

CONSTRUCTION ET APPROPRIATION SOCIALES D'UNE MALADIE NOUVELLE : LE CORONA VIRUS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO, MALI

Yousseuf COULIBALY

ykulubali@gmail.com

Amadou DIABATÉ

amadoudiabate@gmail.com

Ko SAMAKÉ

samake0909ko@yahoo.fr

Tidiane NIARÉ

Niaret73@gmail.com

Mahamadou BELEME

mahamadoubeleme@gmail.com

RÉSUMÉ

Dans cette étude, il s'agit de décrire et d'analyser les processus de construction et d'appropriation sociale d'une maladie nouvelle dans le district de Bamako à travers une méthode essentiellement qualitative.

Il ressort des résultats une certaine construction sociale de la COVID-19 par les populations du district de Bamako à travers leurs propres dénominations sociales, leurs perceptions et attitudes et pratiques, les symptômes de la COVID-19, des modes de transmission, de préventions et différentes conséquences de cette maladie sur les individus et les populations.

Quant à l'appropriation sociale de la maladie, elle se présente comme un processus psychosocial dans lequel les populations inscrivent pour une prise en charge dans la durée. Il apparaît dans l'analyse des résultats un processus allant souvent de non appropriation, à une certaine appropriation, en passant souvent par la désappropriation et une réappropriation sociale. Au regard de ces données, on peut lire que la construction et l'appropriation sociales de la COVID-19 sont en fonction des logiques des populations qui veulent comprendre et donner un sens leur infortune, leur mal ou malheur (Augé Marc, 1984, 1)

Mots clé : construction, appropriation sociale, COVID-19, logiques

ABSTRACT:

In this study, the aim is to describe and analyze the processes of construction and social appropriation of a new disease in the district of Bamako through an essentially qualitative method.

The results show a certain social construction of COVID-19 by the populations of the district of Bamako through their own social names, their perceptions and attitudes and practices, the symptoms of COVID-19, modes of transmission, prevention and different consequences of this disease on individuals and populations.

As for the social appropriation of the disease, it is presented as a psychosocial process in which the populations register for long-term care. In the analysis of the results, it appears a process often ranging from non-appropriation, to a certain appropriation, often including disappropriation and social reappropriation.

In light of these data, we can read that the social construction and appropriation of COVID-19 depend on the logic of populations who want to understand and make sense of their misfortune, their misfortune or misfortune.

Keywords: construction, social appropriation, COVID-19, logic

INTRODUCTION

1. LA MALADIE À CORONA VIRUS

Depuis décembre 2019, une maladie est apparue en Chine et a touché la population mondiale sous forme de pandémie. Elle est causée par un virus appelé corona virus (COVID-19). Selon les données actuelles, elle constitue un problème de santé publique. Elle touche 29,6 millions de personnes dans le monde et fait au moins 936 000 morts, dont 196 000 aux États-Unis. Ce pays compte environ six fois plus de décès liés à la pandémie que tous les pays africains réunis (CDC, Novembre 2020, 1).

En Afrique, cette maladie constitue un problème de santé publique, le nombre de personnes ayant vaincu le coronavirus ne cesse de croître. Selon le dernier bilan du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies, 1,1 million de cas de COVID-19 ont déjà guéri pour 32 809 décès sur un total de 1,3 million de contaminations déclarées à ce jour (23 novembre 2020). Le continent reste le moins touché au monde par la pandémie qui a contaminé 29,6 millions de personnes et fait au moins 936 000 morts (CDC, 2020, 2).

Le nombre de personnes atteintes de coronavirus en Afrique dépasse désormais 1,55 million de cas (1 556 262), a indiqué dans un communiqué le Centre africain de contrôle et de prévention des maladies. Aussi, il indique qu'au moins 37 922 personnes ont succombé au virus à travers le continent. Les données indiquent néanmoins que plus de 1,29 million (1 292 306) de patients se sont rétablis. L'Afrique australe compte 755 943 cas confirmés, l'Afrique du Nord 379 125, l'Afrique de l'Ouest 180 660, l'Afrique de l'Est 181 937 et l'Afrique centrale 58 597 cas (CDC, idem, 2020 : 1).

Les données sanitaires mondiales indiquent une résurgence en continu de cette pandémie. Ce qui a poussé l'OMS à demander aux pays de redoubler de vigilance. Au Mali, le virus a été constaté en Mars 2020 et 9 mois plus tard l'on enregistre 4169 cas, 3003 guéris et 143 décès (MSAS, 23 novembre, 2020 : 1). Selon les connaissances scientifiques actuelles sur cette maladie, les signes manifestes du COVID-19 sont les démangeaisons de la gorge, la gorge sèche, la toux sèche, la haute température, les difficultés respiratoires, et la perte du goût et ou de l'odorat. Ces symptômes apparaissent à partir du troisième jour. Par ailleurs, le malaria research and training center (MRTC) est parvenu à séquencer deux types différents de virus COVID-19 en provenance de Bamako et Tombouctou. Le MRTC veut aboutir à une cartographie des virus de COVID-19 qui circulent au Mali afin de retracer leur origine, les foyers ou sources, ainsi que leurs dynamiques de transmission (MRTC, décembre 2020).

D'une manière générale, il ressort selon les connaissances scientifiques actuelles que les virus de COVID-19 suivent un cycle de trois phases d'une durée de 14 jours. Ainsi, la première phase va de 1 à 3 jours. Durant cette phase, les signes de la COVID-19 sont les douleurs corporelles, les douleurs oculaires, les maux de tête, le vomissement ou l'envie de vomissement, la diarrhée, l'écoulement de nez, les yeux brûlant, la décomposition, la brûlure en urinant, la fièvre, la gorge éraflée.

Concernant la deuxième phase, sa durée est de 5 jours allant de la quatrième au huitième jour. A cette phase, le virus s'attaque aux terminaisons nerveuses. Le malade sent la fatigue et l'essoufflement. Les signes sont entre autres, la douleur thoracique, la perte du goût et ou de l'odorat, le resserrement de la poitrine, la douleur au niveau des bras, du dos et ou dans la région des reins. Ces signes s'expliquent par le fait que le virus lie l'oxygène. Comme conséquences, on a la mauvaise qualité du sang et la quantité réduite d'oxygène. Alors, comme solution, il faut boire beaucoup d'eau et suivre un traitement efficace.

Enfin, la phase de guérison, entre 9 et 14 jours. Le malade est en convalescence. L'on assiste à une diminution des signes et des douleurs.

En définitive, il est à constater qu'il y a actuellement beaucoup de vaccin certifié deux ans après l'apparition de ce virus. Faudrait-il encore que ces vaccins soient compatibles avec les types de virus qui circulent au Mali. Alors, il faut adopter les gestes barrières, respecter des mesures de distanciation sociale pour prévenir. En plus, une bonne prévention combinera à la fois un vaccin, les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale. Aussi selon ces connaissances, le niveau de potentiel d'hydrogène (Ph) du corona virus est entre 5,5 et 8,5 Ph. Ainsi pour supprimer ce virus, il faut une certaine alimentation dont le niveau de ph serait au-dessus de celui du corona virus. Ces aliments sont entre autres des bananes, des citrons vert (9,9 Ph), citron jaune (8,2), de l'avocat (ph 15,6), l'ail (13,2 Ph), mangue (8,7 Ph), mandarine (8,5 Ph), ananas (12,7 Ph) cresson (22,7 Ph), orange (9,2 Ph).

Cependant, le contexte de la pandémie à Coronavirus de nombreuses informations circulent. Ainsi, les populations se trouvent parfois dans les difficultés d'en extraire le vrai du faux. Les populations sont marquées et cela se traduit dans les chants et les anecdotes sur le COVID19.

2. QUELQUES ASPECTS DU PROBLÈME

D'une manière générale, il est aisé de constater que les mentalités ne sont pas favorables à l'adoption des mesures barrières et au respect de la distanciation sociale. D'ailleurs, l'on peut faire remarquer un relâchement général des mesures barrières partout au Mali. Cette attitude a été constatée deux mois à trois après l'apparition du premier cas officiellement enregistré dans le pays. Cette attitude traduit un certain refus de reconnaissance de la COVID-19. Or, de plus en plus, l'on assiste à une augmentation du nombre de cas entre Octobre et décembre 2020. Pendant, la même période, l'on assiste à une certaine épidémie de paludisme associée au rhume et à une sorte de grippe. Pour certaines personnes (y compris les soignants), les symptômes de cette maladie (Palu + rhume/grippe) correspondent à ceux de la COVID-19. Elles estiment qu'il s'agit de la COVID-19 que la majorité de la population est en train de rejeter : « *Le coronavirus existe bel et bien chez nous en Afrique et au Mali (Bamako), amis par ignorance et ou négligence la population est en train de réfuter cela* », EI100, H de 45ans, CV, Bamako, 2020.

Par contre, pour d'autres personnes, (la majorité), il s'agit juste du paludisme associé au rhume et ou à la grippe qui survient régulièrement durant en période de l'année, notamment après l'arrêt des pluies. ; « *La COVID-19 n'existe pas en Afrique, c'est une maladie des blancs et des asiatiques. Les peaux noires y sont résistantes et immunisées* », EI 77, Fe de 44 ans, CII, Bamako, 2020.

Ces positions différentes relèvent non pas du vrai ou du faux, mais du concevable (Jodelet, D., 1982 : 20). Il importe, alors de se demander sur quelles réalités se fondent la construction et l'appropriation sociales de la maladie à corona virus par les populations dans le district de Bamako? L'objectif général de l'étude est de comprendre les fondements de la construction et l'appropriation sociales de la maladie à corona virus enclenchée en décembre 2019.

Les objectifs spécifiques sont :

- Décrire le processus de construction sociale de la maladie à corona virus par les acteurs dans le district de Bamako;

- Décrire le processus de l'appropriation sociale de la maladie à corona virus par les acteurs dans le district de Bamako;
- Décrire les facteurs déterminant la construction et l'appropriation sociales du coronavirus par les populations dans le district de Bamako.

1. MATÉRIELS ET MÉTHODES DE LA RECHERCHE

1.1. LA MÉTHODE DE L'ÉTUDE

L'étude a utilisé essentiellement une méthode qualitative. Un guide d'entretien individuel et un guide d'entretien de groupe ont été utilisés en face à face lors de collecte des données. Ces données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu.

1.2. LES UNITÉS D'OBSERVATION

Sur le plan des délimitations géographiques et sociologiques, l'enquête a couvert trois (03) communes du district de Bamako, les CII, CV, CVI. Ces communes ont été choisies selon une technique à probabilité égale où chaque commune du district de Bamako a la chance d'être sélectionnée. La même technique a été utilisée pour choisir dans chaque commune, trois quartiers. Cette technique s'explique par la production simultanée de deux études (articles), par l'équipe de recherche, dont la première est essentiellement quantitative. Ainsi, la présente a été couplée à la première.

Les entretiens qualitatifs se sont déroulés dans les mêmes sites. Lors de la collecte des données, les personnes qui accepteront de répondre participeront à l'étude.

Au total, 113 entretiens individuels ont été réalisés. Quant aux entretiens de groupes, l'on a rencontré 18 groupes au total, 6 groupes par commune, parmi lesquels 06 groupes de garçons, 06 groupes de filles, 03 groupe de femmes et 03 groupes d'hommes. Les groupes de discussion étaient constitués selon des critères de sexe et d'âge avec 6 à 8 personnes.

1.3. LA COLLECTE DES DONNÉES

Pour cette phase, la collecte des données a été réalisée par l'équipe de recherche. Avant d'aller sur le terrain, toute l'équipe a été orientée sur le contexte de la maladie à Coronavirus ainsi que sur les mesures barrières qu'ils étaient tenus de respecter strictement pendant l'enquête. Aussi, les membres de l'équipe ont aussi été briefés sur les mesures à prendre en cas de rencontre de cas suspect lors des opérations de collecte de données sur le terrain. Tous les enquêteurs portaient des masques de protection et étaient munis de boîtes à gel hydro alcoolique. Les entretiens ont été réalisés sous formes de recherche formative. Car, toutes les personnes abordées ont reçu des messages de sensibilisation sur les mesures de prévention de la maladie à coronavirus et le comportement à adopter à l'apparition des symptômes apparentés à ceux de la COVID-19.

1.4. QUELQUES ASPECTS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les entretiens ont été réalisés avec beaucoup de flexibilité et de tact pour ne pas heurter les sensibilités des répondants et de façon méthodique tout en visant à collecter un contenu vrai et significatif sur les aspects abordés. L'étude a été largement expliquée à chaque interlocuteur/trice avant de solliciter son consentement libre, éclairé et sa participation gratuite. Aussi, il l'anonymat a été garanti à chaque participant. Les chercheurs ont tous suivi une formation sur l'éthique et la déontologie de la recherche. Les assistants de recherche ont été orientés sur les grandes lignes de l'éthique et la déontologie de la recherche.

1.5. QUELQUES LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs limites sont à constater, mais elles n'enlèvent en rien la qualité et la rigueur scientifique de l'étude. Il s'agit entre autres :

La présente étude a concerné trois quartiers de trois communes du District de Bamako sur six communes. Aussi, elle n'a pas touché à certains quartiers périphériques comme Kalaban Coro et Kati où plusieurs cas de COVID-19 ont été diagnostiqués. L'équipe de recherche a rencontré des difficultés d'accès aux données désagrégées du ministère de la santé et des affaires sociales. Un autre aspect important a été la réticence de certaines personnes qui se manifeste à travers le refus, la négligence, le mépris lors de la collecte des données face l'équipe de recherche.

2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse se présente selon des types d'entretiens et les catégories sociodémographiques interviewées.

2.1. QUELQUES CATÉGORIES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les entretiens individuels ont touché au total 113 interlocuteurs, dont 30 femmes, 26 hommes, 29 filles, 28 garçons. Quant aux entretiens de groupes, l'on a rencontré 18 groupes au total, 6 groupes par commune, parmi lesquels 06 groupes de garçons, 06 groupes de filles, 03 groupes de femmes et 03 groupes d'hommes. Par ailleurs, 13 thérapeutes traditionnels ont été touchés par des entretiens individuels, dont 5 femmes et 8 hommes.

2.2. CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MALADIE À CORONA VIRUS

En fait, les maladies et les épidémies sont des événements malheureux. Lorsqu'une communauté est touchée, elle cherche aussi à comprendre et expliquer l'infortune en vue de procéder à la recherche de solutions (Y. Coulibaly, 2019).

Notre modèle d'analyse centre la construction sociale de la de la COVID-19 les aspects suivants : Dénominations, Causes et origines, perceptions locales, modes d'acquisition ou de prévention, des symptômes des crises et conséquences et des modes de prise en charge de la COVID-19. Concernant la connaissance, il ressort de l'analyse que l'ensemble des interlocuteurs ont entendu parler du corona virus entre autres à la radio, la télévision, à travers les réseaux sociaux, les causeries, les débats.

2.2.1. DIFFÉRENTES DÉNOMINATIONS

Différentes dénominations ou appellations sont utilisées pour le designer, il s'agit entre autres de coronavirus, « koronawirisi », « murabanan curani », en Bamanan kan, le nouveau rhume en français. Les populations ont toujours décrit leurs symptômes, leurs maux dans leurs langues et langages. Ainsi, chaque maladie a un nom spécifique qui le différencie d'autres maladies proches selon les signes. La COVID-19 n'échappe pas à cette règle. Au cours de la collecte des données, il a été répertorié deux dénominations locales en Bamanan kan « koronawirisi », qui est une déformation de l'appellation française et « murabanan curani ».

2.2.2. LES CAUSES OU ORIGINES DE LA COVID-19

Cette question a été posée aux populations et aux thérapeutes traditionnels. Concernant, les premiers, différentes causes et origines ont été indiquées par différents interlocuteurs, entre autres : « *Koronawirisi ye Alabana ye* », E115, Fe de 45ans, CII, Bko.

Cela veut dire littéralement en français, la COVID-19 est une maladie de Dieu. A un autre interlocuteur d'affirmer: « *Korona wirisi be sɔrɔ kɔnɔw fɛ infɔ tonso fɛ, a be sɔrɔ fana jɛgɛw fɛ* »; E11, G de 17 ans, CV, Bko. En français, le corona virus est causé par des oiseaux tels que la chauve-souris, mais aussi par des poissons. Pour un homme de 52 ans, « *Korona wirisi ye yelema bana* », E13, H de 52 ans, CV, Bko. Littéralement, en français, la COVID-19 est une maladie contagieuse.

Pour cette fille « *Korona wirisi ye Adamaden ka bana dilan ne ye* », E123, fi de 16 ans, CVI Bko. Cela veut dire que le corona virus est une fabrication humaine.

Il ressort de l'analyse des données sur les causes et origines de la COVID-19 des populations que toutes ces affirmations sont représentatives des groupes de personnes qui attribuent cette maladie à un agent quelconque. Cet agent est tantôt un esprit (Dieu), tantôt humain, tantôt un oiseau ou un poisson. Néanmoins, il convient de signaler ici qu'il s'agit d'un imaginaire social sur l'origine de la COVID-19 qui nous met en face de plusieurs théories.

Concernant les causes ou origines selon les thérapeutes traditionnels sur la COVID-19, il a été recensé les affirmations suivantes : Pour certains thérapeutes : « *Korona wirisi ye Alabana ye* », EI9; H de 47ans, CVI, Bko ; en français cela signifie littéralement la COVID-19 est une maladie venant de Dieu. D'autres affirment que c'est une maladie d'origine humaine : « *Korona wirisi ye adamaden ka bana dilan ne ye* », EI10, Fe 53 ans, CVI, Bko.

Pour une minorité de thérapeutes : « *Korona wirisi be sɔɔ nɔɔ fɛ. Korona wirisi ye Nɔɔɔbana ye, a be sɔɔ fiyen fɛ, ani saniya baliya fɛ* » EI12, Fe de 46ans, CVI, thérapeute, Bko, 2020. Littéralement, la maladie qui vient de la saleté ou le manque d'hygiène.

En tenant compte de ces aspects, l'analyse de ces tendances laisse entrevoir trois théories concernant l'imaginaire des tradithérapeutes sur la COVID-19. Il s'agit d'une théorie divine de la maladie, 'une théorie humaine et d'une théorie environnementale.

À la lumière de l'analyse de cet imaginaire social, on peut constater que les communautés et leurs thérapeutes en partagent les mêmes sur les maladies. Aussi, dans la construction sociale de la COVID-19, il est à noter que l'interprétation de la maladie peut alterner plusieurs imaginaires individuels et sociaux. Dès lors un environnement qui assure aux malades une véritable intégration sociale peut transformer le regard d'autrui sur le malade (Coulibaly, 2019).

2.2.3. PERCEPTIONS ET ATTITUDES LOCALES SUR LA COVID-19

Dans cette rubrique, il s'agit de faire une typologie des sentiments liés aux perceptions des populations sur la COVID-19.

La question a été posée aux différents interlocuteurs sur la COVID-19 pour savoir leurs perceptions ou attitudes pour savoir s'ils la percevaient comme une maladie dangereuse, maladie humiliante, maladie traumatisante, maladie guérissable ou traitable, maladie réductrice ou handicapante, maladie invalidante, maladie comme les autres maladies. Il ressort deux tendances dans ces réponses : la grande majorité des interlocuteurs percevait la COVID-19 comme une maladie au même titre que les autres maladies : « *Anw fɛ, korona wirisi nin banan tɔw be ye kelen* », EI8, H de 43 ans, CII, Bko, 2020.

Par contre, la perception d'une minorité relative est inquiétante : La COVID-19 est une maladie traumatisante, dangereuse, humiliante, une maladie non guérissable, mais traitable. C'est le sens de ces affirmations : « *Korona wirisi ye banan juguba ye, a be mɔɔɔ bɔ a hakili kan, nga a te fiɛn, walima lujura bila mɔɔɔ la* », EI, 32, Fe, de 56 ans, CII, Bko, 2020.

Littéralement, le corona virus est une maladie dangereuse, traumatisante, mais elle n'est pas réductrice ou handicapante, invalidante. Une femme disait que : « *Korona wirisi ye mɔɔɔ lamaloya banan ye, a fura ma sɔɔɔ fɔɔɔ* », EI7, Fe de 43 ans, CII, Bko, 2020.

En français, le corona virus est une maladie humiliante, elle n'est pas encore guérissable.

Au regard de ces affirmations, la COVID-19, il ressort que certains répondants (la grande majorité des interlocuteurs) avaient le sentiment d'une certaine banalisation de cette maladie : « *La COVID-19 est une maladie comme les autres, une maladie non guérissable, mais traitable* », EI45, H de 49 ans, Bko, CII, 2020.

A la suite de ces affirmations, il est à noter que cette catégorie d'interlocuteurs n'a jamais vu ou rencontré un malade de COVID-19. Cette différence peut être vécue différemment selon les personnes en fonction de leur rapport aux autres et en fonction de la compréhension de leur entourage. Par ailleurs, l'analyse de certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le sexe nous révèle qu'elles influent sur la perception de la COVID-19.

Concernant l'âge et le sexe, il ressort de l'analyse ce qui suit : -Les adolescents (de 13 à 18 ans), en majorité, avaient tendance à dédramatiser cette maladie : « *La COVID-19 est une maladie comme les autres* », EI 51, Fi de 17ans, CV, Bko, 2020.

A une autre adolescente d'affirmer : « *La COVID-19 n'est pas une maladie pour le continent africain, ni une maladie des jeunes* », EI 56, Fi de 17ans, CVI, Bko, 2020.

En fait, si les filles et les garçons ont tendance globalement à dédramatiser la COVID-19, il n'en est pas de même chez les adultes. Les femmes et les hommes ont majoritairement tendance à dramatiser la maladie.

2.3.4. DES SYMPTÔMES

Cette analyse est centrée sur populations et thérapeutes traditionnels engagés dans un processus de connaissance et reconnaissance de la COVID-19 et de la connaissance des signes, ainsi que des mesures à prendre.

Pour ce qui concernant la description des signes, les populations et thérapeutes traditionnels ont noté entre autres : la fièvre, la toux, l'écoulement de nez, les douleurs articulaires, essoufflement, douleur au niveau de l'abdomen et du thorax, hausse de la température corporelle. En fait, il convient de signaler que certains de ces symptômes n'ont pas de rapport avec la COVID-19, du moins selon les connaissances actuelles sur cette maladie. Néanmoins, il s'agit de connaître les façons dont les populations décrivent la COVID-19 à travers des signes ou symptômes endogènes.

2.2.5. MODES D'ACQUISITION ENDOGÈNES DE LA COVID-19

Il s'agit de comprendre les processus d'acquisition endogènes selon les populations. C'est-à-dire les processus de passage de la maladie d'un sujet (malade, affecté) à un autre (Sain, non affecté) qui peut se faire selon plusieurs modes. L'appréhension de ce processus par les communautés diffère le plus souvent de celle de la biomédecine. Comme évoqué plus haut, les populations et les thérapeutes traditionnels partent évoquent des réservoirs d'origine animale, de poissons et d'oiseaux. Ainsi, à partir de ces réservoirs (personnes, oiseaux, animaux), le germe de la maladie peut se transmettre à l'hôte et se propage au sein de la population. Les vecteurs de transport sont le vent, l'eau, la salive et les sécrétions corporelles et le liquide nasal.

De l'analyse, il se dégage deux tendances pour ce qui concerne l'acquisition de la COVID-19 par une personne saine : transmission interhumaine et animale. Selon la majorité des interlocuteurs la COVID est une maladie plutôt contagieuse. En définitive, la connaissance de ces modes endogènes d'acquisition de la maladie est importante dans la compréhension d'interactions sociales des différents acteurs. Car les modes d'acquisition d'une maladie sont souvent déterminantes dans les relations entre le malade et son entourage (Coulibaly, 2019).

2.2.6. MODES ENDOGÈNES DE PRÉVENTION OU DE GUÉRISON DE LA COVID-19

Il ressort de l'analyse des données trois catégories de stratégies endogènes de prévention de la COVID. Il s'agit de : la stratégie religieuse, connaissance de la flore et les mesures d'hygiène et d'assainissement.

- **Stratégie basée sur la religion**

Pour certaines personnes la prévention de la COVID-19 passe par les prières et les bénédictions. Pour eux la COVID-19 est d'origine divine «Alakelɛ, Alabanan». Son acquisition est basée sur la conception probabiliste du sort.

- **Stratégie basée sur des connaissances endogènes**

Ces mesures de prévention sont basées sur les herbes, les feuilles, les écorces et des racines d'arbres. Notamment, la plupart des thérapeutes traditionnels proposent l'huile de karité au nez deux fois par jour, surtout avant de sortir du domicile. Aussi, certains indiquent un verre de thé du dah rouge bouilli (de son nom scientifique, hibiscus sabdariffa) et à consommer à l'état chaud, une fois par jour pendant 5 jours.

Pour ce qui ont déjà la COVID-19, il faut pour la guérison, le dah rouge (hibiscus sabdariffa) bouilli et à consommer à chaud un verre de thé pendant 3 jours. Cela doit être combiné avec de la racine bouillie de l'arbuste appelé en Bamanan kan n'tonkɛ (de son nom scientifique, Ximenia americana), dont un verre de thé à consommer 4 fois par jour pendant 72 heures.

Les thérapeutes traditionnels ou les guérisseurs traditionnels sont les dépositaires de ces méthodes ou connaissances de prévention.

- **Stratégie basée sur des mesures d'hygiène et d'assainissement**

Selon la majorité des interlocuteurs, la prévention doit être basée sur la promotion des pratiques d'hygiène et d'assainissement. Ainsi, les populations devraient suivre conseils sanitaires et changer de comportement en matière d'hygiène et assainissement. A cet effet, le port du masque, le lavage des mains à l'eau et au savon ou avec le gel hydro alcooliques, tousser dans le creux du coude, utiliser des mouchoirs à usage unique, entre autres devraient faire partir du quotidien des individus et groupe. Car, le changement de comportement est à la fois une question de responsabilité individuelle et collective. Ces mesures sont d'ordre corporel et de changement de comportement.

En fait, il ressort de l'analyse des stratégies endogènes et communautaires de prévention trois modes de préventions de la COVID-19, dont un religieux, un mode basé sur la connaissance des herbes et des plantes et un mode sanitaire. Alors, il est à remarquer que les populations trouvent toujours des stratégies locales de préventions aux différentes maladies endémiques, épidémiques ou pandémiques Ces stratégies sont souvent différentes de celle de la biomédecine (Coulibaly, 2019).

En définitive, construction nosologique locale fait référence à un ou des noms, aux perceptions, à un ensemble de signes, à un ou des modes d'acquisition de la maladie, à des modes de prévention et aux conséquences de la maladie.

2.2.7. CONSÉQUENCES DE LA COVID-19

Selon les données, la totalité des interlocuteurs (y compris entretiens individuels et de groupes) qu'ils ne connaissaient pas les conséquences physiques et psychologiques de la COVID-19 sur les individus et les populations : «Anw tɛ banan ni kɔlɔw don adamadenw kan », EG, Fi de 17 ans, Bko, CII, 2020.

Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs ont affirmé avoir des conséquences sur le plan économique : «kɔlɔw caman bɛ coronawirisi la, infɔ nafan sɔrɔ siraw. Dugu taaw gɛlɛya, mɔgɔw taaman mandi», EG87, H de 45 ans, Bko, CV, 2020.

Littéralement, la COVID-19 a beaucoup de conséquences économiques, les voyages sont difficiles et les personnes se déplacent difficilement.

Sur le plan social, dans un autre entretien de groupe, une participante a affirmé : «koronawirisi kɛla sababuye ka adamaden ya siraw taaman gɛlɛya », EG, Fe de 48ans, Bko, CVI, 2020. En français, le corona virus est à la base de la fréquentation réduite entre les membres de familles.

Sur le plan psychologique et émotionnel, il s'agit entre autres l'humiliation, la stigmatisation, une possible exclusion sociale momentanée, la restriction de mouvement : « *j'ai peu d'être positif au COVID-19 à cause de la restriction de mouvement, de la stigmatisation des voisins et collègues de travail* », EI22, H de 32 ans, CVI, Bamako, 2020.

A cause de ces consistances sociales induisent des frustrations personnelles qui amènent le plus souvent les individus au repli sur soi. Ainsi, personne ne veut entendre parler de COVID-19 dans sa famille ou son entourage. Le signalement des cas devient très difficile dans la communauté.

Sur le plan professionnel, les conséquences sont entre autres, le chômage, le non accès à des emplois compatibles avec le contexte de la maladie, le chômage déguisé : « *A cause de la COVID-19, les appels à candidature ont beaucoup diminué sur les sites et dans les quotidiens d'information. Les chômeurs perdent ainsi l'espoir* », EI43, H de 35ans, Bko, CV, 2020.

A un autre d'ajouter : « *Il est vraiment difficile de travailler maintenant, dans les services avec cette histoire de COVID-19. On exige le travail à distance, la télétravail* », EI 53, Fe de 43ans, CVI, Bko, 2020.

Au regard de ces affirmations, s'il est encore difficile d'évaluer les conséquences sanitaires sur les personnes de façon exacte sur le plan biologique, il n'en est pas de même sur d'autres plans.

2.3. APPROPRIATION SOCIALE DE LA COVID-19

Dans cette rubrique, il s'agit pour les populations de chercher à connaître la COVID-19 et à vivre avec elle dans la durée, sans trop de problèmes.

Dans cette situation, si la maladie dure, les populations peuvent passer par un cercle vicieux d'appropriation, désappropriation et de réappropriation.

L'appropriation sociale de la maladie se présente avant tout comme un processus psychosocial dans lequel le malade doit s'inscrire dans une prise en charge dans la durée. Il doit, de ce fait, exercer une pression sur lui-même afin d'accepter et de vivre avec sa maladie chronique : « *Ka sɔn i ka bana ma, ani ka sɔn a fura keli kuntagalajan ma* », en Bamanan kan (Coulibaly, 2019 : 5).

Il ressort plusieurs facteurs d'influence sur le processus d'appropriation sociale de la COVID-19 par les populations, notamment l'information fournie sur cette maladie et la mise en place des mesures de préventions par les autorités, la foi : « *Ne ye kunafoniw sɔrɔ koronawirisi banan kan, o kɛra sabauye n'be ne yeɛ latagan, ani ka maa wɛɛ latagan. O kɔfɛ, nbɛ jigi da ala kan* », EG, H de 52 ans, Bko, CV, 2020.

En français, j'ai eu des informations sur le corona virus, cela m'a permis de me protéger et de protéger les siens.

Selon cet interlocuteur : « *Kunafoni kelen te koronawirisi banan kan, o dela ne dalen te a la* », EI, G de 17ans, Bko, CVI, 2020.

Cette affirmation se traduit comme suit : Il n'a pas d'informations univoques sur le corona virus. C'est pour quoi, moi je n'y crois pas.

Pour ce qui concerne l'information sur la COVID, Il ressort de l'analyse des données deux catégories de personnes. La première (une minorité) se dit s'approprier de la COVID-19 à cause des informations disponibles et des mesures de prévention mises en place par l'Etat et les autorités sanitaires. Pour eux, cela leur a donné du courage pour chercher à connaître et à appliquer les mesures barrières pour la prévention contre la COVID-19.

Pour la deuxième, le foisonnement des informations a constitué un obstacle dans l'appropriation de la COVID-19. Selon eux, cela s'explique par les contradictions entre les messages véhiculés, la très grande médicalisation et médiatisation de la COVID-19, les dépenses supplémentaires dans les produits hygiéniques (détergent, gel, mouchoir, masques).

Concernant l'âge, l'analyse révèle que les moins jeunes et les jeunes se sont moins appropriés de la COVID-19 : « *A fɔra ko koronawirisi te demisen banan ye, anw fana t'a jaten kosεβε* », EI 63, Fi de 14ans, Bko, CII, 2020.

Littéralement, on a appris que le corona virus n'est pas une maladie des jeunes, c'est pourquoi nous n'en tenons pas compte beaucoup. Les jeunes ont l'information selon laquelle, la COVID-19 serait une maladie des personnes avancée en âge. Alors, l'on comprend pourquoi ils étaient moins impliqués dans la prévention que les adultes et les personnes de 50ans et plus. Ce devrait être inquiétant à la lecture de cette conclusion : « *La pandémie a surtout touché les jeunes... environ 91 % des infections à Covid-19 en Afrique subsaharienne concernent des personnes de moins de 60 ans et plus de 80 % sont asymptomatiques* », révèle l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020 : 1).

Au regard de ces informations, l'analyse des tranches d'âge fait remarquer que l'appropriation sociale de la COVID-19 dans le district de Bamako augmente avec l'âge au fur et à mesure.

A la lumière de ces données, il convient de signaler que l'appropriation sociale de la maladie est à la fois une question d'informations et de volontés individuelle et collective. Aussi, elle relève de la foi et des croyances ou convictions des individus et groupes. Donc, elle n'est pas acquise une fois pour toute et peut se perdre selon ces mêmes facteurs.

2.4. DÉSAPPROPRIATION ET RÉAPPROPRIATION SOCIALE DE LA COVID-19

La désappropriation s'explique d'une part par l'effet des messages sur la COVID-19 : « *Au départ, j'avais peur, j'y croyais. Je portais toujours, un masque et respectes les gestes barrières. Mais, par la suite, j'ai compris que le corona virus était un alibi pour punir la chine et les pays pauvres....* », EI99, H de 39 ans, Bko, CII, 2020.

Cette affirmation est emblématique de l'attitude adopté par la grande majorité de la population malienne et celle du district de Bamako. C'est pourquoi, il y a eu un relâchement populaire certain dans la l'application des gestes barrières et les comportements à risque au sein de la population. Aussi, une des raisons évoquée pour la non propagation de cette maladie en Afrique, le continent qui a la plus jeune population. En plus, cette situation peut s'expliquer par une prise en charge trop médicalisée qui fait passer le malade de la peur à la banalisation et au relâchement du traitement.

Cette analyse laisse comprendre que l'une des conséquences est que les jeunes s'adonnent plus à un certain délaissement dans l'application des mesures de préventions. Dès lors, il est nécessaire de prendre en considération des aspects tout en tenant compte des spécificités selon le sexe, l'âge, des informations sanitaires fournies au malade et d'autres considérations personnelles,... (Coulibaly, bis :12).

La désappropriation est due au fait que les incertitudes existantes ne sont pas abordées de manière correcte que possible.

Par ailleurs, il ressort aussi des données que certaines personne se réapproprient de la maladie et appliquent des conseils sanitaires : « *Maintenant avec cette épidémie de paludisme associé au rhume, beaucoup de gens comme moi commence à adopter de nouveau les gestes barrières et à éviter les comportements à risques* », EI 103, H de 45ans, Bko, CVI, 2020.

Cela s'explique par le fait qu'on est dans un processus d'échange d'informations sanitaires peu ouvert, le plus souvent trop médicalisée. Ce processus d'échange doit tenir compte de plusieurs facteurs entre autres, le contexte socioculturel, les ressources personnelles du patient, les connaissances sur la maladie en question.

Il est à noter qu'une bonne communication doit constituer la base de tout traitement cohérent et de tout processus décisionnel. Car, elle favorise l'adhérence au traitement et facilite la gestion des patients.

3. DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Au sujet des causes et origines de la COVID-19, trois types de réponses ont été proposés : Dieu, les hommes et l'environnement.

Selon les tenants de la théorie divine de la COVID-19, le corona virus est une punition de Dieu à l'endroit de la population mondiale « *Korona wirisi ye ala ka lasomini banan ye* », EG102, Fe 45ans, Bko, CVI, 2020. Certains religieux prêchaient dans ce sens, en disant que les pandémies mondiales seraient prédites dans certaines écritures saintes (le Coran). Ainsi, les hommes auraient transgressé des interdits et en conséquence Dieu leurs a envoyé la COVID-19 pour notifier sa colère. Pour certains interlocuteurs, la COVID-19 aurait été spécifiquement prédite dans ce sens.

Pour ce qui concerne, la théorie humaine, est d'abord celle d'un complot où le virus aurait échappé au contrôle des scientifiques dans un laboratoire du virus. Ainsi, le corona virus est une création humaine en vue de la préparation d'une guerre biologique. Plusieurs variantes de cette théorie foisonnent.

Quant à la théorie environnementale, la COVID-19 viendrait des conditions d'hygiène et d'assainissement: « *Korona wirisi ye Nɔgɔbana ye, a be sɔrɔfiyen fe, ani saniya baliya fe* » EI87, G de 17 ans, Bko, CV, 2020.

Cela laisse entendre que le manque d'hygiène et d'assainissement sont à l'origine et les personnes atteintes n'ont pas été assez rigoureuses sur les mesures d'hygiène et d'assainissement. D'où, les mesures de prévention basée sur l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement. Par ailleurs, il sied signaler que cette théorie environnementale peut avoir aussi un objectif pédagogique : apprendre à rendre toujours les habitations et alentours et l'organisme humain assainis pour éviter des maladies, comme la COVID-19.

En fait, toute ces théorie relève non pas du vrai ou du faux, mais du concevable. Selon les connaissances historiques, les maladies ont toujours fait l'objet d'interprétation sociale en termes de punition divine, d'émanation de mauvaise personne ou de manquement à des comportements d'hygiène et d'assainissement.

Concernant les attitudes et les perceptions des populations face à une maladie, en plus du concevable, elles relèvent aussi du degré de connaissances, de l'expérience d'avec la maladie, de la possibilité de traitement et de guérison. Ce sont ces facteurs qui amènent les personnes à juger telle maladie de dangereuse ou non. Il sied de signaler que les attitudes et perceptions orientent les comportements des populations face à la maladie et aux soignants.

Concernant les signes de reconnaissance de la COVID-19, plusieurs signes ont été cités tels que la fièvre, la toux, l'écoulement de nez, les douleurs articulaires, essoufflement, douleur au niveau de l'abdomen et du thorax, hausse de la température corporelle, la perte du goût et de l'odorat.

En fait, certains de ces symptômes ne correspondent pas à ceux de la COVID-19. Par contre d'autres n'en ont pas de rapport avec, du moins selon les connaissances actuelles sur cette maladie. C'est description nosologique en correspond pas à celle de la biomédecine. Cela est déjà connu en anthropologie de la santé.

Par rapport aux modes d'acquisition de la COVID-19, il a été évoqué des réservoirs d'origines animale, humaine, de poissons et d'oiseaux. Ainsi, à partir de ces réservoirs (animaux, personnes, oiseaux, animaux),

le gerbe de la maladie peut se transmettre à l'hôte et se propage au sein de la population. Il ressort que l'acquisition de la COVID-19 est à la interhumaine et animale. Les vecteurs de transport sont le vent, l'eau, la salive et les sécrétions corporelles et le liquide nasal.

Cela n'est pas surprenant, car une maladie part toujours d'un réservoir et est conduite par des vecteurs. Ainsi, en cas de nouvelle maladie, les populations s'attèlent à chercher ces éléments. Selon les connaissances scientifiques actuelles sur la COVID-19, un seul mode d'acquisition est connu : la contagion interhumaine à travers le liquide nasal, la salive par l'intermédiaire du vent ou des objets contaminés, utilisés par une personne infectée.

Concernant, les modes de préventions, il ressort de l'analyse des données trois catégories de stratégies endogènes de prévention de la COVID-19 : une stratégie religieuse, une stratégie basée sur la connaissance de la flore et une stratégie basée sur les mesures d'hygiène et d'assainissement.

En fait, toutes ces théories relèvent d'interprétations sociales en termes de punition divine, d'émanation de mauvaise personne ou de manquement à des comportements d'hygiène et d'assainissement.

Ces différentes acceptions s'expliquent par le fait que les hommes ont toujours donné un sens à leurs maux. Ces explications sont généralement contextuelles sociales, environnementales, divines, humaines.

Concernant, l'appropriation sociale de la COVID-19 par les populations, il ressort de l'analyse plusieurs facteurs, entre autres l'information sanitaire, l'âge et le statut physique des populations. Ainsi, l'analyse de l'attitude des jeunes face à la COVID-19 s'explique par le fait que la jeunesse est la fleur de l'âge où les personnes concernées sont en phase de la construction d'une identité de soi, où elles se sentent physiquement et psychologiquement forts. Aussi, elle s'explique par le fait que certains scientifiques évoquent la jeunesse de la population africaine comme l'une des raisons de la non propagation du virus en Afrique, la plus jeune du monde, avec un âge médiane de 19 ans, selon les données des Nations unies (OMS, 2020).

Cependant, face à une maladie nouvelle comme la COVID-19, il convient de considérer d'autres facteurs en plus des dépenses nécessaires pour la protection et la prévention des populations, les difficultés de changement de comportement (éviter les poignées de mains, les ambassades, les accolades, les regroupements de plusieurs personnes, respecter une distanciation sociale, réduire le nombre de participants aux événements sociaux, ...).

On peut faire remarquer à partir de ces informations que la sensibilisation peut à la fois favoriser l'appropriation, la non appropriation, la désappropriation et la réappropriation de la COVID-19 dans la durée. Il importe d'éviter la contradiction dans les messages sanitaires et la trop grande médicalisation de la maladie.

Par ailleurs, il est difficile à l'état actuel des recherches d'identifier les éventuelles conséquences physiques et psychologiques de la COVID-19 à court, à moyen et à long termes sur les individus. Les recherches sont en cours et pourront dire le contraire. Par contre, sur les plans économiques et sociaux, les conséquences sont plus visibles.

Concernant le processus d'appropriation, de désappropriation et réappropriation, il existe en cette période de froid une sorte d'épidémie de paludisme associée au rhume avec comme signes communs et partagés des douleurs articulaires, la perte de l'odorat et du goût.

Pour une partie de la population, il s'agit du paludisme. Pour certains soignants, c'est le corona virus qui se propage au sein de la population avec comme facteur favorisant le froid. Le fond de cette controverse est que les populations se trouveraient dans le déni selon les soignants. Et pour les populations, les soignants sont dans le mensonge avec pour ambition la recherche effrénée de cas de COVID-19.

CONCLUSION

Somme toute, il ressort des résultats une certaine construction sociale de la COVID-19 par les populations du district de Bamako. Elles sont leurs propres dénominations sociales, leurs perceptions et attitudes, leurs symptômes de la COVID-19, des modes de transmission, de préventions et différentes conséquences sur les populations et les individus. Au regard de cela, il est à constater que la COVID-19 a fait l'objet de construction sociale dans le district de Bamako. Dans cette construction sociale, il ressort que les attitudes et les perceptions orientent les comportements des populations face à la maladie et aux soignants.

Concernant les conséquences de la COVID-19 sur les populations, il importe de signaler qu'il est difficile, à l'état actuel des recherches, d'identifier les éventuelles conséquences physiques et psychologiques de la COVID-19 à moyen et à long termes.

Par rapport à l'appropriation sociale de la COVID-19, il ressort des résultats un processus de non appropriation, d'appropriation, de désappropriation et de réappropriation sociale. Ainsi, selon les résultats certaines personnes ne respectaient pas les conseils sanitaires et n'appliquaient pas les gestes barrières. D'autres les appliquaient et parmi lesquels certains l'ont arrêté momentanément et repris par la suite. Il ressort de l'analyse que ce processus n'est pas clos et les individus ou groupes sont toujours dans cette dynamique d'appropriation et de réappropriations sociales.

Somme toute, il importe de souligner qu'au Mali, on a une part des autorités qui ne mesurent pas l'ampleur et la profondeur du COVID-19 et dont la gestion sanitaire, sociale, économique et politiques ne sont pas à hauteur de souhait aux yeux des scientifiques et de la majeure partie de la population. Et d'autres part, une population en grande majorité qui ne croit pas au COVID-19 et qui reste insensible au nombre de cas, de décès. Il y a eu certes des messages, mais l'action de lutte demeure insuffisante. La sensibilisation est encore sommaire. Pour une lutte organisée contre le COVID-19 au Mali, il faut démontrer aux populations qu'il constitue un problème de santé publique et mettre en place un plan de prévention populaire acceptable et applicable.

BIBLIOGRAPHIE

- Augé Marc, 1984, Le sens du mal, *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, 257P.
- Centers for Disease Control and Prevention, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020, avril 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>
- Coulibaly Youssouf, Construction et appropriation sociales d'une maladie chronique : la drépanocytose dans le district de Bamako, 230p, 2019.
- Jodelet, D. (1982), « Représentation, expériences, pratiques corporelles et modèles culturels », in Colloque : *conceptions, mesures et actions en santé*, vol 104, n°2. Paris, Ed. I.N.S.E.R.M. pp. 1-39.
- OMS, www.afro.who.int › news › les-facteurs-sociaux-et- environnementaux, consulté la 23/11/2020.