Mucchielli, L. (2014). *Sociologie de la délinquance*. Paris : Armand-Colin.
18. Becker, H.-S. (1985). *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance.* Collection : Leçons De Choses : Ed. Métailié, 1985.

19. Hervé, G. et Froment, A. (2019). *Archéologie de la santé, anthropologie du soin.* Paris : La découverte.
20. Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société.* Paris : Mouton.
21. Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
22. Kaufmann, J-C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand-Colin.
23. Laplatine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie. Etude ethnographique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.
24. Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.* Montréal : Gaëtan-Morin.
25. Meyer, H. (1984). *Les Barundi. Une étude ethnologique en Afrique orientale*. Traduit de l'Allemand par Françoise Willmann. Edition critique présentée et annotée par Jean-Pierre Chrétien. Paris : Société française d'histoire d'Outre-Mer.
26. Mirko, D. (1995). *Le concept de maladie*. Paris : Seuil.
27. Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : l'observation.* Paris : La Découverte.
*28.* Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales.* Paris : Dunod.
29. Shah, S. et Turcotte, F. (dir.). (1995). *Médecine préventive et santé publique au Canada*. Adaptation française. Sainte-Foy : PUL.
30. Zuure, B. (1932). *L'âme du Murundi,* Paris, G. Beauchesne.
31. Mourre, M.-L. (2017). *Résistance aux messages de prévention-santé : modélisation à partir d'une publicité anti-tabac*. Paris : Université Paris-Est

**B. Articles de Revues**

1. Abric, J.-C. (2003). *De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale,* dans « Exclusion sociale, insertion et prévention », pp. 11-19.
   [en ligne], consulté le 17 mai 2021,https://doi.org/10.3917/eres.aabric.2003.02.0011.
2. Bozon, M. (1992). *Sociologie du rituel du mariage,* dans « Population », 47e année, n°2, pp. 409-433.
   [en ligne], consulté le 9 mai 2021 : https : //doi : 10.2307/1533916.
3. Broutelle, A.C. et Morvan (Le) F. (1956). *La construction sociale des maladies,* dans | « Regards croisés sur l'économie » 2009/1 n° 5 | pp. 61-64.
   [en ligne], consulté le 4 décembre 2020,https://doi.org/10.3917/rce.005.0061.

4. Clarkson, M. et coll., « Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire », dans Daveluy, C. (dir.) et coll. (2001). *Enquête sociale et de santé,* collection « La santé et le bien-être », Institut de la statistique du Québec. pp. 603-625.
5. Corin, E. (1985). *Définisseurs culturels et repères individuels : le rapport au corps chez les personnes âgées* [Cultural definers and individual marks : The relationship to the body in aged persons], dans « International Journal of psychology », *20 (4-5),* 471-500. [en ligne], consulté le 20 mars 2021, https : //doi.org/10.1080/00207598508247554.
6. Courbet, D. (2003). *Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur*, dans « Communication », Vol. 22/1 | 2003. [En ligne], consulté le 11 février 2021 : https://doi.org/10.4000/communication.4786.
7. Desforges, F. (2001). *Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé*. Dans « Histoire, économie et société », 20e année, n°3. Les miroirs de la santé. pp. 291-3017 [en ligne], consulté le 21 janvier 2021, https://doi.org/10.3406/hes.2001.2227.
8. Ferréol, G. (2015/1). *Diversité culturelle, dynamiques identitaires et rapport à autrui*, dans « HERMES, LA REVUE » (no 71), pp. 109-115.
   [en ligne], consulté le 8 mars 2021, https://doi.org/10.3917/herm.071.0109.
9. Goldberg, M. et coll. (2002). *Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie et des sciences sociales de la santé,* dans « Sciences sociales et santé » /2002/20-4/, pp. 75-128.
   [en ligne], consulté le 11/03/2021, https://doi :10.3406/sosan.2002.1570.
10. Lazarus, A. et Delahaye, G. (2007). *Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?,* dans « Les Tribunes de la santé », (n° 15), pp. 79-94.
    [en ligne], consulté le 23 février 2021, https://doi.org/10.3917/seve.015.0079.
11. Magni-Berton, R. (2008). *Holisme durkheimien et holisme bourdieusien. Etude sur la polysémie d'un mot,* dans L'Année Sociologique 2008/2 (Vol. 58), Pages 299 à 318. [en ligne], consulté le 17 juillet 2021, https://doi.org/10.3917/ anso.082.0299.
12. Marquet, J.-F. (1976). *Les calendriers positivistes*, dans « Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest/1976/83-2/pp. 371-378. [en ligne], consulté le 10 octobre 2021, https://doi.org/10.3406/abpo.1976.2819.
13. Massé, R. (2008). La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme *thérapeutique*, dans « Revue internationale sur le médicament », vol. 2, no 1, décembre, pp. 15-49.

*14.* Pierret, J. (1988). *Des conceptions de la maladie à l'analyse de la réalité sociale* (Commentaire), dans « Sciences sociales et santé », Vol. 6, n°3-4, pp. 167-170.
[en ligne], consulté le 10 août 2020,https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1109.

15. Piperini, M.-C. (2014). *Etude de l'influence du cadrage du message, en session d'éducation pour la santé,* dans « Les cahiers internationaux de psychologie sociale », 2014/2 (Numéro 102), pp. 285-316.
[en ligne], consulté le 23 juillet 2021, https://doi.org/10.3917/cips.102.0285.
16. Sindzingre, N. et Zimpleni, A. (1982). « *Anthropologie de la maladie »,* dans « Bulletin d'Ethnomédecine », n° 15, pp.3-22.
17. Stoetzel, J. (1960). *Le malade, la maladie et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale,* dans « Population », Vol. 15 n° 4, pp.613-627.

**C. Document**

1. Anctil, H. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.

**D. Webographie**

1. https://www.insee.fr › metadonnees ›
2. https : //www.who.int./social-determinants-action/action sur les déterminants sociaux de la santé : tirer les enseignements des expériences antérieures, Document de travail préparé par le Commission des Déterminants de la santé, Mars 2005.
3. www.afro.int>sites>files.
4. https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted.
5. https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public.
6. https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19

**Personnes interrogées**

| Pseudonyme | Sexe et profession | Lieu de rencontre | Date de l'entretien |
|---|---|---|---|
| IN | Féminin, agent d'une banque | Parking du centre-ville | 13 juillet 2020 |
| WZ | Féminin, travailleur domestique | Marché de Musaga | 14 juillet 2020 |
| KW | Féminin, fonctionnaire | Marché de Musaga | 14 juillet 2020 |
| NV | Masculin, éleveur | Marché de Musaga | 17 juillet 2020 |
| BF | Masculin, fonctionnaire | Eglise Saint Joseph de Ngagara | 19 juillet 2020 |
| NT | Féminin, privée | Eglise de Pentecôte de Ntahangwa | 27 juillet 2020 |
| KP | Masculin, fonctionnaire | Parking du centre-ville | 02 septembre 2020 |
| KM | Masculin, chercheur d'emploi | Parking du centre-ville | 03 aout 2020 |
| NL | Masculin, commerçant | Parking du centre-ville | 03 août 2020 |
| MN | Masculin, commerçante | Marché de Musaga | 07 aout 2020 |
| ND | Masculin, privé | Eglise de Pentecôte de Ntahangwa | 09 aout 2020 |
| RO | Féminin, fonctionnaire | Parking du centre-ville | 27 août 2020 |
| AQ | Féminin, infirmière | Paroisse Saint Joseph de Ngagara | 13 septembre 2020 |
| RJ | Masculin, agent d'une ONG | Paroisse Saint Joseph de Ngagara | 20 septembre 2020 |
| AJ | Féminin, privée | Paroisse Saint Joseph | 17 janvier 2021 |
| TP | Masculin, fonctionnaire | Marché de Musaga | 19 janvier 2021 |
| SL | Masculin, menuisier | Marché de Musaga | 19 janvier 2021 |
| PR | Féminin, infirmière | Eglise de Pentecôte de Ntahangwa | 24 janvier 2021 |
| VG | Masculin, convoyeur | Parking du centre-ville | 30 janvier 2021 |
| HM | Masculin, agent de banque | Parking du centre-ville | 30 janvier 2021 |
| IP | Féminin, agent d'une ONG | Avenue de la JRR | 04 février 2021 |
| NB | Féminin, agent de santé | Marché de Musaga | 15 février 2021 |
| MF | Masculin, chauffeur | Parking du centre-ville | 26 février 2021 |
| TE | Féminin, Privée | Parking du centre-ville | 26 février 2021 |
| BC | Féminin, étudiante | Eglise de Pentecôte de Ntahangwa | 7 mars 2021 |
| NJ | Masculin, mécanicien | Paroisse Saint Joseph de Ngagara | 14 mars 2021 |

# ANNEXES

## 1. Grille d'observation

Les observations ont été guidées par les indicateurs suivants :

- Discussions et commentaires autour de la covid-19 et des mesures-barrières ;
- Etats des lieux des dispositifs d'hygiène ;
- Interactions lors des occasions de rencontre ;
- Interactions lors des événements collectifs ;
- Réaménagements des contacts relationnels suite à la covid-19 ;
- Attitudes des face aux agents de sécurité ;
- Cohérence des comportements lors de l'exécution des mesures-barrières ;
- Persistance de l'observance dans le temps ;
- Discours médiatiques se rapportant à la covid-19 et aux mesures-barrières.

## 2. Guide d'entretien

### a. Présentation et mise en confiance

Bonjour Madame/Monsieur. Je m'appelle Abel Nshimirimana, étudiant en Master de Socio-anthropologie, à l'Université du Burundi. Je suis en train de réaliser un travail de recherche, où je voudrais porter un regard sur les mesures-barrières de la covid-19 en considérant le quotidien des Burundais en général et des gens de la Mairie de Bujumbura en particulier.

Ainsi, je viens vers vous pour vous demander si vous pouvez accepter de m'accorder du temps pour un entretien, ce qui me permettra d'avoir les données dont j'ai besoin. C'est une sorte de conversation sur la base des thèmes auxquels vous allez vous exprimer. Ne pensez pas à une enquête politique ou policière, c'est par ailleurs pour cette raison que si vous voulez, je ne vais pas vous demander votre identification car je ne vais pas mentionner votre nom dans le travail.

Je vous remercie.

### b. Entretien proprement dit

- Quelles représentations avez-vous de la covid-19 et des mesures-barrières de façon générale ?
- Quel sens donnez-vous à la covid-19 ?
- Comment percevez-vous l'efficacité des mesures-barrières ?
- D'après-vous, quelles sont les facilités/difficultés de leur mise en application ?
- Que pensez-vous de la gravité de la covid-19 ?
- Comment percevez-vous le traitement de la covid-19 ?
- Pouvez-vous me dire quelles sont les mesures d'hygiène et les règles d'utilisation du masque, en vue de se prévenir de la Covid-19 ?
- Comment considérez-vous les événements collectifs dans leurs rapports avec la cofid-19 ?
- Comment expliquez-vous le relâchement dans le respect des mesures-barrières ?
- Quel lien établissez-vous entre les mesures-barrières et les conditions d'existence ?
- Quelle est le rôle de l'autorité dans le respect des mesures-barrières ?
- Qu'est-ce que vous pouvez ajouter à ce qui a déjà été dit ?