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

Les perceptions du paludisme comme facteurs socioanthroplogiques influent sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi

Minani, Rosette

2025-05
Revue Fulbright- Afrique
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2133

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

LES PERCEPTIONS DU PALUDISME COMME FACTEURS SOCIOANTHROPLOGIQUES INFLUENT SUR L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ADULTES AU BURUNDI

MINANI Rosette
Université du Burundi
rosette.minani@ub.edu.bi

Résumé/Abstract

Le but principal de cet article porte sur l'étude des perceptions du paludisme comme facteurs socioanthropologiques influençant sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi. Il s'agit d'une étude mixte exploratoire faite auprès de la population burundaise en tenant compte de leur situation géographique (rurale et urbaine). Les méthodes qualitative et quantitative ont été utilisées pendant la récolte des données auprès de 30 patients du District sanitaire de Kibuye pour la partie qualitative au moment où les données quantitatives ont été collectées auprès de 4248 patients provenant des 47 Districts sanitaire que compte le Burundi. Une analyse thématique de contenu a été faite pour les données qualitatives pendant que les données quantitatives ont été traitées et analysées grâce au logiciel SPSS. Les résultats révèlent qu'au Burundi, la perception du paludisme et la recherche de soins sont complexes. L'origine des causes de cette maladie est liée à l'anthropomorphologie et à l'amphibologie. Cela conduit les burundais à chercher des soins dans des lieux différents. Pour une meilleure prise en charge de cette maladie, le Gouvernement, à travers le Ministère de la santé veillerait à prendre en considération ces perceptions. Une

bonne collaboration entre les institutions sanitaires, d'une part, et la population d'autre part, est souhaitable dans la lutte contre cette endémie.

Abstract/Résumé

The main objective of this article is to study perceptions of malaria as socio-anthropological factors influencing the therapeutic itinerary of adult patients in Burundi. This is a mixed exploratory study carried out among the Burundian population, taking into account their geographical situation (rural and urban). Qualitative and quantitative methods were used during data collection from 30 patients in the Kibuye Health District for the qualitative part while quantitative data were collected from 4248 patients from the 47 Health Districts in Burundi. A thematic content analysis was carried out for the qualitative data while the quantitative data were processed and analyzed using SPSS software. Results reveal that, in Burundi, the perception of malaria and the search for care are complex. The causes of the disease are linked to anthropomorphology and amphibology. This leads Burundians to seek care in different places. In order to provide better care for this disease, the Government, through the Ministry of health, would ensure that these perceptions are taken into consideration. Good cooperation between health institutions, on the one hand, and the population, on the other, is desirable in the fight against this endemic.

***Mots clés** : Perception de la maladie, Paludisme, Itinéraire thérapeutique*

Introduction

Le paludisme, maladie endémique, demeure l'un des

problèmes majeurs de santé publique dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne. En 2018, 228 millions de cas de paludisme ont été recensés par l'Organisation Mondiale de la Santé et 405.000 personnes en sont mortes dans le monde. Les pays africains restent les plus touchés. De même, le Burundi, pays qui se trouve au cœur de l'Afrique, reste confronté à des épidémies récurrentes. Ses habitants en font l'expérience et un bon nombre d'entre eux en meurent. Il m'a été donné d'assister, impuissante et la mort dans l'âme, au déchirement de plusieurs amis et membres de ma famille face au décès de tout jeunes enfants alors que leur mort pouvait être évitée. Le fait est que beaucoup ne se rendent pas compte du danger de cette maladie et ne se rendent à l'hôpital ou n'y ont recourt qu'à la dernière minute. J'ai donc essayé de comprendre les raisons qui justifient ce comportement pour le moins surprenant.

En outre, le Burundi s'efforce de faire reculer cette maladie et ainsi réduire la morbidité et la mortalité liées à cette dernière en investissant dans la lutte contre cette endémie par l'intervention thérapeutique et les mesures de prévention (Oms, 2013 ; République du Burundi, 2016 ; Reliefweb, 2007 ; Reliefweb 2017). Le Gouvernement essaie aussi de mettre à la disposition des populations des professionnels et des structures sanitaires. Malgré toutes ces mesures, le problème persiste et cette maladie endémique continue à endeuiller des milliers de familles tous les ans. J'ai donc voulu apporter ma contribution à l'amélioration des conditions sanitaires de mon peuple et surtout aider à soulager la souffrance sociale des populations du Burundi.

Dans cette recherche, le recours au concept « patient adulte » sous-entend chaque individu burundais dans son identité et dans sa capacité de percevoir la réalité de la malaria. Cette perception est liée la prise de conscience d'une réalité qui se considère comme étant externe à nous et qui, de toutes les façons, influe sur notre agir. L'individu est considéré, selon la perspective d'Elias Norbert, comme « fruit de la société et vice versa ». Ainsi, c'est le monde social qui produit nos représentations. Il est difficile de soustraire l'individu de la société et la société de l'individu (Elias, 1991 :63-64). L'homme dans sa conscience rationnelle produit un comportement qui correspond à l'action de l'autre et, il en attribue un sens. Alors, nous sommes intéressée à comprendre le sens subjectif que les habitants au Burundi donnent à la malaria et leurs comportements face à cette endémie.

Pour pouvoir établir le rapport de corrélation qui existe entre la perception de l'étiologie de la maladie et l'itinéraire thérapeutique, nous avons procédé de deux manières : nous l'avons d'abord fait d'un point de vue théorique en nous appuyant sur la théorie des représentations sociales et d'un point de vue pratique en mobilisant les données empiriques. En Sciences sociales, les représentations sont liées à la connaissance des phénomènes sociaux et aux comportements qui en sont ancrés par les groupes sociaux et leurs membres. Ces connaissances ont une emprise sur la genèse des cultures, des pratiques et des choix les plus divers (Seca 2001). En ce sens, la théorie est proposée comme un macro paradigme capable de contenir et d'orienter les résultats et les explications obtenus par des micro paradigmes spécialisés,

ce qui revêt une importance particulière par rapport à l'archipel des macro paradigmes au sein desquels sont fragmentés les thèmes de la connaissance et de la pensée sociale. La théorie des représentations sociales est reconnue comme une théorie de la connaissance sociale, capable d'expliquer à la fois les processus et les mécanismes qui sous-tendent sa production dans les contextes et les situations de la vie quotidienne, ainsi que les types de pensées et les caractéristiques de la cognition qui sont pertinents (Palmonari et Emiliani 2009:11). La connaissance sociale s'intéresse à la fois à la manière dont les gens pensent le monde social et s'appuie fortement sur des analyses précises et articulées dérivées de théories et de méthodes cognitives (Fiske et Taylor 2010). Dans le domaine de la théorie, la pensée sociale tire donc ses règles de fonctionnement du fait qu'elle est produite et emmêlée dans une réalité sociale qui a la particularité d'être partagée dans la mesure où nous participons tous à un niveau de connaissance qui la concerne. Il s'agit d'une connaissance du bon sens (Palmonari et Emiliani, 2009 :13). Toutefois, les représentations sociales ne se réduisent pas à de simples connaissances. Ils ont un lien très restreint avec le vécu d'un individu, d'une société donnée dans un contexte géoculturel bien déterminé (Seca 2001). Ainsi, les individus partagent les mêmes savoirs, les mêmes attitudes et croyances. De ce fait, une représentation sociale renvoie à un mode de construction de savoirs, partagés par les groupes et les individus, et à leurs contenus organisés en systèmes ouverts d'idées. Elles se conçoivent au fur et à mesure, à partir de l'accumulation de savoirs antérieurs, de connaissances scientifiques, des traditions, d'idéologies et

de religions (Seca 2001). Les représentations s'inscrivent alors, dans les périodes précises de l'histoire d'un peuple et les mutations qui s'opèrent au sein d'une société. Elles se structurent dans le temps et dans l'espace (Berger et Luckmann 2018 :74). La réflexion sur la théorie des représentations sociales commence au sein de la sociologie de la connaissance. Ses éléments plus importants prennent racines dans certains aspects qui ont caractérisé le débat sociologique des années 1960. Le premier aspect est la référence explicite à la notion de représentations collectives de Durkheim (Pickering 2002 :96-97). Celui-ci a reformulé dans un sens sociologique les termes du débat sur la connaissance en soutenant que les opérations logiques sont le produit des représentations collectives. Ainsi, le contenu et la forme de la connaissance sont influencés, pour différents groupes sociaux, par les institutions religieuses, morales et économiques auxquelles ils se réfèrent (Palmonari et Emiliani, 2009:38 ; Oliveira, 1987: 306). Le caractère socialement déterminé de la connaissance a également été souligné dans la théorie marxiste de l'idéologie (Marx et al. 2014), mais alors que celle-ci ne traite que des formes dans lesquelles la pensée se révèle incorrecte et fausse, la sociologie de la connaissance affirme l'origine sociale de toute connaissance (Fele, 1995) (Palmonari et Emiliani 2009 :38). Non seulement l'appartenance à une classe détermine la manière de savoir et de penser, mais la relativisation de la pensée influence tous les groupes sociaux. Ainsi, la vie sociale devient la condition de toute pensée organisée. Ici, la théorie sur les représentations sociales a été choisie car elle nous sert à ouvrir les yeux sur la réalité de la

perception du paludisme et son impact sur la recherche thérapeutique.

Dans ce le cadre, nous avons aussi procédé à la vérification empirique de notre hypothèse à travers une méthode mixte, qualitative et quantitative. Cette méthode a été utilisé pour deux principales raisons. La première (qualitative) est d'identifier des variables importantes sur l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire thérapeutique du patient adulte au Burundi. La seconde raison (quantitative) consiste à renforcer la validation de ces variables qui, actuellement semblent être ignorées par le monde scientifique burundais. La finalité est de valoriser cette étude afin d'aider les décideurs et les acteurs sociopolitiques en matière de la santé à mieux comprendre les structures cognitives et sociales des populations au sein desquelles ils cherchent à intégrer de nouveaux modèles de pensée et de savoir-faire en rapport avec le paludisme. Le Burundi en bénéficiera pour améliorer la prévention et la prise en charge efficace du paludisme. La méthode mixte exploratoire nous a donné une occasion d'entrer en contact avec les individus, non seulement pour dialoguer avec eux mais aussi pour avoir l'occasion d'analyser scientifiquement l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire thérapeutique de l'individu adulte au Burundi. Ce qui justifie l'usage d'une méthode de recherche à double fin, à savoir l'exploitation et la validation.

1. Approche théorique : la théorie des représentations sociales

La recherche est guidée par la théorie des

représentations sociales. Cette théorie est plurielle. Devant un phénomène, elle présente plusieurs images liées aux backgrounds sociologique, culturel, religieux, structurel des individus ou des collectivités. Elle peut être appliquée à plusieurs domaines tels que la psychologie, la philosophie, la sociologie et autres. Nous avons abordé cette théorie en trois phases qui correspondent aux trois aspects de ses approches : sociogénétique, structurelle et socio-anthropologique.

1.1. Approche sociogénétique

Dans l'approche sociogénétique, nous avons considéré les travaux de Durkheim et Moscovici. D'une part, Durkheim (1898) considère que chaque individu observe d'une façon directe la réalité qui l'entoure. Il en prend conscience et se fait des représentations pour essayer d'interpréter ce qu'il voit. Et, dans la continuité de sa pensée, Moscovici introduit la dimension sociale des représentations. Selon Moscovici, celles-ci sont comme une construction partagée que les acteurs sociaux pensent et communiquent entre eux dans les rencontres quotidiennes. Les représentations ont une genèse à la fois individuelle et sociale. Elles sont une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est et de ce qu'elle a été, de ce qu'elle projette être et qui guide son comportement (Moscovici, 2001). L'importance de cette théorie est la connaissance non par illusion, mais par représentation et expérience réelle. Ainsi, l'homme perçoit ce qu'il se représente et, l'objectif des représentations est de déterminer nos

actions et nos comportements. Les représentations sociales sont en relation avec les croyances et la culture. Elles ont des aspects individuel, social et dynamique. Ainsi, l'individu n'est pas un être isolé mais il vit dans la société qui, à son tour a son histoire. Ainsi, suite au processus de la socialisation et de l'expérience personnelle, les représentations que l'individu donne au monde qui l'entoure dépendent de la société dans laquelle il habite. De même, la manière dont les habitants du Burundi se représentent le paludisme est différente des autres cultures. La leur est liée à la culture et à l'histoire vécues de cette maladie.

1.2. Approche structurelle

Quant à l'approche structurelle, nous avons considéré les travaux de Pierre Bourdieu, Bonardi et Abric. Bourdieu ne parle pas des représentations sociales comme attitudes ou opinions des individus, mais souligne l'urgence qu'il y a à considérer comme explicatives non plus des opinions, expressions ou explications des individus, mais les structures déterminantes sous-jacentes qui échappent à la conscience des acteurs (Bourdieu et al. 1968). Roussiau et Bonardi à leur tour, font une approche psychosociale du contenu des représentations sociales. Ils affirment que ce contenu peut être caractérisé par une certaine variation car l'on peut y trouver des opinions, des images ou des croyances aussi bien que des stéréotypes voire des attitudes (Roussiau et Bonardi, 2001 :17). Ces auteurs soulignent que les représentations sociales ont deux dimensions : structurale, et attitudinale. La dimension structurale des représentations sociales réfère à un ensemble organisé. La dimension attitudinale correspond à

une proposition évaluative vis-à-vis de l'objet des représentations et au niveau de l'information détenue par l'individu à l'intérieur de son groupe d'appartenance et à propos d'un objet donné (Roussiau et Bonardi, 2001 :17). Les représentations sociales en ce sens ont un contenu organisé. Elles se présentent comme une grille de lecture de la réalité socialement construite (Roussiau et Bonardi, 2001 :18). Jean Claude Abric développe une approche structurelle sur cette théorie. Il essaie d'amplifier cette théorie dans le domaine de la santé pour analyser et comprendre des pratiques de prévention chez les personnes malades ainsi que les facteurs qui déterminent certaines pratiques professionnelles, par exemple celles des artisans et des infirmières. Le noyau central de sa théorie permet de comprendre comment les individus ou les groupes développent des pratiques de recherche de soins pour un cas spécifique (Abric, 2016). Ainsi donc, pour le cas du paludisme au Burundi, derrière les différentes perceptions de cette maladie, se cache des structures variées (sociales, sanitaires, familiales, politiques, culturelles) qui influenceraient leurs agir.

1.3. Approche socio-anthropologique

Nous nous sommes aussi intéressée aux représentations sociales de la santé et de la maladie de Jodelet, Flick et Laplantine pour affronter l'approche socio anthropologique. Ainsi, pour Jodelet (2003) les représentations que nous nous faisons de la réalité sont sociales. Elles sont importantes dans notre vie courante car elles nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de la réalité de tous les

jours ; dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre. En ce sens l'observation et la connaissance bien éclairées du monde qui nous entoure devient très importante. Uwe Flick (2004) considère que les représentations sociales donnent accès à la façon dont une société pense à propos d'un objet ou d'un phénomène déterminé. Donc cet auteur met en évidence la prise en considération des facteurs socioculturels et géographiques pour bien comprendre les réactions des individus devant un phénomène concret.

A l'intérieur de l'approche socio anthropologique figure l'anthropologie des systèmes de représentations de la santé et de la maladie de Françoise Laplantine (1992). Céans, le noyau central de sa théorie est que derrière chaque représentation sociale d'une réalité se cache un système. Elle fait une étude anthropologique et exerce une analyse des systèmes de représentations de la santé et de la maladie en mettant en évidence quatre modèles étiologiques et thérapeutiques qui influencent les individus dans leur agir en cas d'une maladie. Il s'agit du modèle ontologique et relationnel/fonctionnel (1). Ce modèle est aussi appelé « ontologie médicale savante occidentale ». Il est constitué par trois approches. La première s'occupe d'une médecine des espèces. Il s'agit d'un essentialisme fondé sur le repérage des propriétés essentielles des maladies qui peuvent être cataloguées ; c'est-à-dire réparties en familles, genre, espèces et sous espèces. Une approche médicale centré sur les entités, les formes ou les variétés morbides (Laplantine 1992 :56-57). La deuxième approche est centrée sur une médecine des

lésions. Elle inclut l'anatomisme et l'anatomopathologie. La priorité est sur les atteintes organiques. Il s'agit d'une recherche du siège des maladies dans laquelle les lésions prévalent sur les symptômes ; chaque symptôme s'accompagne d'une lésion (Laplantine 1992 :56-57). La troisième approche est une médecine des spécificités. Dans cette approche, l'être de la maladie, provocant des lésions et se traduisant par des symptômes a toujours une cause précise. Il s'agit d'une représentation qui appréhende la maladie selon les catégories de l'entrée et de la sortie. Le modèle thérapeutique qui lui correspond consiste alors à restituer ce qui a été perdu ou à enlever ce qui est entré, c'est-à-dire dans ce dernier cas combattre ce que l'on considère comme une entité ennemie et étrangère au malade. Quant à la personne même de ce dernier, elle tend, dans cette perspective, à devenir le lieu de rencontre accidentelle entre des forces d'intensité variable : l'infection virale ou microbienne par exemple et l'intervention chimiothérapique qui doit être plus puissante que la première (Laplantine 1992 :58). Ainsi, ces trois figures de l'ontologie médicale se complètent entre-elles. D'une part, le modèle épistémologique de référence peut être de nature physique, naturaliste, botanique, chimique ou encore biochimique. D'autre part, chacune d'entre elles met l'accent sur un aspect particulier de la maladie. Le pacifisme est surtout préoccupé de découvrir l'origine du mal et il la trouve à l'extérieur du corps, dans une entité pathogène. L'essentialisme s'efforce de repérer des idéaux-types construits par abstraction et dont l'existence se situe en dehors de toute localisation. Quant à l'anatomopathologie, la localisation de la cause est pensée

comme coextensive à la détermination du siège ; dans ce sens, la maladie coïncide totalement avec son inscription corporelle (Laplantine 1992 :58).

L'interprétation ontologique de la maladie a des avantages. Ainsi, d'une part, les maladies sont isolables au moyen d'observation instrumentale ; on peut déterminer l'endroit précis du mal concentré sur un organe. Ainsi, la chirurgie est capable de faire une opération pour l'enlever. La cause de la lésion est souvent appréhendée comme un agent matériel lui-même parfaitement cernable et la médecine devient objective. Il est capable de désigner l'adversaire par son nom, lui tirer dessus et le faire décamper. De l'autre part, les représentations localisatrices rassurent. Il est relaxant en effet de savoir que ce qui ne va pas, c'est un organe qui est en moi, mais qui n'est pas réellement moi-même. Il est rassurant de savoir que les maladies sont des réalités qui ont finalement peu de choses à avoir avec la personne du malade. Mais il est difficile de penser que c'est moi qui suis à l'origine de ma maladie (Laplantine 1992 :59). Le modèle ontologique occidentale ne manque pas de prégnance. Ainsi la maladie est considérée comme un non-moi. La maladie comme un non-moi et le corps est contemplé comme étrange de moi. Ainsi, la maladie apparait comme être anonyme, comme quelque chose qui n'a pas de nom. En ce sens elle peut être désignée par certaines expressions comme par exemple « ça » « elle », sans toutefois préciser son nom. Elle devient comme « chose ». Ainsi, le patient est loin de vivre sa maladie ; il la perçoit comme une lutte exténuante avec une altérité absolue sans commune mesure avec son identité propre. Ainsi, la maladie est totalement distincte

du sujet, car elle est censée venir d'ailleurs puis se fixer dans un organe (Laplantine 1992 :62). Le deuxième est le modèle endogène et exogène. Dans le cas de l'endogène, la maladie n'est plus considérée comme une entité extérieure à l'individu mais elle part de l'intérieur même du sujet et sa constitution physique ou son patrimoine génétique et morale joue un rôle important (Laplantine 1992 :90).

Selon les approches de la tradition de l'humorisme, de l'hippocratisme, le vitalisme médical et les chercheurs biomédical, le cancer par exemple naît et se développe par un processus d'invasion et de consomption interne entrainant la dégradation progressive et la mort de l'individu. Ainsi, la maladie est liée à un déséquilibre interne de l'organisme humain (exemple la mélancolie résulte de la corruption du sang par la bile froide et la manie de la corruption du sang par la bile charade). Les approches psychologiques, psychanalytiques et psychosomatiques de la maladie accordent l'importance à l'individu comme non seulement participant à sa maladie mais créant lui-même la genèse de son état actuel. Ainsi, toute maladie est d'origine psychologique. Elle est une symbolisation de la maladie discrètement et, l'individu est considéré comme générateur de ce qui lui arrive (Laplantine 1992 :94-96) ; (Masfield, 2018). Le modèle endogène présente différents types d'interprétation de la maladie. Selon ce modèle, cette dernière peut être conçue comme un héritage des parents et des familiers (Canovi 2016), (Bouchard et Braekeleer 1992). La maladie est une réaction propre de l'individu à une situation donnée (Laplantine 1992 :99). Souvent, la maladie paraît être le refoulé d'un horizon culturel médical. Quant au modèle exogène, il commande les représentations qui

considèrent que la maladie soit le résultat d'une intervention extérieure ; par exemple : une infection microbienne, un virus, un esprit pathogène, un mode de vie malsain etc. ainsi, cette vision accuse la nature et la culture comme facteurs principaux de la maladie (Laplantine 1992 :79-83). Céans, s'insère la pensée de l'école américaine de Palo Alto et sa théorie socio-médicale sur la pathologie de la communication (Watzlawick, Beavin, et Jackson 1978). Selon ce courant de pensée, le comportement pathologique (névrose, psychose et généralement psychopathologique) n'existe pas chez un individu isolé mais ce n'est qu'une sorte d'interaction pathologique entre les individus. De ce fait, il est possible, en étudiant la communication d'identifier avec précision la présence des pathologies de la communication et, de démontrer que ce sont elles qui produisent des interactions pathologiques. Ainsi, l'origine de la maladie est pensée en deux directions. La première est la volonté mauvaise d'une puissance qui a la forme d'un homme (origine anthropomorphe). Dans cette direction se classe les sorciers, les génies, les esprits, le diable, Dieu quand il intervient sous forme de destin. En conséquence, les processus pathologiques et thérapeutiques sont pensés en termes de rapport humains ou suprahumains.

Cependant, la médecine est envisagée comme une socio médecine (Laplantine 1992 :77). La deuxième direction est le rapport de l'homme avec l'environnement physique, chimique et biologique. Elle exprime une compréhension biomédicale ou éco médicale de la maladie (Laplantine 1992 :77). La pathogénie microbienne ne peut être tenue pour cause unique de la maladie. L'étiologie doit considérer l'hôte non comme un milieu passif mais un agent qui réagit. Une

causalité totalement exogène se lie alors à une représentation totalement ontologique. Et cette liaison satisfait l'idée que je ne suis pas à l'origine de ma maladie, ce qui n'est pas véritablement moi qui suis malade, mais un organe en moi infecté par accident par de petits êtres minuscules venus d'ailleurs (Laplantine 1992 :80). Le troisième est le Modèle additif. Ce dernier est lié aux représentations religieuses (le christianisme) de la maladie, qui considère la maladie comme conséquence du péché. Il est encore lié aux modèles qui interprètent l'expérience pathologique en termes d'intrusion d'un objet dans le corps, d'infection microbienne, des possessions démoniaques ou de présence d'un excès de culture dans le champ de l'individu (Laplantine 1992 :108). La maladie égale à quelque chose de surplus dans le corps ou dans l'esprit humain. Le quatrième est le modèle soustractif. C'est une croyance dans la perte de l'âme ; la maladie comme un manque de quelque chose dans l'individu. Ainsi, l'action thérapeutique consiste dans une adjonction ou une restitution de ce qui est de trop dans le corps humain (Laplantine 1992 :112-14). Le cinquième est le modèle maléfique qui considère la maladie comme une déviance biologique et comme une conséquence d'une agression de l'organisme ou de la personnalité. La maladie est nuisible, nocive, indésirable car elle prive l'autoréalisation de la personne et de la société. Elle doit être combattue soit frontalement par une contre-agression (antibiothérapie) soit par une correction quantitative comme dans les thérapies d'inspiration physiologique (Laplantine 1992 :117). La maladie est aussi considérée comme une déviance sociale. Le malade est vécu par les autres et se vit lui-même comme un exclu de la société, un

dévalorisé par la société (Laplantine 1992 :118). La santé est comme une évaluation sociale totalement privative qui s'accompagne d'une négation au niveau du sens. Donc la santé doit à tout prix être. La santé est un bien précieux à ne pas perdre (Laplantine 1992 :119). La maladie est une horreur, une blessure de la guerre. Elle est une humiliation, une déscente dans les enfers, une déchéance et surtout les maladies qui frappent les enfants (Laplantine 1992 :130). Ce modèle est plus privilégié par les sociétés les plus traditionnelles d'une inspiration religieuse. Ainsi, la maladie est appréciée comme l'effet d'une vengeance gratuite. Elle est l'accident qui survient part hasard, le destin, la fatalité contre laquelle on ne peut rien. Le malade alors vit ce qui lui arrive comme un scandale et une injustice se considérant comme victime subissant ce qu'il n'a pas provoqué, il proclame son innocence et son indignation. Il s'interroge sur le pourquoi de sa maladie et s'écrit : « qu'est-ce que j'ai bien pu faire au bon Dieu ? » (Laplantine,1992 : 361-362).

Ce modèle se distingue en deux parties : une première partie où la maladie est attribuée à la toute puissante de la nature considérée comme mauvaise et une deuxième partie dans laquelle la maladie est une expression d'une relation distendue entre l'individu et la société appréhendée comme mauvaise. Cette fois, le malheur plus fondamental d'un malaise dans la civilisation s'exprime notamment dans la croyance en une divinité méchante comme dans la tragédie grecque (Laplantine, 1992 :362). La maladie est toujours considérée comme celui qui est totalement étranger à celui qui le subit : elle est l'autre par excellence. Ainsi la maladie est considérée comme une punition. Cette dernière est appréciée comme la conséquence nécessaire de ce que

l'individu ou les groupes sociaux ont eux-mêmes (Laplantine, 1992 :363) ; elle est comme une faute de l'ordre social. Cette vision est attribuée surtout à la culture chrétienne qui vit l'existence de la maladie à cause du péché qui est entré dans le monde (Laplantine, 1992 :364). La maladie est une conséquence d'une transgression collective des règles sociales (Caprara et Bibeau 2000 :51) ou religieuses (Cherif 2012 :21) exigeant une réparation, c'est-à-dire une action de socialisation, sans qu'il y ait l'intériorisation individuelle de la faute, et encore moins de notion de culpabilité ; la maladie est la conséquence du péché collectif et individuel (Ezembe 2009 :213). Le sujet est éprouvé de la culpabilité au regard de ce qui est considéré comme un châtiment mérité (Laplantine,1992 : 364). Ainsi, la pénitence et la purification des âmes peuvent constitués les meilleurs remèdes. (Adam, Herzlich, et Singly 2017 :13). Le sixième est le modèle de la maladie bénéfique. Dans ce modèle, la maladie est comme : une épreuve de la sainteté (Bulo 1866 :10-15 ; Racine-Braud 1872 :369 ; Larchet 2002), instrument de transfiguration artistique, grâce et terre promise ; ou encore comme une expérience de gratification sociale, c'est-à-dire l'opportunité d'être reconnu par l'autre (malade est reconnu par le médecin).

La maladie est perçue aussi comme condition d'un dépassement de soi-même (Laplantine 1992 :157-58). Ainsi, l'individu, à l'occasion d'un épisode pathologique va jusqu'au bout de ses propres possibilités ; accomplit ce qu'il n'avait pu réaliser sans cet événement qui agit comme un véritable révélateur de lui-même. La maladie, loin d'être une épreuve négative donne au contraire à l'individu l'occasion de faire la découverte d'une volonté qu'il ne soupçonnait pas

auparavant et qui souvent le surprend lui-même (Zinguer et Martin 2006 :165), (Laplantine 1992 :158-59). Donc la maladie est vue comme une chance par laquelle le corps souffrant guérit l'âme malade (Buschinger et Colloque 2004 :34). Les symptômes ne sont plus considérés comme une aberration à juguler, mais comme un message à écouter et à décrypter. La maladie est une réaction qui a, sinon une valeur, du moins un sens, puisqu'elle est tenue pour une tentative de restauration de l'équilibre perturbé, voire dans certains cas, pour un épisode qui exalte et enrichit (Laplantine 1992 :134). La conséquence, c'est que la maladie, loin d'être un non-sens, est pleinement signifiante à la fois pour le malade et pour le thérapeute qui, dès le diagnostic, doit inclure, au lieu d'exclure, la signification personnelle que le malade donne à sa maladie. Cette dernière a une fonction : celle de maintenir l'équilibre, même douloureux, que le sujet ne veut absolument pas voir remis en question (Laplantine 1992 :137). Ainsi, le problème est que dans ce cas le malade refuse toute sortes d'intervention thérapeutique car il veut endurer dans sa maladie qu'il considère comme occasion unique de s'associer à l'œuvre rédemptrice du Christ. C'est une vision mystique de la maladie. Ainsi la maladie considérée comme une épreuve spirituelle (Gabory 2020) devient comme l'unique moyen de salut (Laplantine 1992 :138). C'est une épreuve de la sainteté, un instrument de transformation voire même de transfiguration artistique. La maladie peut être considérée aussi comme une récupération du temps perdue en adoptant des comportements indécents. Elle peut être vue comme une condition de sortir dans son cachot d'esprit ou comme un instrument de connaissance de soi (Laplantine 1992 :152)

dans laquelle la souffrance est considérée comme une élévation de l'homme. La maladie est comme une initiation par laquelle l'être humain à un plaisir intense que ne connaitra jamais l'homme en bonne santé. Dans ce sens, la maladie est considérée comme une valeur de l'existence humaine (Laplantine 1992 :154).

Le modèle bénéfique fait que la maladie soit représentée comme une terre promise dans l'espoir de rejoindre le plus tôt possible la vraie vie. Ainsi selon cette perception, l'apparition d'une maladie ouvre le cœur et le corps de l'individu à un univers nouveau dont nul ne pourra connaître avant qu'il y accède. En plus, la maladie permet au patient de faire une expérience de gratification sociale ; le patient jouit la reconnaissance des autres qui viennent lui rendre visite sur son lit de malade. Ainsi, il découvre le plaisir d'être servie, soignée et bichonnée. Céans, la maladie permet donc d'accéder à une reconnaissance sociale (Schurmans 1990) qui faisait défaut auparavant à l'individu (Laplantine 1992:157).

Il nous semble que, avoir un modèle ontologique relationnel qui relie l'exogène et l'endogène dans l'interprétation de la maladie est importante. La maladie devrait être pensée dans les deux aspects (exogène et endogène) ; pour une meilleure riposte. Ces modèles sont des matrices qui consistent dans une certaine combinaison de rapports de sens et qui commandent, le plus souvent à l'insu des acteurs sociaux, des solutions originales, distinctes et irréductibles, pour répondre au problème de la maladie (Laplantine, 1992 :43-44). Ces modèles ne peuvent être étudiés séparément car ils sont en relation étroite les uns avec les autres et forment entre eux des

systèmes de transformation (Laplantine, 1992 :48). D'où la nécessité d'une méthode relationnelle qui consiste à prendre en considération chaque modèle et l'analyser en tenant compte de la société, de l'individu et de sa culture. Appliqué à notre réalité, nous pouvons trouver au Burundi une diversité des modèles confondus ; mais les plus remarquables sont deux : le modèle relationnel et le modèle exogène. Le modèle relationnel se révèle ; car, parmi les Burundais nous avons trouvé ceux qui voient la maladie comme une rupture d'équilibre entre l'homme et son milieu social. Il y en a aussi ceux qui ont une explication religieuse du paludisme par laquelle Dieu les interpelle à la conversion et à la reconnaissance de leur limite et de leur dépendance à Lui. Aussi, une interprétation magique du paludisme n'en manque pas car il y a ceux qui comprennent le paludisme comme des sorts jetés. Les habitants du Burundi, considèrent le paludisme comme étant à l'extérieur d'eux. C'est comme une maladie qui provient de la nature ou d'un mélange du naturel et du surnaturel. Par-là, la représentation du paludisme issu du modèle exogène. Ainsi, la nature et la culture sont accusées comme facteurs principaux du paludisme. L'origine des causes du paludisme est anthropomorphe (Sorciers, les esprits, Dieu). Ainsi, les approches ci-haut cités se complètent mutuellement. Elles nous ont conduit à faire une étude de ce que les patients adultes habitant au Burundi pensent à propos du paludisme afin de comprendre l'impact que chaque perception a sur le choix de recherche thérapeutique. Nous avons découvert le paradigme à travers lequel les patients adultes interprètent la réalité de la maladie.

2. Méthodologie

Notre propos vise à faire l'analyse sociologique de l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi. Nous avons utilisé une méthode mixte. Il s'agit de faire usage à la fois de la méthode qualitative et de la méthode quantitative. Notre analyse s'est voulue mixte convergente, i.e., nous avons procédé à l'interprétation simultanée des données quantitatives et qualitatives pour arriver à une confirmation des informations récoltées de part et d'autre.

2.1. Phase qualitative : échantillonnage et guide d'entretien

La première phase qualitative s'est servie de l'échantillonnage non probabiliste par convenance. Il implique de collecter des échantillons de la population qui est proche du chercheur. Ainsi, chaque burundais a la probabilité d'être atteint par le paludisme et, dans les différentes ménages du District sanitaire de Kibuye y avait pas mal de patients du paludisme. Nous avons opté de commencer à interviewer ceux qui étaient proches de nous. La recherche a été faite à base des entretiens semi-structurés à questions ouvertes. A la différence de l'entretien directif qui relève de l'investigation quantitative et de l'entretien directif qui se caractérise par le fait d'être une approche libre et large du sujet, l'entretien semi-directif mène les débats. Il sait d'où il part, il sait où il va et définit les grandes étapes du parcours. L'interviewé est libre de ses réponses et de l'ordre par lequel il aborde

les différents thèmes. L'intervieweur veuille que toutes les étapes du parcours prévues soient réalisées. Grace à l'entretien semi-directif, nous avons pu dialoguer avec nos interviewés tout en leur donnant la liberté de s'exprimer exhaustivement sur leurs perceptions du paludisme et leur itinéraire de recherche thérapeutique. Les données qualitatives ont été récoltées auprès des individus habitants l'un des 47 Districts sanitaires que compte le Burundi, le District sanitaire de Kibuye a été choisi d'une façon aléatoire. L'échantillon totale était de 30 individus ayant un âge compris entre 18 ans et plus, tous sexes inclus, parmi lesquels sont inclues aussi des représentants de l'élite tels que des infirmiers et des médecins. L'analyse des données dans cette première phase a été effectuée à l'aide du programme d'analyse des données qualitatives *Atlas Ti* dont les résultats nous ont permis d'entrer dans la deuxième phase de la recherche. Ainsi, les réponses que nous avons reçues sont regroupées selon la similarité des concepts sur l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi. Nous avons eu six catégories de réponses à savoir : (1) la perception personnelle de l'origine du paludisme, (2) les perceptions personnelles de la prévention, (3) la perception sur les mesures individuelles adoptées pour faire face au paludisme, (4) la perception sur le temps estimé dans la prise de décision pour la recherche de soins, (5) la connaissance des noms utilisés pour désigner le paludisme ainsi que (6) la connaissance d'un membre de famille ou des autres personnes emportés par le paludisme.

a) Perception personnelle de l'origine du paludisme

Sur la perception personnelle des origines du paludisme, les patients adultes du District sanitaire de Kibuye ont donné des réponses diversifiées. Ils manifestent une connaissance ambiguë de la maladie. Même ceux qui croient à l'origine naturelle du paludisme associent la cause à d'autres choses qu'ils supposent être à l'origine de la maladie. Les savoirs populaires s'articulent autour des formes naturelles (moustique), surnaturelles (Dieu, abarozi (sorciers), économiques (pauvreté, malnutrition, fatigue) et culturelles (négligence dans la mise en application des mesures de protection proposées par le Ministère de la santé et de lutte contre le Sida). Les causes du paludisme sont liées aussi aux nombreux facteurs tel que la résistance aux médicaments, la migration, la surpopulation, le climat, le disfonctionnement du corps, l'impropriété et l'ignorance.

b) Perceptions personnelles de la prévention/guérison du paludisme

Sur la perception de la prévention, 60% de nos interviewés pensent que le paludisme est une maladie guérissable et qui peut être évitée. Mais cela impliquerait une grande responsabilité de la part de ceux qui ont une autorité sur la prise de décision en matière de la santé publique ainsi qu'à toute la population burundaise. Ensuite, parmi nos interviewés, 13% disent que le paludisme ne peut ni n'être guéri ni n'être évité. Les raisons sont multiples : l'endémicité, la pauvreté, la négligence de la part des patients, le manque des médicaments efficaces, la

résistance aux médicaments et l'absence d'un vaccin contre le paludisme. Ainsi, le paludisme a la probabilité d'être guéri d'une façon temporelle. Il ne peut pas disparaitre complètement. Entre les répondants du District sanitaire de Kibuye, 26 % ne savent pas si le paludisme peut être guéri/être évité d'une façon complète.

c) Perception sur les mesures individuelles adoptées pour faire face au paludisme

Sur les mesures individuelles adoptées pour faire face au paludisme, la majorité de nos interviewés se rendent à l'hôpital, mais ils passent beaucoup de temps pour rencontrer un médecin ou ils manquent de moyens nécessaires pour se rendre à l'hôpital. Cela conduit les patients à trouver des solutions alternatives. Certains se procurent des médicaments antipaludiques sans l'avis du médecin, d'autres selon leurs moyens financiers, se rendent à la pharmacie et achète des médicaments pour soulager les maux de tête, espérant qu'un jour, elle pourra obtenir les moyens nécessaires pour aller se faire soigner à l'hôpital. Il arrive aussi que les membres d'une famille partagent les mêmes médicaments ou utilisent des médicaments traditionnels.

d) Perception personnelle sur le temps estimé dans la prise de décision pour la recherche de soins

La décision pour la recherche des soins se situe entre un (1) et trois (3) jours pour les patients qui trouvent facilement des moyens économiques ; ceux qui ont des moyens économiques très limités, se décident soit après une semaine de l'apparition des premiers signes du

paludisme ou carrément dès qu'ils trouvent l'opportunité financière.

e) Connaissance des noms utilisés pour désigner le paludisme

Le paludisme est très connu par la majorité des répondants sous le nom de *Malariya*. Il s'agit d'un nom adopté de la langue italienne « malaria ». Il indique quelque chose du mauvais air, c'est-à-dire d'un air nocif. Le paludisme est appelé aussi « inyonko », nom utilisé par les adultes de l'ancienne génération. Ce nom fait allusion à une maladie fébrile qui, dans les années antérieures a sévi la vie des Burundais. On parle de l'*inyonko* quand le paludisme s'accompagne par des ganglions sur les lèvres.

f) Connaissance des autres personnes emportées par le paludisme

2.2. Deuxième phase quantitative

Nous avons fait recours à un échantillon probabiliste par grappe. L'échantillonnage probabiliste consiste à sélectionner, de façon aléatoire, des participants au sein d'une portion de la population visée à laquelle le chercheur a l'accès à fin que chaque personne dans cette base d'échantillonnage ait la même probabilité d'être sélectionnée (Maher et Masri 2017). Dans ce travail, nous consentons à tout burundais/toute burundaise d'avoir les mêmes possibilités d'être sélectionné. Pour s'assurer que l'échantillon est bien représentatif (Corbetta 2015), nous avons opté pour une division de la population par district sanitaire. Ainsi, les grappes et toutes les unités incluses à

l'intérieure des grappes sélectionnées constituent l'échantillon du présent travail. Les grappes sont composées par les 47 Districts sanitaires que compte le Burundi. Ainsi dans chaque grappe un minimum de 88 individus a été sélectionné pour un échantillon total de 4248. Deux milles six cent cinquante-sept (2657) questionnaires ont été soumis manuellement et mille cinq cent quatre-vingt-onze (1591) questionnaires ont été envoyés en ligne moyennant le module de questionnaire d'enquête Google. La récolte des données a été fait à base d'un questionnaire à questions fermées. Les demandes étaient centrées sur la perception du paludisme chez un individu adulte : connaissance des causes du paludisme (1), l'estimation du temps de la durée du paludisme (2), les principaux symptômes liés au paludisme (3), la perception de l'étiologie du paludisme (4), la possibilité de contrôle de cette maladie (5) et l'itinéraire de recherche thérapeutique (6). Intervalle de confiance : Z_a= 1.96 = 95%; Marge d'erreur est donnée par la formule : $ME_p = \pm Z_a \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$; en faisant les calculs et les substitutions, nous arrivons à une marge d'erreur ME_p= ± 2

Résultats de l'Analyse des variables sur la perception du paludisme et l'itinéraire de recherche thérapeutique.

a) Perception de l'étiologie du paludisme

Du point de vue individuelle, la majorité des Burundais pensent que le paludisme est une maladie avec des causes naturelles, transmis par des moustiques (84,2%). Seulement un nombre réduit des Burundais (3,5%) disent

que le paludisme a des causes surnaturelles ; légèrement il y a des Burundais (11,6%) qui affirment que le paludisme a des causes naturelles que surnaturelles ; seulement un nombre très réduit des Burundais (0,6%) n'ont pas une idée claire sur l'origine de la malaria.

b) Itinéraire thérapeutique

1) Rapport entre la perception personnelle et la recherche de soins à l'hôpital

Ici, nous observons qu'au Burundi, ceux qui pensent que le paludisme a des origines naturelles (transmis par un vecteur par le biais des moustiques) vont à l'hôpital à 97,4% pour la recherche des soins. Ceux qui pensent que le paludisme a des causes surnaturelles (invisible : les sorciers, esprits mauvais, Dieu ou les voisins), 89,9% seulement se rendent à l'hôpital. Ceux qui pensent que le paludisme est causé par les deux, vont à l'hôpital à 91,3% seulement. Ceux qui n'ont pas d'idée sur l'origine du paludisme, 100% se rendent à l'hôpital ou dans un Centre de santé. En bref, la majorité de ceux qui pensent que le paludisme a des causes naturelles se rendent à l'hôpital (97,4%). Au Burundi, la perception du paludisme comme une maladie à causes naturelles conduit les patients adultes à la recherche des soins vers l'hôpital/centre de santé.

Lien entre de la perception personnelle du paludisme et le recours à l'automédication

L'analyse des données sur la relation entre la perception complexe de l'origine du paludisme et le recourt à l'automédication indique qu'au Burundi, la pratique de

l'automédication est complexe, car, la moitié (50,8%) des personnes qui pensent que le paludisme a des causes naturelles font l'automédication, la moitié (51,4%) de ceux qui croient que le paludisme a des origines surnaturelles pratiquent l'automédication et ceux qui perçoivent que le paludisme est causé par les deux (naturelles et surnaturelles) 56,7% ont un itinéraire thérapeutique vers l'automédication, tout comme pour ceux qui n'ont pas d'idée sur l'origine de la malaria (14,8%).

2) Rapport entre la perception personnelle du paludisme et le recours à l'utilisation des médicaments traditionnelles

L'analyse des données sur la relation entre la perception du paludisme et le recourt à l'utilisation des médicaments traditionnelles indique qu'au Burundi la pratique de l'utilisation des médicaments traditionnels est complexe. En effet, 15,1%) des personnes qui pensent que le paludisme a des causes naturelles utilisent des médicaments traditionnels, 30,4% de ceux qui croient que le paludisme a des origines invisibles recourent à l'utilisation des médicaments traditionnels et ceux qui perçoivent que le paludisme est causé par les deux - naturelles et surnaturelles - 26,7% ont un itinéraire thérapeutique vers les médicaments traditionnels, tout comme pour ceux qui n'ont pas d'idée sur l'origine de la malaria (14,8%). Céans, au Burundi, les personnes qui ont une étiologie de la malaria comme une maladie qui a des origines surnaturelles, quand elles tombent malade, elles font plus recours aux médicaments traditionnels par

rapport aux autres. L'utilisation des médicaments traditionnels, selon ces résultats, dépend de la perception personnelle que les individus ont du paludisme.

3) Relation entre la perception personnelle et le recours aux sorciers

L'analyse des données de ces deux variables nous montrent qu'au Burundi, le recours aux sorciers en cas de maladie/paludisme est complexe car, ceux qui ont une perception du paludisme comme une maladie à causes naturelles vont voir un sorcier (4,7%). Ceux qui croient que le paludisme est une maladie surnaturelle font également recours au sorcier (13,5%), ceux qui estiment que le paludisme est causé par les deux se dirigent vers le sorcier à 10,1% ; de même ceux qui n'ont pas une idée sur l'origine de la malaria 3,7%. Ainsi, nous remarquons que les individus qui croient que le paludisme a des origines surnaturelles consultent le sorcier de plus que les autres. Ainsi, la relation entre la perception individuelle du paludisme et le recours aux sorciers est statistiquement significative car le résultat du test Khi-deux est égal à 41.181, valeur supérieure à 7.815 ; le degré de liberté est égal à 3 et la signification asymptotique bilatérale est inférieure à 0.05. Nous pouvons conclure donc que la perception personnelle a un impact sur la recherche de soins vers les sorciers.

4)Relation entre la perception personnelle et le recours aux Prêtres/Pasteurs

Nous constatons que ceux qui croient que le paludisme est

transmis par un vecteur par le biais des moustiques vont chez le prêtre/pasteur pour demander une prière de guérison (26%), tout comme ceux qui pensent que le paludisme a des origines surnaturelles (32,4%) ; le même fait est constaté auprès des individus qui perçoivent que le paludisme a des causes aussi bien naturelles que surnaturelles (30.8%) ainsi qu'à ceux qui n'ont pas d'idée sur l'origine de la malaria (11.1%). Le pourcentage de ceux qui se dirigent vers un prêtre/pasteur est élevé chez les individus qui croient aux causes naturelles que surnaturelles. Ici, la recherche de soins reste complexe. En clair, les habitants du Burundi ont une perception complexe du paludisme par ce qu'ils ont une étiologie diversifiée du paludisme, ce qui justifie la complexité de leur itinéraire de recherche de soins.

Conclusion

L'observation faite sur la perception du paludisme et l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi, nous a permise de constater que dans ce pays, la perception du paludisme et la recherche de soins sont complexes. Ainsi, pour les habitants du Burundi, les causes de cette maladie sont attribuées à la nature, au surnaturel et à l'amphibologie. Ce qui conduit à la complexité de recherche thérapeutique. Nous avons constaté que, quand les burundais attrapent le paludisme, ils orientent la recherche de soins en cinq directions : hôpital/Centre de santé (1), automédication (2), consultation d'un Prêtre/Pasteur pour une prière de guérison (3), utilisation des médicaments traditionnels (4) et recours au sorciers (5). Ces itinéraires

de recherche thérapeutique dépendent fortement de la perception complexe que les individus burundais ont du paludisme. La religion et surtout le christianisme se révèle l'un des facteurs culturels qui influence cette complexité de recherche de soin car, parmi les personnes qui croient que le paludisme a des causes naturelles, ceux qui perçoivent que le paludisme a des causes surnaturelles ou qu'il soit causé par les deux, ainsi que ceux qui n'ont pas d'idée claire sur l'origine de cette pathologie, se rendent au prêtre ou au pasteur pour demander une prière de guérison. L'histoire et la culture burundaise liées au recours au sorcier devin « Umupfumu » dans les cas difficiles pour avoir certains remèdes, influencent le comportement des burundais dans la recherche de soins. Ainsi, dans toutes les catégories de perception du paludisme que nous avons rencontrées au Burundi, se trouvent des personnes qui consultent les sorciers. Céans, nous avons constaté que la théorie sur les représentations sociales dans tous ses aspects est mobilisée par les habitants du Burundi. Ainsi, les représentations que les patients adultes du Burundi ont du paludisme est le résultat du noyau central (Abric 2016) composé par la culture, la religion et la science médicale, mais elles sont aussi à leur tour des causes surtout dans la prise de décision pour la recherche thérapeutique. Ainsi, la vie mentale de l'individu/collectivité burundaise est faite de représentations (Durkheim, 1898 :3) diversifiées sur le paludisme. Celles-ci sont des constructions partagées entre les habitants Burundais (Palmonari et Emiliani 2009:38). Elles donnent un sens à leurs comportements par rapport au paludisme (Moscovici, 1976a : 47). Aussi, la perception du paludisme et la recherche de soins au Burundi reflètent les

modèles ontologique, relationnel exogène et maléfique, proposés par Laplantine (1992). La recherche est guidée par la théorie sur les représentations sociales. En Sciences sociales, ces représentations sont liées à la connaissance des phénomènes sociaux et aux comportements qui en sont ancrés par les groupes sociaux et leurs membres. Ces connaissances ont une emprise sur la genèse des cultures, des pratiques et des choix les plus divers (Seca 2001). En ce sens, la théorie est proposée comme un macro paradigme capable de contenir et d'orienter les résultats et les explications obtenus par des micro paradigmes spécialisés, ce qui revêt une importance particulière par rapport à l'archipel des macro paradigmes au sein desquels sont fragmentés les thèmes de la connaissance et de la pensée sociale. Etant une théorie de la connaissance, elle est capable d'expliquer à la fois les processus et les mécanismes qui sous-tendent sa production dans les contextes et les situations de la vie quotidienne, ainsi que les types de pensées et les caractéristiques de la cognition qui sont pertinents. Ainsi, la pensée sociale tire donc ses règles de fonctionnement du fait qu'elle est produite et emmêlée dans une réalité sociale qui a la particularité d'être partagée dans la mesure où nous participons tous à un niveau de connaissance qui la concerne. Elle se présente comme une connaissance du bon sens (Palmonari et Emiliani 2009 :13). Cette théorie nous a servi à ouvrir les regards sur la réalité de la perception du paludisme et son impact sur la recherche thérapeutique. Nous l'avons abordé en trois phases qui correspondent en trois aspects de ses approches. Il s'agit des approches Psychanalystes ou sociogénétiques, structurelles et socio anthropologiques.

Dans l'approche sociogénétique, nous avons considéré les œuvres de Moscovici et de Durkheim. L'approche structurelle nous a conduit aux travaux de Bourdieu, Bonardi et Abric. Quant à l'approche socio anthropologique, nous nous sommes intéressée aux travaux sur les représentations sociales de la santé et de la maladie de Jodelet, Flick et Laplantine. En général, la théorie des représentations sociales a été très importante dans ce travail car elle nous a permise de conceptualiser et d'expliquer l'ensemble des données empiriques récoltées. Elle nous permet aussi de découvrir et d'analyser l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire thérapeutique des patients adultes au Burundi. Cette théorie est pluraliste : elle est constituée par des approches différentes mais qui ne s'excluent pas entre elles. Ces approches se complètent mutuellement. Elles amplifient les différentes faces du concept de représentations sociales forgé par Moscovici et Durkheim. L'approche psychanalytique ou sociogénétique de cette théorie nous a aidé à comprendre les conditions et les processus impliqués dans l'émergence des représentations ; il s'agit des concepts-bases de cette théorie telles que les représentations collectives et individuelles présentés par Emile Durkheim et leur dimension sociale soulignée par Moscovici. L'approche structurale nous a aidé à avoir un aperçu sur le contenu des représentations, leur organisation et leur dynamiique telle qu'affrontée par Jean Claude Abric et Pierre Bourdieu. L'approche socio-anthropologique a émergé non seulement l'aspect théorique, mais elle a montré l'aspect pratique de cette théorie. Il s'agit d'une théorie sur les représentations sociales,

appliquée sur une réalité concrète : la santé. Cela nous a conduit à faire une étude de ce que les patients adultes habitant au Burundi pensent à propos du paludisme afin de comprendre l'impact que chaque perception a sur le choix de recherche thérapeutique. Nous avons découvert le paradigme à travers lequel les patients adultes interprètent la réalité de la maladie. Ainsi, l'objectif primordial de cette étude était de découvrir et analyser la manière dont les individus habitant au Burundi perçoivent le paludisme afin de pouvoir analyser leurs comportements dans la démarche de recherche de soins de santé. A cet objectif découlait trois objectifs secondaires : (1) Découvrir les déterminants du comportement du patient adulte au Burundi (2) Explorer les perceptions de la malaria au sein de la population adulte (3) Analyser l'impact de ces perceptions sur l'itinéraire de recherche thérapeutique des adultes. Les finalités ont été fixées sur : (a) L'usage de cette recherche permettra d'aider les décideurs et les acteurs sociopolitiques en matière de la santé à mieux comprendre les structures cognitives et sociales des populations au sein desquelles ils cherchent à intégrer de nouveaux modèles de pensée et de savoir-faire (Bonnet 1990 :256), (b)Améliorer la prévention et la prise en charge efficace du paludisme. Les résultats de ce travail sont le fruit des différentes démarches utilisées au cours de la recherche. Après avoir abordé les questions épistémologiques de notre étude, nous avons fait une déscente sur le terrain qui a duré sept mois (7). Celle-ci nous a permis de confronter notre théorie à la réalité. Nous avons pu vérifier et confirmer que la perception du paludisme a un impact sur la recherche thérapeutique au

Burundi. Ainsi, ayant comme hypothèse : les habitants du Burundi ont une perception complexe du paludisme par ce qu'ils ont une étiologie diversifiée du paludisme, ce qui justifie la complexité de leur itinéraire de recherche de soins, nous avons utilisé une analyse bi-variée et le test de Khi-deux, pour étudier les comportements de la variable « perception personnelle du paludisme » par rapport à cinq variables sur l'itinéraire thérapeutique. Il s'agit de la variable (1) recherche de soins à l'hôpital/centre de santé, (2) recours à l'automédication, (3) utilisation des médicaments traditionnels, (4) consultation d'un sorcier et (5) recours aux Prêtres/Pasteurs pour demander une prière de guérison. Ainsi, nous avons mené une première phase de recherche qualitative dans le District sanitaire de Kibuye qui a été suivie d'une deuxième phase de recherche quantitative. La recherche exploratoire nous a permise de faire un contact empirique préliminaire avec la réalité qui a été étudiée d'une manière systématique dans les autres étapes de la démarche scientifique. La deuxième phase de recherche quantitative a été faite sur les habitants des 47 districts sanitaires du Burundi afin de découvrir et analyser la manière dont les individus habitants au Burundi perçoivent le paludisme ; pour pouvoir analyser leurs comportements dans la démarche de recherche de soins de santé et les caractéristiques de l'échantillons reflétaient celles de la population burundaise. L'hypothèse qui nous a porté au terrain de recherche a été confirmée. Les habitants du Burundi ont une perception complexe du paludisme par ce qu'ils ont une étiologie diversifiée du paludisme, ce qui justifie la complexité de leur itinéraire de recherche de soins. Nous pouvons donc, constater et

affirmer qu'au Burundi : - Ceux qui pensent que le paludisme a des causes naturelles se dirigent en grande partie vers la recherche de soins dans un hôpital/centre de santé. - On trouve un nombre significatif des individus qui pratique l'automédication - Il y en a encore ceux qui n'ont pas une connaissance éclairée sur les causes du paludisme. - Malgré la complexité de la perception du Paludisme et de l'itinéraire thérapeutique, les burundais sont conscients que cette maladie pourrait être évitée. En conséquence, les burundais pourraient être perméables et adhérer aux mesures de prévention du paludisme.

Propositions pour le Gouvernement

La problématique de l'impact de la perception du paludisme sur l'itinéraire de recherche thérapeutique des populations suscite beaucoup d'intérêts pour des études sociologiques, anthropologiques et psycho-sociales dans le monde. Mais, en Afrique en général et au Burundi en particulier, la littérature sur ce sujet, n'est pas édifiante. Même si les chercheurs (Bonnet 1990) au Burkina Faso, (Bah 2013), (HouŽto et Laverack 2014), (Ndoye 2009) au Cameroun, ont évoqué la perception de la maladie / paludisme, ils n'ont pas pris en compte son impact sur l'itinéraire thérapeutique. Ainsi, l'aspect pratique n'a pas été considérée. Généralement, un problème de santé devrait être cerné sous toutes ses dimensions. De même, (Pourchez 2011:65) s'est occupé exclusivement du côté pratique d'intervention thérapeutique et n'a pas pris en compte la perception de la maladie. Par ailleurs, les études de (Laplantine 1992), (Mannoni 2016), (Bah 2013),

(Beiersmann et al. 2007), (Flick et Harmathèque 2000) pour ne citer que celles-là, avaient pris en compte les deux volets, mais les contextes, les époques et les localités étaient différentes de la nôtre.

La présente recherche veut dégager l'impact de la perception du paludisme sur les comportements des individus résidants au Burundi. Elle veut donner une contribution pour faire croitre le succès des programmes médicaux modernes auprès des populations concernées (Galand et Salès-Wuillemin 2009). Les résultats seront valorisés afin d'aider les décideurs et les acteurs sociopolitiques en matière de la santé à mieux comprendre le dynamisme de compréhension du paludisme de la part des individus et leur parcours de recherche thérapeutique. Jusqu'à présent, les études qui ont été faites au Burundi n'ont pas approfondi l'aspect étiologique du paludisme et l'itinéraire thérapeutique des patients. D'une part, ils ont porté leur intérêt surtout sur les facteurs sociaux, comme les conditions de logement, le travail ou les revenus (ISTEEBU 2017),(Vassy et Derbez 2019:11). De l'autre côté, ils ont limité leurs échantillons sur certaines catégories sociales et surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. En revanche, pour le cas qui nous concerne, nous avons essayé de prendre un échantillon plus inclusif. Alors, nous avons eu la volonté de nous intéresser de manière très large à la santé de toute la population burundaise. En plus de cela, ce thème est extrêmement riche car il suscite plusieurs intérêts. D'une part, il s'agit d'un problème social important qui fait que celui qui s'intéresse aux sciences sociales pourrait, à travers cette recherche, aborder certainement la plupart des grands

problèmes sociaux. Céans, le problème de la perception de la santé et de la maladie/paludisme est une espèce de clé d'ouverture pour étudier, de façon générale, les problèmes de la société burundaise. Il revient alors au Gouvernement burundais et surtout au Ministère de la Santé publique et de lutte contre le Sida de compter sur les habitants du Burundi dans l'application des mesures d'éradication du paludisme. Les districts sanitaires pourraient alimenter les stocks des médicaments paludéens de chaque hôpital/centre de santé de façon que ces médicaments soient à la disposition des patients. Le Gouvernement à travers le Ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida, veillerait à ce que les médicaments contre le paludisme ne soient pas vendus dans des pharmacies hors de l'hôpital/centre de santé. Il lui serait aussi nécessaire d'assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments antipaludiques à tous les niveaux des structures sanitaires. Il serait considérable que le Gouvernement à travers le Ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida crée une commission permanente des spécialistes chargée de l'éducation sanitaire et socio-anthropologique de la population par rapport aux maladies endémiques en général et au paludisme en particulier, accompagnée par une commission de suivi-évaluation. Cela, à tous les niveaux des structures sanitaires.

Propositions à la population burundaise

Les individus burundais veilleraient à (1) Abandonner la pratique de l'automédication. Dans le cas du paludisme tout comme pour tout autre maladie, les patients devraient

éviter l'achat/prise des médicaments en pharmacie sans ordonnance médicale et la consommation des « anciens médicaments » présents dans la pharmacie domestique. Les burundais sont invités aussi à (2) collaborer avec les autorités compétentes dans la lutte antivectorielle contre le paludisme ; ils doivent utiliser de moustiquaires imprégnées d'insecticide, ce qui permettrait de les protéger contre les piqûres de moustiques pendant leur sommeil ; ils devraient faire la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur de leurs habitations et autres structures domestiques sans oublier de faire la propreté.

Bibliographie

Abric, Jean-Claude, 2016. *Pratiques sociales et représentations,* Paris, PUF

Adam, Philippe, Claudine Herzlich, et François de Singly, 2017. *Sociologie de la maladie et de la médecine*

Bah, Jean-Pierre Kouakou, 2013. *Perception et prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire,* Editions L'Harmattan

Beiersmann, Claudia, Aboubakary Sanou, Evelyn Wladarsch, Manuela De Allegri, Bocar Kouyaté, et Olaf Müller, 2007. « Malaria in rural Burkina Faso: Local illness concepts, patterns of traditional treatment and influence on health-seeking behaviour ». *Malaria journal number* 6, p 106

Berger, Peter Ludwig, et Thomas Luckmann, 2018. *La construction sociale de la réalité*

Bonnet, Doris, 1990. « Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso »

Bourdieu Pierre, Jean-Claude Chamboredon, et Jean-Claude Passeron, 1968. *Le métier de sociologue ; préalables épistémologiques* 5e édition, Nancy, Ecole Hautes Etudes En Sciences Sociales

Bulo, 1866. *Le chrétien souffrant, dirigé et sanctifié dans la maladie et les infirmités : manuel d'instructions, de prières et de lectures pieuses dans ces heures d'épreuves*. H. Dessain.

Buschinger Danielle, et Université de Picardie Centre d'études médiévales Colloque, 2004. *La maladie et la mort au Moyen Age, actes du Colloque d'Amiens (Janvier 2004),* Presses du Centre d'études médiévales, Université de Picardie Jules Verne

Caprara Andréa, et Gilles Bibeau, 2000. *Transmettre la maladie, représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte-d'Ivoire*. KARTHALA Editions.

Cherif Alhassane, 2012. *Le Sens de La Maladie En Afrique et Dans La Migration : Diagnostic, Pronostic, Prise En Charge,* Editions Le Harmattan

Corbetta, Piergiorgio, 2014. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale,* Il Mulino, Bologna

Durkheim Émile, 1922. *De la division du travail social,* F. Alcan

Durkheim Émile, 1925. *Les formes élémentaires de la vie religieuse : le système totémique en Australie,* 2e édition revue, Paris, Alcan

Elias Norbert, 1991. *La société des individus,* Fayard

Ezembe EZEMBE, 2009. *L'enfant africain et ses univers,* KARTHALA Editions

Fiske Susan et Shelley Emile Taylor, 2010. *Social Cognition : From Brains to Culture,* Boston, McGraw-Hill

Higher Education

Flick Uwe, 2000. *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales*. Paris. Le Harmattan.

Flick Uwe, 2004. *La perception quotidienne de la santé et de la maladie : Théories subjectives et représentations sociales,* Paris, Editions Le Harmattan

Flick Uwe et Harmathèque, 2000. *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie théories subjectives et représentations sociales,* Paris, L'Harmattan

Gabory Thomas, 2020. *Tu étais malade et je t'ai visité, Médecine, guérison et salut,* Editions du Cerf.

Galand Charles et Édith Salès-Wuillemin, 2009. « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Societes* numéro 105(3), Pp 35-44

HouŽto David et Glenn Laverack, 2014. *Promotion de la santé et autonomisation dans le contexte africain,* Lulu.com

Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi et Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida, 2017. « Burundi, Enquête Démographique et de la Santé 2016-2017, Rapport de synthèse »

Jodelet Denise, 2003. *Les représentations sociales,* Paris, Presses Universitaire de France

Laplantine, François, 1992. *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris, Payot

Larchet, Jean-Claude. 2002. *Le Chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort*. Paris : Éd. du Cerf.

Maher et Masri, 2017. « Terminologie 101 : Échantillonnage probabiliste ». Consulté 9 avril 2020

(https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2017/mars-avril-2017/terminologie-101-echantillonnage-probabiliste)

Marx, Engels, Denis Huisman, Jean-Jacques Barrere, et Christian Roche 2014. *Intégrales de Philo MARX ENGELS, L'idéologie allemande,* Nathan.

Moscovici Serge, 1990. « The origin of social representations: A response to Michael ». *New Ideas in Psychology* 8, Pp 383–388, doi, 10.1016/0732-118X(94)90025-6.

Moscovici Serge, 2001. *Social representations: explorations in social psychology,* New York University Press

.Ndoye Tidiane, 2009. *La société sénégalaise face au paludisme, Politiques, savoirs et acteurs,* KARTHALA Editions

Oliveira Maria, 1987. « Santé et maladie : le point de vue sociologique », *Cadernos De Saude Publica, CAD SAUDE PUBLICA* 3, doit, 10.1590/S0102-311X1987000300009

Organisation Mondiale de la Santé, 2013. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023,* Genève

Organisation Mondiale de la Santé Burundi, 2018. « Rapport annuel 2018 ».

Palmonari Augusto et Francesca Emiliani, édition 2009. *Paradigmi delle rappresentazioni sociali : sviluppi e prospettive teoriche,* Bologna: Il mulino

Pickering, W. S. F. 2002. *Durkheim and Representations.* Routledge.

Pourchez Laurence, 2011. *Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature, Maurice, Réunion, Rodrigues,*

UNESCO

Racine Brand, 1872. *Tablettes historiques du protestantisme français contenant une statistique générale*. Grassart.

Reliefweb, 2007. « La Lutte Contre Le Paludisme Au Burundi - Burundi », *ReliefWeb*. Consulté 5 février 2020, https://reliefweb.int/report/burundi/la-lutte-contre-le-paludisme-au-burundi

Reliefweb, 2017. « Burundi: Malaria Outbreak - Mar 2017 », *ReliefWeb,* Consulté 7 janvier 2020 , https://reliefweb.int/disaster/ep-2017-000034-bdi

République du Burundi, 2016. « Politique nationale de santé 2016-2025 »

Roussiau Nicolas, et Christine Bonardi, 2001. *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*. Editions Mardaga

Schurmans, Marie-Noëlle, 2001. *La construction sociale de la connaissance comme action,* De Boeck Supérieur

Schurmans Marie-Noëlle,1990. *Maladie mentale et sens commun : Une étude de sociologie de la connaissance*. FeniXX.

Seca Jean-Marie, 2001. *Les représentations sociales,* Paris, Armand Colin.

Vassy Carine et Benjamin Derbez, 2019. *Introduction à la sociologie de la santé*.

Zinguer Ilana et Isabelle Martin, 2006. *Théâtre de l'anatomie et corps en spectacle : fondements d'une science de la Renaissance*. Peter Lang