

LA COVID-19 AU BURUNDI : DISCOURS POLITIQUE ET REPRESENTATIONS SOCIALES A TRAVERS L'OBSERVANCE DES MESURES BARRIERES.**Par Jean-Marie NDUWAYO et Abel NSHIMIRIMANA****Résumé**

La prévention des maladies contagieuses doit s'inscrire dans les structures sociales, culturelles et politiques de l'espace social dans lequel elle s'effectue. Grâce à l'observation directe et à des entretiens semi-directifs réalisés en Mairie de Bujumbura et dans certains lieux de l'intérieur du pays, cet article contribue à la réflexion scientifique sur le rôle des sciences sociales dans le domaine de la santé.

L'article montre comment, au Burundi, le discours politique et médical a eu 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. En outre, il met en évidence comment les croyances religieuses donnent lieu à une sorte de déresponsabilisation et de déni de la maladie, ce qui limite l'observance. 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 et, enfin, le quotidien des Burundais à travers les événements collectifs constitue une force sociale contraignante qui se dresse en handicap à l'observance.

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

Abstract

The prevention of contagious diseases must be part of social, cultural and political structures of the social space in which it takes place. By direct observation and semi-directive interviews conducted in Bujumbura City, this article contributes to scientific reflection on the role of the social sciences in the field of health.

The article shows how, in Burundi, political and medical discourse has had a huge impact on collective protective behaviours, which fluctuate according to the extent of mobilization and awareness by the authority, to compliance with the barriers measures announced. It also highlights how religious beliefs lead to a disempowerment and a denial of illness, which limits compliance. Also, the minimization of the pandemics and its assimilation to other infections leads to self-medication and use of alternative practices. Finally, the daily life of Burundians through collective events constitutes a binding social force that stands in handicap to compliance.

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

Introduction

Vers la fin de l'année 2019, apparaissait, pour la première fois à Wuhan, dans la province de Hubei dans le centre de la Chine, une terrible pandémie appelée maladie à coronavirus 2019, covid-19 en abrégé. Mortelle et contagieuse, elle se répand, très rapidement, comme une trainée de poudre, et affecte tous les continents. Aucun pays ne fut épargné. Ses symptômes, étant proches de celles de la grippe, compliquaient le diagnostic. Il s'agit notamment et selon la capacité immunitaire de l'individu : de la fièvre, de la toux, de la fatigue, des douleurs musculaires et articulaires, des maux de la gorge, des céphalées, de la diminution du goût et de l'odorat, de la congestion nasale, de la dyspnée, des frissons... En mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (l'O.M.S) déclarait que la maladie est une pandémie mondiale à laquelle l'humanité entière doit répondre par des mesures de prévention et de protection des populations par l'adoption des règles d'hygiène essentielles : la distanciation physique, port d'un masque, se laver régulièrement les mains avec un produit nettoyant à base d'alcool ou se laver à l'eau et au savon, 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 du coude ou utiliser un mouchoir en papier à usage unique, éviter les zones encombrées ou les endroits où il y a 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. L'objectif était double : maîtriser la pandémie et en limiter dégâts.

Dans la foulée, des pays ont pris des mesures de prévention pour protéger leurs populations. L'on peut citer le confinement, la fermeture des frontières tant terrestres qu'aériennes, l'interdiction et l'annulation des manifestations sportives et culturelles, la fermeture des écoles, le port obligation des masques, l'installation de plusieurs points de lavage des mains,... A la date du 21 avril 2020, plus de deux millions et demie de personnes étaient déjà atteintes par la covid-19 dont près de 680.000 personnes guéries et près de 180.000 morts. A la fin janvier 2021, le monde franchissait 100.000.000 de cas de malades cumulés avec 2.000.000 de morts. Un peu plus de trois mois plus tard, soit à la mi-avril 2021, la barre des 3.000.000 de morts au niveau planétaire fut atteinte.¹ C'est dans la catégorie des personnes âgées et celle porteuse de maladies chroniques tel le diabète ou l'hypertension artérielle que l'on a enregistré le plus de victimes. Selon des informations données par RFI, le 28 août 2021 au matin, l'Afrique comptait 217.000 morts.

La pandémie n'a pas épargné le Burundi. C'est dans cette optique que nous portons l'intérêt, dans cet article, sur la prévention contre la pandémie de la covid-19 dans ses rapports avec le quotidien des Burundais, en mettant un bémol sur les effets du discours des autorités politique et médical par rapport à l'adoption des règles d'hygiène essentielles, notamment l'observance des mesures barrières. En effet, depuis que la pandémie s'est manifestée au Burundi, différentes autorités politiques et celles 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 diffusés par les media et des sensibilisations

¹https://fr.wikipedia.org/wiki/pandémie_de_covid-19, consulté le 3 novembre 2021.

à différents niveaux de responsabilité. Cependant, les observations de terrain ont toujours fait état d'une inobservance généralisée, avec des épisodes d'observance mais qui sont tout de suite suivis parfois d'un relâchement.

Il s'impose alors de porter un regard analytique sur les aspects socioculturels et organisationnels préjudiciables à l'observance de ces mesures, en nous basant sur le postulat avancé par Massé (1995) selon lequel l'observance ne dépend pas de la seule compréhension des pathogénies infectieuses à la base des protocoles d'hygiène, mais également des facteurs anthropologiques et sociologiques.

Cet article revêt un intérêt double : scientifique et social. D'une part, il contribue à la réflexion sur la nécessité d'une collaboration entre les sciences sociales et les sciences de la santé et, d'autre part, 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.

Le travail met en évidence les effets du discours politique et médical, le poids des croyances religieuses, la perception du lien entre la covid-19 et d'autres maladies, ainsi que les retombées du quotidien des populations sur l'observance.

0. Approche méthodologique

Ce travail s'appuie sur une enquête qualitative à travers les entretiens semi-directifs ou compréhensifs (Kaufmann, 2004) qui favorisent la production d'un discours de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche (Blanchet et al., 1993), et sur une observation participante caractérisée par une période d'interactions sociales entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers (Peretz : 2004). Dans nos observations, nous nous sommes intéressés aux espaces d'interactions sociales intenses, à savoir des lieux de rassemblement, des services et des espaces publics, principalement mais pas exclusivement, en Mairie de Bujumbura. Ce choix a été guidé par le fait que les mesures-barrières de la covid-19 exigent la limitation des contacts physiques, le port du masque, le lavage des mains, ... d'où l'importance de porter un regard sur leur observance dans des lieux susceptibles effectivement de répondre à ce contexte. Deux grands moments ont marqué le travail de terrain, en rapport avec les deux vagues de la covid-19, c'est-à-dire d'abord de juillet à septembre de l'an 2020 et ensuite à partir de janvier 2021. Pour ce qui est de l'analyse, nous procédons par l'analyse thématique (Quivy et Campenhoudt, 1995) qui est une des stratégies de la méthode qualitative consistant à regrouper les propos des acteurs en des thèmes et sous-thèmes desquels on part pour répondre à la question de départ. Lors de l'analyse, nous ne reproduisons pas les propos tels que donnés par nos acteurs, nous procédons plutôt à un travail systématique de synthèses des propos, ce qui nous permet de formuler ainsi les thèmes autour desquels s'articule la réflexion.

1. Le discours politique et médical et ses effets

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 socioculturelle, 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. Ainsi, dans un secteur aussi précis que celui de la santé, tout discours, selon sa nature (engagé, indécis ou hésitant) influe indubitablement sur le comportement des populations face à une situation de crise sanitaire.

Dans cette perspective, les décisions prises se transmettant par des 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 vague, les pouvoirs publics, à travers les discours politique et médical, ont été marqués par des décisions ambivalentes et contradictoires des fois. Ainsi, par exemple, le port du masque n'a pas été recommandé de manière généralisée par l'autorité publique dans un premier temps, suite à la liberté donnée par l'OMS à chaque pays de prendre les décisions en considérant les réalités locales. En effet, 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 toussiez ou éternuez »². C'est dire donc que, en fait, l'OMS n'exigeait pas le port du masque à grande échelle, mais laissait le choix aux autorités nationales de décider 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 de Jean Bosco Girukwishaka, porte-parole du Ministère de la santé et de lutte contre le Sida (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 les personnes contaminées en quarantaine. »³ Pour les autres catégories de personnes, le choix était donc volontaire. En conséquence à ce discours de l'autorité médicale, il s'est observé une attitude défavorable vis-à-vis du port du masque, puisque cela n'était pas recommandé de façon généralisée.

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. Déjà, feu président de la république, Pierre Nkurunziza parlait d'« agahomerabunwa » au lieu de « agapfukamunwa », pour parler du masque et se moquer de son usage. « 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 hermétiquement la bouche ». *Agahomerabunwa* renvoie aussi à quelque chose d'étrange, bizarre, honteux et décevant même. En l'appelant *agahomerabunwa*, son intention

² www.who.int/, Conseils au grand public, quand et comment utiliser un masque ?, consulté en date du 24 août 2020.

³ Propos tenus en date du 11 juillet 2020, lors d'une conférence de presse.

était de se moquer du masque et, partant, dissuader ceux qui voudraient en porter. C. Nitonde témoigne : « *Qui pouvait porter un masque dans les croisades de prière ou les séances de moralisation organisées par le chef de l'Etat ou par sa famille alors que lui-même n'y croyait pas ? Je ne l'ai jamais vu porter, ne fut-ce qu'une seule fois, un masque. Oser porter un masque dans ces circonstances aurait été un acte de téméraire* ». Cependant, la maladie ne cessait de se répandre et chaque semaine apportait son cortège de victimes : ce qui a amené l'homme politique à prendre conscience du danger. En mars 2020, le porte-parole du gouvernement cherche à tranquilliser, en rappelant, pour la nième fois, que la population ne doit pas céder à la panique « tant la main du Très Haut reste de notre côté » (Journal Iwacu n°576 : 3). Il précise en outre que l'on ne doit pas baisser la garde pour autant. Dans cette même logique, lors des cérémonies d'ouverture de la propagande électorale du 8 mai 2020, le candidat à la présidence du parti au pouvoir, devenu par la suite président de la république, avait dit dans un de ses discours : « *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. S'exprimant au sujet du port systématique du masque, le président de l'Assemblée nationale burundaise d'alors disait que ça ferait bizarre de voir toute une population portait des masques. Ainsi, on aura constaté l'appropriation, la reprise et le développement du même discours par des responsables politiques subalternes et certains religieux et son adoption par le public par après. Nous pensons que cette attitude était donc liée à des mobiles politiques dans un contexte où il fallait légitimer la nécessité de maintenir le calendrier électoral au moment où, au niveau mondial, la tendance 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. Pendant cette période, le discours médical devait s'inspirer du discours politique ambiant.

Aussitôt après les élections, l'on assista à un changement de ton et de discours sur la pandémie. La situation a beaucoup évolué. Le premier juillet 2020, jour anniversaire de l'indépendance du Burundi, l'ancien candidat à la présidentielle, devenu alors Président de la République, a proclamé que la covid-19 était devenue un grand ennemi à combattre. Il décide 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, il 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'institut national de la santé publique (INSP), trois sites ont été mis sur pieds 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 Secondaire de Kamenge en Commune Ntahangwa. D'autres centres allaient être mis en place à l'intérieur du pays. Toute personne se présentant à l'un de ces centres était accueillie et dépistée gratuitement.

Dès lors, le nombre de personnes testées positives ne cessait d'augmenter, mettant ainsi au grand jour l'ampleur de la pandémie. En fait, depuis l'apparition du premier cas positif le 31

mars 2020 jusqu'au début de cette campagne, au total 191 cas de contamination avaient été officiellement enregistrés. Depuis le 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 positifs⁴. 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, mais à ce niveau, ce n'était pas une exigence dans les lieux publics ou dans les transports en commun.

Avec cette implication de l'autorité politique et médicale, même si les gens n'ont pas adopté en masse le respect des mesures-barrières, faute d'une force de coercitive, la situation avait quelque peu évolué. A ce stade, une synergie se fait remarquer entre l'autorité politique et l'autorité sanitaire dans la sensibilisation des populations. C'est dire donc qu'il a fallu un changement d'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. Selon Ndikuriyo : « *A la limite les personnes qui portaient des masques dans les espaces publics constituaient une minorité et certains n'hésitaient pas à les considérer comme des marginales* » (Ndikuriyo, août 2020). Or, pour faire respecter le mot d'ordre du chef de l'Etat, « *ndakira, sinandura kandi sinandukiza* » chaque personne devait prendre ses dispositions pour ne pas être contaminée et ne pas contaminer les autres notamment par le port de masque et le lavage systématique des mains à des points d'eau installés devant les établissements publics et les boutiques.

Le discours de l'autorité politique et médicale a donc une signification incontournable aux yeux de la population et influence son comportement. Ainsi, il est crucial que les décideurs sachent quels messages 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, sur la manière dont les gens perçoivent le danger et sur la façon dont ils sont informés sur sa gravité : ce qui influence 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 d'intentions et de comportements et à plus forte raison si on tient compte des besoins des populations.

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. On l'a vu par exemple lors des campagnes de lutte contre le SIDA dans les années 1990 où différents canaux de sensibilisation ont été utilisés jusqu'à montrer des images des malades sur les lits des hôpitaux dans des états pitoyables. Dans le cas contraire, les populations peuvent ne pas prendre conscience de l'ampleur du danger et gardaient ses vieilles habitudes. Les propos de Nigaba, interrogé à la

⁴<https://reliefweb.int/report/burundi/burundi-rapport-de-situation-du-21-juillet-2020>, consulté en date du 27 septembre 2020.

gare du nord en août 2020 sont assez révélateurs : « *Si les populations ne sont pas sensibilisées sur le danger encouru avec la contamination, les chances de les voir changer de comportement restent très limitées. Au contraire, elles restent dans ses anciennes habitudes en foulant aux pieds ou tout au moins en négligeant les mesures barrières perçues comme de simples slogans* »⁵.

Par ailleurs, nous pensons que si l'autorité politique avait, dès le départ, pris le devant en donnant l'exemple pour le respect des mesures-barrières, la population aurait adopté le même comportement. C'est cependant le contraire qui a prévalu, et la population ne pouvait, de son initiative, respecter et faire respecter les mesures barrières dans un contexte où le quotidien des Burundais est marqué par des croyances, des représentations et des pratiques socialement partagées pouvant favoriser la propagation de la covid-19.

2. Le poids des croyances religieuses

Dans un pays comme le Burundi où le niveau d'instruction n'est pas des plus élevés, 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. Les représentations qui en découlent influencent certaines pratiques sociales. 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 concourent dans l'inobservance des pratiques de prévention. Le chef de l'Etat de l'époque, feu Pierre Nkurunziza, ne cessait de répéter, lors de ses nombreuses croisades de prières, que la main de Dieu protégeait le Burundi contre la covid-19. Une telle affirmation, sans cesse répétée par la plus haute autorité du pays, finissait par être prise comme une vérité d'évangile, en tout cas, il était impossible de le défier. Lors des entretiens que nous avons eus avec un groupe de gens dans le quartier de Kibenga, en août 2020, nous avons été frappés par le degré de croyance en une protection divine du pays. Quand on leur demandait pourquoi Dieu protégerait les Burundais et non les autres peuples, il n'y avait pas de réponse. La croyance religieuse tient une grande part dans l'inobservance des mesures barrières chez les populations faiblement instruites. Les observations ont toujours montré que les gens continuaient généralement à se rassembler dans des lieux de cultes ou dans d'autres espaces publics comme si de rien n'était, sans respect d'aucune mesure barrière.

Ceci traduit en fait une sorte de déresponsabilisation sociale devant un danger sanitaire. Tout est pensé comme si une force surnaturelle viendrait régler les problèmes humains à la place des hommes, ce qui réduit la part active des gens à s'engager dans la résolution de leurs problèmes sociaux, en général, et à observer les mesures-barrières contre ce virus, en particulier.

En apparence, pour faire respecter les recommandations des autorités sanitaires, les responsables de lieux de culte ont pris certaines mesures de protection. Elles restent cependant d'une efficacité limitée si nous considérons la disposition des gens à l'intérieur des églises. Excepté quelques lieux de culte comme la Cathédrale Regina Mundi ou la paroisse Régina

⁵ Nigaba Pierre, Kamenge (gare du nord), août 2020.

Pacis de la zone Kinindo ou encore l'église Bon Berger où la distanciation physique est même actuellement respectée et où les fidèles en retard ne sont pas autorisés d'entrer parce que les places assises réservées sont toutes occupées, ailleurs, la distanciation est toujours réduite au minimum. Si elle est respectée les premiers jours, elle est abandonnée progressivement après.

Convierait-il de souligner ici le rôle de certains responsables religieux dans l'entretien de cette croyance en la puissance divine en matière de la protection du pays contre la covid-19. En effet, certains prêtres et pasteurs ne cessaient d'expliquer, au cours de 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 Dieu⁶. Une sorte de contradiction car il insistait sur le fait que les mesures-barrières à elles seules ne servaient à rien si la main de Dieu n'intervenait pas. Cette attitude de certains responsables religieux a ainsi été récupérée et entretenue par les fidèles qui se sont alors alignés derrière la position de leurs guides spirituels.

Il se met donc en évidence comment, dans une perspective holiste, 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. Certains croyants refusent d'adopter des comportements préventifs parce qu'ils le jugent contraire à la ligne de conduite recommandée par leurs pasteurs. La question de l'incertitude face à des événements insaisissables se met en évidence ici. A travers la croyance, 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 majorité de la population est non instruite.

En fait, les cas de phénomènes naturels, n'étant pas compris par les gens, ceux-ci vont chercher à les expliquer par la croyance. Leur cause va en fait être située dans une volonté surnaturelle. Clarkson et coll. (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 exclus 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 et permettent d'éviter le vide.

Dans le cas de la covid-19, les mesures recommandées à la fois par la science et l'autorité médicales 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. Ceci fait que les gens donnent des interprétations surnaturelles en rapport avec la covid-19, au lieu de faire une

⁶ 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.

réflexion sur des aspects médicaux ou sur les possibilités de respecter les moyens de protection prescrits par l'autorité sanitaire.

Covid-19 et les autres maladies

A côté de la gravité réelle d'une maladie expliquée par la science médicale, il y a une autre perçue par la société. 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, comme la grippe, jugées non dangereuses, ce qui a comme conséquence le recours au traitement alternatifs et à l'automédication.

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. Celle-ci 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'amusaient même à dire que SIDA signifiait : syndrome inventé pour décourager les amoureux. Il a fallu une large sensibilisation, avec des images à l'appui, pour que, finalement, les gens se rendent compte de la gravité de la maladie.

Cela étant, c'est l'inverse qui s'est remarqué, où les gens ont établi un lien entre la covid-19 et d'autres maladies, reconnues socialement comme moins dangereuses. Les uns la prennent même pour une variante de la grippe. L'on sous-estime la gravité de la pandémie. Cette perception a un impact sur l'adhésion au traitement et aux pratiques de prévention.

Il y a en fait une sorte d'interprétation 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, il y a des significations, des fonctions, des relations, des attitudes et des techniques qui permettent d'identifier différents types de maladies et troubles ; d'agir en conséquence en ayant recours à un ensemble de connaissances pour faire face à un état défini comme maladie.

En fait, ce qui est reconnu comme maladie ou affection est affaire de convention culturelle et un état biologique donné qui 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, sans s'être fait dépister ou se soigner. En outre, ils établissent un lien entre la covid-19 avec d'autres maladies comme la grippe, en prenant en considération le fait que les deux infections partagent certains des symptômes.

Entre traitement conventionnel et médecine douce

Au cours de nos recherches, bon nombre de personnes ont affirmé avoir confiance en la médecine alternative ou non conventionnelle au Burundi. Ils ont recours notamment à des pratiques alimentaires dites « diététiques » et à des activités physiques et sportives dites « curatives » et « préventives ». Il y en a même qui ne se font pas soigner dans des structures médicalement recommandées, mais préfèrent plutôt se confier à des pratiques alternatives. Des représentations sous-tendent cette affluence vers ces pratiques avec les conséquences que cela peut avoir dans le domaine de la santé.

En matière de la covid-19, des pratiques d'automédication ont été adoptées par la population. Des gens prennent du paracétamol ; des maisons offrant des nutriments dit thérapeutiques ou préventives ont vu affluer beaucoup de clients voulant prévenir ou se soigner par une alimentation et par certaines pratiques. D'autres disent avoir adopté une alimentation spécifique où ils consomment en grande quantité des gousses d'ail, des oignons rouges, des jus de carottes, de l'eau chaude, du gingembre, du thé vert, du citron ou font de l'inhalation sur base de certaines essences perçues comme pouvant traiter ou prévenir contre la covid-19. Cette situation fait que des gens susceptibles d'avoir la maladie, ou d'avoir été en contact avec les personnes dépistées positives de la covid-19 cherchent à se faire soigner par des traitements naturels ou parallèles au lieu de se rendre dans des structures de soins reconnus. Il y en a également qui, une fois diagnostiqués positifs au virus, acceptent de suivre le traitement médical, mais en l'associant toujours avec le traitement alternatif.

Il y a donc cette tendance chez certains Burundais à rejeter les traitements conventionnels en pensant qu'ils peuvent se soigner efficacement en recourant à un traitement non conventionnel. Pour ces enquêtés, il est très important de mettre en avant des considérations d'ordre naturel, au lieu de s'intéresser aux produits pharmacologiques transformés industriellement avec toutes ses conséquences sur 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 pouvant se soigner à la maison par la médecine douce. 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.

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 éthnomédicaux 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 peuvent 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 explicitement aux principes scientifiques.

Selon Eric Manirakiza⁷, 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'artémisia 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, a-t-il ajouté.

Poursuivant toujours son argumentaire, il donne l'autre danger de l'automédication. Il est lié au fait que, quand bien même les 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 par rapport à la maladie.

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.

⁷ Interview donnée aux journalistes en date du 6 juillet 2020 lors de la campagne « Ndakira..... »

C'est la raison pour laquelle les décideurs et les professionnels de la santé devraient tenir compte de ces savoirs dans la prise de décisions et dans les interventions.

Mesures-barrières de la covid-19 et le quotidien de la population

Dans le quotidien de la population, différentes occasions entraînent ou des rassemblements, des rencontres de plusieurs personnes : des fêtes comme les mariages, des dancings, des cultes religieux, des marchés, des transports en commun, des écoles, des différents services publics,... A toutes ces occasions, le contact physique entre deux ou plusieurs individus devient comme inévitable. Face à cette situation, que sera le comportement de la population et la conduite de l'autorité politique par rapport à la pandémie et aux mesures barrières ?

Excepté la suspension temporelle des boîtes de nuit et des karaokés pendant la deuxième vague de la 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 marchés, les écoles, le transport en commun, etc. Dans ces situations, des efforts de faire respecter les mesures-barrières ont été déployés mais se sont toujours heurtées à des difficultés ou abouti à une observance partielle. Les causes essentielles en sont le dilemme pour certains entre la participation sociale, au mépris des mesures barrières d'une part et, la peur de perdre l'identité sociale, d'autre part ainsi que l'absence d'une force coercitive.

Autour d'un événement rassemblant un nombre important de personnes, le respect de toutes les mesures-barrières semblait être du fil à retordre. Ainsi, il s'est observé un privilège donné à certaines règles de protection au détriment des autres. 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,...

Dans une cérémonie de mariage⁸, devant une salle de réception en commune Ntakangwa, 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 invités doivent 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, tous se lavent les mains. 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, une distance entre les filles et garçons d'honneur, marraine et parrain. Aussi, la distanciation est respectée même dans la salle, au niveau des invités.

Après avoir servi le premier verre, les parents et les invités prennent la parole dans un ordre précis et offrent des cadeaux. Le protocole interdit formellement de serrer la main des mariés en indiquant qu'il faut mettre les cadeaux dans un panier prévu à cet effet. Au départ, les gens offrent des cadeaux et observent la règle, mais par la suite, les mesures-barrières sont totalement ignorées. 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

⁸ Observation faite en date du 25 juillet 2020, lors d'une fête de mariage, en Commune Ntakangwa et le cas n'est pas isolé.

pour protéger les mariées, malgré les interdictions du protocole. Les mariés n'ont pas la force de résister à la sollicitation, se lèvent et l'embrassent malgré eux. D'autres invités lui emboîtent le pas.

Dans l'entre-temps, les invités retardataires continuent d'arriver et on a besoin de places additionnelles : ce qui fait que le protocole de la fête commence à apporter d'autres chaises-plastiques. Elles seront placées dans les espaces laissés libres par respect de la distanciation physique. Finalement, on se retrouve dans une situation où les gens sont serrés comme dans les conditions habituelles de la fête.

Vers la fin de la fête, lors d'une danse traditionnelle de clôture de la fête, les danseurs avancent vers les mariés et les prennent 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 rejoignent dans la danse.

A la fin des cérémonies, les invités continuent à féliciter les mariés et certains n'hésitent pas à les toucher, à les serrer fort, les embrasser, leur donner des bises et à les tenir par les épaules. L'ambiance a changé. Le mariage, 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 ont été mises dans les oubliettes.

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. On le salue, on lui comble d'éloges et de cadeaux. L'imaginaire l'emporte donc sur la raison.

Le deuxième exemple concerne un culte religieux⁹. Dans une église catholique, les 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 à l'église. Mais, suite à une 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 de sortir de la

⁹Observation faite en date du 6 septembre 2020, dans une église catholique en Commune Mukaza, Mairie de Bujumbura.

messe dans un embouteillage comme à l'entrée. A l'extérieur, des fidèles se serrent la main au moment où d'autres s'embrassent. Les croyances religieuses tiennent donc une place importante dans les mentalités. Et si les représentations s'accompagnent 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.

Quant autres observations, parlons du transport en commun au Centre-ville de Bujumbura, précisément au grand parking (ex-marché central de Bujumbura) pour le transport urbain et les différents gares pour le transport intérieur. Au centre-ville, c'est pendant la journée ; les convoyeurs obligent les gens à se laver les mains et à porter le masque avant d'entrer dans les bus. Le soir, il s'observe une longue file d'attente ; le lavage de mains n'est plus observé car tout le monde se dépêche pour faire la queue et attendre son tour de monter dans le bus. Il en est de même pour le port des masques. Que ce soit pour le transport urbain ou le transport intérieur, généralement, le chauffeur ou le convoyeur sait bien localiser anticipativement les points de contrôle policier du port du masque et prévient les passagers pour le port des masques. On entend l'un ou l'autre dire : « la police est là, mettez vos masques ». En réalité, les passagers portent les masques non pas par conviction, mais par peur de l'amende de la police. Dès que le point de contrôle est dépassé, l'on voit des passagers enlever ou baisser les masques. Le convoyeur ou le chauffeur ne donnera de nouveau le signal qu'à la proche d'un nouveau point de contrôle policier. Il en est de même pour les bus qui vont à l'intérieur du pays. En dehors du contrôle policier, la personne qui garde son masque bien mis apparaît comme atypique. Parfois, il devient la risée des autres. C. Bigirindavyi qui s'apprêtait à prendre un bus de l'agence Memento devant le mener à Rutana témoigne : « *Quand on garde son masque bien mis en dehors du contrôle policier, les autres te regardent avec un air moqueur* ». Il poursuit en disant qu'il a entendu des passagers dire que si on ne meurt de la covid-19, on meurt d'autre chose et qu'après tout on ne peut pas vivre cent ans (Bigirindavyi C, Musaga mars 2021).

Dans de grands supermarchés : Village Market, le Parisien par exemple, c'est le même comportement. 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. Une fois à l'intérieur, le port du masque n'est pas obligatoire.

Quant aux marchés tant de Bujumbura que de l'intérieur du pays, 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, presque personne ne porte le masque à l'intérieur du marché. Même 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 trempent 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 ici, 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. Il n'y a même

pas de savon. L'on peut dire, sans exagération, qu'il s'agit d'un style négligé. Pour les marchés de l'intérieur que nous avons visités dans les provinces de Bujumbura, Bururi, Rutana, Ruyigi, Kayanza ... entre le 16 et le 22 août 2021, il n'y avait presque pas de dispositif de la lavage de main sauf un bidon dont on n'est même pas sûr qu'il contient de l'eau placé devant quelques boutiques.

Au niveau des banques : BCB, BANCOBU, BRB, BBCI que nous avons visité, les mesures barrières sont respectées dans l'ensemble. Si l'on n'a pas installé des points d'eau pour se laver les mains, il y a des désinfectants qui sont disponible comme à la BRB. Parfois même, la prise de température du corps comme indicatrice de l'état de santé, est faite.

Les mêmes dispositifs s'observent au niveau des hôpitaux. Lors d'une visite à l'Hôpital Militaire de Kamenge en Commune Ntahangwa par exemple, nous avons constaté qu'un kit de lavage était disponible. Il est obligatoire de se laver les mains et de porter le masque avant d'entrer et, si l'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. Cette observation est aussi valable pour les autres hôpitaux de Bujumbura tant publics que privés visités : Kira Hospital, le Centre Médico-chirurgical de Kinindo, le Centre-Hospitalo-universitaire de Kamenge,...

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, le lavage des mains a toujours tenu une grande place et, si on s'est lavé les mains, 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'agit d'événements collectifs avec une grande signification dans la vie sociale.

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 relevés sont souvent laxistes.

Conclusion

Cet article s'inscrit dans la perspective de contribuer à la réflexion sur l'étude des maladies contagieuses et les représentations y afférentes en la situant dans le contexte socio-culturel, économique et politique. En effet, les représentations et les pratiques relatives à la santé sont des matériaux privilégiés pour l'investigation des systèmes culturels et sociaux et de leur articulation avec le niveau individuel. Par ailleurs, ceci justifie le lien entre les sciences sociales et les sciences de la santé pour comprendre les représentations et les savoirs populaires liés à la santé afin de saisir leurs incidences sur le rapport de l'homme à la maladie.

Ainsi, la compréhension des croyances et des pratiques partagées par les Burundais peut contribuer à améliorer les programmes d'intervention sociale visant la prévention non

seulement contre la covid-19, mais aussi contre certaines maladies qui se transmettent par des contacts humains ou favorisées par certains modes de vie et représentations partagés par les populations, dans la mesure où l'observance, servant à empêcher ou à réduire la propagation de ces maladies, est associée à toute une série de comportements collectivement partagés. Là où le bât blesse, c'est que la mise en application des mesures de protection se trouve souvent handicapée par d'autres considérations (politiques, religieuses, culturelles,...) alors que c'est généralement le dynamisme et l'engagement de l'homme politique qui conditionne la réussite des programmes de santé. Par ailleurs, il serait aussi intéressant qu'une recherche portant sur les conséquences de la covid-19 sur l'économie nationale soit menée.

Références bibliographiques

1. Augé, M. et Herzlich, C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris-Montreux, Editions des Archives contemporaines, 1984.
2. Bataglini, A., « Religion, santé et intervention », pp. 137-151, in Lefebvre, S. (Dir.) et coll., *La religion dans la sphère publique*, Montréal, PUM, 2005.
3. Blanchet A. et al, *L'entretien dans les sciences sociales, l'écoute, la parole, le sens*. Paris, Dunod, 1985.
4. Clarkson, M. et coll., « Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire », dans Daveluy, C. (dir.) et coll., *Enquête sociale et de santé*, collection « La santé et le bien-être », Institut de la statistique du Québec, 2001, pp. 603-625.
5. Fassin, D., *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996.
6. Ferréol, G., *Diversité culturelle, dynamiques identitaires et rapport à autrui*, dans « HERMES, Larevue », 2015/1 (no 71), pp. 109-115, [en ligne], consulté le 8 mars 2021, <https://doi.org/10.3917/herm.071.0109>.
7. Herzlich, C., *Sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine*, annuaire de l'EHSS, 2002 [en ligne], consulté le 12 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/annuaire-ehss/15332>.
8. Herzlich, C., *Médecine, maladie et société*. Paris, Mouton, 1970.
9. Kaufmann, J-P., *L'entretien compréhensif*, Paris, Armand-Colin, 2004.
10. Laplatine, F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnographique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris, Payot, 1986.
11. Lazarus, A. et Delahaye, G., *Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?*, dans « [Les Tribunes de la santé](#) », 2007/2 (n° 15), pp. 79-94 ; [en ligne], consulté le 23 février 2021, <https://doi.org/10.3917/seve.015.0079>.
12. Massé, R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaetan-Morin, 1995.
13. Massé, R., *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 2008, pp. 15-49.
14. Peretz, H., *Les méthodes en sociologie : l'observation*, Paris, La Découverte, 2004.

15. Piperini, M.-C., *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. Quivy, R. et Van Campenhoudt, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.
17. Sindzingre, N. et Zimpleni, A., « *Anthropologie de la maladie* », dans « Bulletin d'Ethnomédecine », n° 15, 1982, pp.3-22.
18. Stoetzel, J. (1960), *Le malade, la maladie et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale*, dans « Population », Vol. 15 n° 4, pp.613-627.
19. www.who.int.