



FACTEURS LIMITANT L'INITIATION DE LA COLLABORATION ENTRE LES TRADITHÉRAPEUTES ET LES THÉRAPEUTES MODERNES AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE DÉDOUGOU, BURKINA FASO

Étapes de traitement de l'article

Date de soumission : 28 - 09 -2024

Date de retour d'instruction : 05 - 10 -2024

Date de publication : 12 - 12 - 2024

Abdramane BERTHE

Université Daniel Ouezzin Coulibaly (UDOC), Burkina Faso
aberthe56@yahoo.fr ou abdramane.berthe@univ-dedougou.bf ou
abdramane.berthe@centre-muraz.bf

Résumé : Bien que la littérature ait largement exploré les obstacles à la collaboration entre tradithérapeutes et thérapeutes modernes, elle s'est peu focalisée sur les facteurs qui freinent l'initiation de cette collaboration. D'où cette étude qui vise à analyser les facteurs limitant l'initiation d'une collaboration entre ces thérapeutes au Centre hospitalier régional de Dédougou (Burkina Faso). Une étude qualitative analytique basée sur des entretiens semi-structurés a été réalisée de novembre à décembre 2023 auprès de 48 enquêtés, dont des tradithérapeutes, des thérapeutes modernes et des responsables du CHR. Ces enquêtés ont été sélectionnés de façon raisonnée et les données ont été collectées jusqu'à la saturation des informations recherchées. Une analyse thématique a été réalisée. Les principes éthiques ont été respectés durant toute l'étude. La méconnaissance des textes réglementaires chez la plupart des tradithérapeutes et chez une partie des thérapeutes modernes entrave l'application concrète de ces textes. Les contraintes administratives, en particulier la complexité des procédures d'enregistrement pour les tradithérapeutes, accentuent leur marginalisation institutionnelle. De plus, la méfiance mutuelle entre ces thérapeutes constitue un frein majeur à l'initiation de la collaboration, nourrie par des perceptions de domination de la médecine moderne sur la médecine traditionnelle. L'absence de concertation formelle et de dialogue, exacerbée par des barrières linguistiques, renforce les stéréotypes et la méfiance. Au CHR de Dédougou, l'initiation de la collaboration avec les tradithérapeutes autorisés passe principalement par l'appropriation des textes réglementaires par les deux parties et la mise en place d'un cadre de concertation régulier.

Mots-clés : initiation de collaboration inter-thérapeutique, Médecine traditionnelle, Médecine moderne, système de référence, recours thérapeutiques

LIMITING FACTORS IN INITIATING COLLABORATION BETWEEN TRADITIONAL HEALERS AND MODERN THERAPISTS AT THE REGIONAL HOSPITAL CENTER OF DÉDOUGOU, BURKINA FASO

While existing literature has extensively explored the barriers to collaboration between traditional healers and modern therapists, it has seldom focused on the factors

hindering the initial stages of this collaboration. This study aims to analyze the limiting factors affecting the initiation of collaboration between these therapists at the Regional Hospital Center of Dédougou (Burkina Faso). A qualitative, analytical study based on semi-structured interviews was conducted from November to December 2023 with 48 participants, including traditional healers, modern therapists, and hospital administrators at the Regional Hospital Center (CHR). Participants were selected through purposive sampling, and data collection continued until information saturation was achieved. A thematic analysis was performed, adhering to ethical principles throughout the study. A lack of awareness of regulatory texts among most traditional healers and some modern therapists impedes the practical application of these guidelines. Administrative constraints, particularly the complexity of registration procedures for traditional healers, exacerbate their institutional marginalization. Furthermore, mutual distrust between these practitioners significantly hampers collaboration, fueled by perceptions of dominance by modern medicine over traditional practices. The absence of formal consultation and dialogue, compounded by language barriers, reinforces stereotypes and deepens mistrust. At the Dédougou Regional Hospital, initiating collaboration with authorized traditional healers primarily requires both parties to adopt a shared understanding of regulatory guidelines and the establishment of a regular consultation framework.

Keywords: Inter-therapeutic Collaboration, Traditional Medicine, Modern Medicine, Referral System, Therapeutic Practices

Introduction

La littérature scientifique sociologique et/ou anthropologique a mis en évidence la nécessité, voire l'obligation, de la collaboration entre les tradithérapeutes et les thérapeutes modernes (TT&TM) en Afrique. Ces travaux montrent que cette collaboration est essentielle pour une meilleure prise en charge des patients, l'amélioration de la santé publique et le respect des réalités culturelles des populations locales. Oliver De Sardan (1995), Memel-Fotê (1999), Kroa, Diaby et al. (2014) ont montré que la Médecine traditionnelle (MT) et la Médecine moderne (MM) apportent des savoirs complémentaires. La MT est souvent perçue comme ayant une connaissance plus fine des maladies locales avec des remèdes à base de plantes et une approche holistique, intégrant les dimensions sociales, spirituelles et culturelles de la maladie. Tandis que la MM se concentre sur des traitements biomédicaux basés sur des preuves scientifiques en se focalisant sur les aspects biologiques et cliniques. Dans la logique de Rachel King et de l'Onusida (2007), une collaboration efficace entre ces deux médecines permettrait d'améliorer la couverture sanitaire et de mieux orienter les patients vers des traitements complémentaires en cas de maladies graves. Selon certains sociologues (Memel-Fotê, 1999; Kroa et al., 2014; Foucault, 2015), la double fréquentation à la fois des TT&TM par les malades illustre que ces malades les perçoivent comme complémentaires, et que la prise en compte des pratiques culturelles locales, y compris la MT, est essentielle pour la légitimité et l'efficacité des systèmes de santé modernes.

Il existe une abondante littérature scientifique non seulement sur la collaboration entre les TT&TM dans divers contextes en Afrique, mais également, et surtout, sur les défis



et obstacles rencontrés dans cette collaboration. À ce sujet, notons que les obstacles à la collaboration entre les TT&TM se répartissent en plusieurs grandes catégories : méfiance mutuelle, manque de communication, préjugés, concurrence perçue, difficultés administratives, divergences de pratiques, et crainte de l'exploitation des savoirs traditionnels. Ces obstacles sont amplifiés par l'absence de formation et de régulation, ainsi que les croyances culturelles et religieuses. La collaboration entre les deux systèmes de santé reste difficile à cause de ces tensions structurelles et idéologiques.

La méfiance mutuelle entre TT&TM constitue un obstacle récurrent à la collaboration entre les deux systèmes. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020) souligne que cette méfiance réciproque est un obstacle majeur. Diabaté et Coulibaly (2021) ajoutent que ce manque de confiance limite les efforts de collaboration. Masumbuku et al. (2021) précisent que les Tradithérapeutes (TT) se sentent dévalorisés par les Thérapeutes Modernes (TM), ce qui alimente cette méfiance. Yanogo et Nikiema (2023) confirment que les relations entre les TT et les institutions de santé sont caractérisées par une forte méfiance. Enfin, Kakondja et al. (2017) expliquent que cette méfiance de la part des prestataires de la MM freine la coopération, tandis que Zerbo (2011) ajoute que certains TT hésitent à orienter leurs patients vers la MM par manque de confiance.

Le manque de communication bilatérale est un autre obstacle central à la coopération entre les TT et les TM. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020) souligne que cette absence de communication freine la collaboration. Didier (2015) note que la communication est quasi inexistante entre les deux systèmes, empêchant toute coopération effective. Kroa et al. (2014) relèvent également un manque de communication, notamment dans le transfert des patients entre les deux systèmes. Diabaté et Coulibaly (2021) expliquent que la méconnaissance des pratiques respectives freine la communication, un constat partagé par Yanogo et Nikiema (2023), qui mentionnent que le manque d'échanges formels limite les interactions productives.

Les préjugés, le dénigrement et la perception d'infériorité des TT représentent un obstacle important à la collaboration. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020) relèvent des préjugés mutuels, avec une perception de la MT comme irrationnelle par certains TM. Didier (2015) précise que ces préjugés génèrent des tensions, les TM dénigrant souvent les TT. Mati et al. (2022) ajoutent que les agents biomédicaux considèrent la MT comme inefficace. Selon Masumbuku et al. (2021), les TT se sentent perçus comme non qualifiés, ce qui constitue une barrière à la coopération. Didier (2015) observe que les TM refusent d'intégrer les plantes médicinales, soulignant les différences profondes dans les visions de la santé. Dozon (1987) note également que les TT sont souvent subordonnés aux TM sans reconnaissance, dévalorisant ainsi leurs pratiques. Kakondja et al. (2017) relèvent aussi que certains TT sont perçus comme des charlatans par les TM.

La concurrence perçue entre les deux systèmes de santé est un autre obstacle significatif. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020) mentionne que les TT perçoivent une forte concurrence déloyale avec la MM. Konaté et al. (2017) parlent d'une "coopération conflictuelle", marquée par des tensions liées à cette concurrence perçue. Adedzi (2019)

indique que les conflits et la compétition exacerbent les difficultés à établir une complémentarité entre les deux systèmes. Saisonou et al. (2012) évoquent également une méfiance et une compétition entre les deux groupes, chaque système se percevant comme rival. Zerbo (2011) ajoute que certains TT prolongent les traitements pour maximiser leurs gains financiers, soulignant la concurrence économique avec les systèmes de santé modernes.

Le manque de reconnaissance officielle et les difficultés administratives sont des obstacles importants à la collaboration. Yanogo et Nikiema (2023) indiquent que la reconnaissance officielle des TT par le Ministère de la Santé est difficile à obtenir, entravant la collaboration avec les structures de santé modernes. Boly et al. (2021) notent que les procédures administratives pour l'obtention de licences sont lentes et inefficaces. Mati et al. (2022) précisent que les TT hésitent à partager leurs savoirs de peur d'une exploitation sans compensation officielle. Dozon (1987) ajoute que les TT ne reçoivent ni reconnaissance ni rémunération, ce qui compromet leur statut et la coopération.

Les divergences dans les pratiques et les concepts de santé sont également des obstacles majeurs. Dozon (1987) explique que la réduction des savoirs traditionnels à des techniques sous le contrôle de la biomédecine dévalorise les pratiques holistiques des TT. Konaté et al. (2017) mentionnent des divergences dans l'interprétation des maladies, ce qui engendre des tensions. Didier (2015) souligne que les visions de la santé sont très différentes entre les deux systèmes, rendant la collaboration difficile. Elle note que les TM sont réticents à accepter des pratiques qu'ils considèrent comme inférieures et dangereuses. Kroa et al. (2014) relèvent que l'absence de diagnostic fiable dans la MT est un obstacle majeur pour les TM. Mandjumba et al. (2021) ajoute que, malgré la coexistence des deux systèmes, chacun présente des limites qui poussent les habitants à naviguer entre les deux.

La crainte de l'exploitation des savoirs traditionnels est une autre barrière à la collaboration. Mati et al. (2022) notent que les TT craignent que leurs remèdes soient exploités commercialement sans compensation adéquate, ce qui freine les efforts de collaboration scientifique. Zerbo (2011) souligne que certains TT refusent de référer leurs patients ou de collaborer pleinement, par crainte de perdre leur savoir-faire au profit de la biomédecine.

L'absence de formation et de régulation des TT est également un obstacle majeur. Kroa et al. (2014) indiquent que l'analphabétisme et l'ignorance des TT sont perçus comme des obstacles par les TM. Kakondja et al. (2017) mentionnent que l'absence de formation et la mauvaise conservation des médicaments traditionnels limitent l'intégration des TT au sein du système moderne. Gnandi (2018) souligne que l'absence de réglementation et de contrôle des pratiques nuit à la crédibilité des TT authentiques. Boly et al. (2021) précisent que le manque de formation des TM sur la MT freine également la coopération.



Le manque de ressources et d'infrastructure pour faciliter la collaboration est également mentionné. Saizonou et al. (2012) expliquent que le manque de ressources et de personnel qualifié dans les centres de santé modernes aggrave les tensions entre les deux systèmes. Adedzi (2019) souligne que l'absence de plateforme officielle pour faciliter la coopération entre les deux groupes est un obstacle logistique majeur.

Enfin, l'influence des croyances religieuses et culturelles sur la collaboration entre les TT&TM constitue un dernier obstacle. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020) mentionne que ces croyances influencent fortement les attitudes des acteurs des deux systèmes de santé. Kroa et al. (2014) ajoutent que les croyances liées aux génies et autres pratiques spirituelles créent des barrières à la communication et à la collaboration entre les deux systèmes.

Bien que la littérature scientifique ait largement étudié les obstacles à la collaboration entre TT&TM, il convient de noter que la quasi-totalité de ces études se sont concentrées sur l'analyse des défis rencontrés dans des collaborations déjà existantes. Toutefois, il semble exister un vide important dans la littérature quant aux facteurs freinant l'institution de cette collaboration, c'est-à-dire les obstacles rencontrés avant que la coopération ne soit formellement instaurée. La présente étude vise à combler ce manque. Son objectif est d'analyser les facteurs limitant l'initiation d'une collaboration entre les TT&TM au Centre hospitalier régional de Dédougou, une ville secondaire du Burkina Faso.

Cette étude répond également à un besoin exprimé par les acteurs du CHR de Dédougou eux-mêmes. En effet, ce sont les responsables de cette initiation qui ont sollicité les chercheurs pour explorer les obstacles qui freinent l'institution de la collaboration avec les TT. Dans leur logique, cette étude leur offrirait des perspectives précieuses pour améliorer la prise en charge des patients et promouvoir une meilleure synergie entre les deux systèmes de santé.

1. Méthode

1.1. Site de l'étude

Cette étude s'est déroulée dans la région de la Boucle du Mouhoun, une des 13 régions administratives du Burkina Faso. En termes d'infrastructures sanitaires, en 2019, la Boucle du Mouhoun disposait de 361 structures, dont les principales étaient : un Centre Hospitalier Régional (CHR) à Dédougou le chef-lieu de la région, cinq Centres Médicaux avec Antenne (CMA), neuf Centres Médicaux, 259 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 9 pharmacies, et 1 centre régional de transfusion sanguine (Direction générale du développement territorial (Burkina Faso)). Les six provinces de la région correspondent à six districts sanitaires : Boromo, Dédougou, Nouna, Solenzo, Toma et Tougan. Le site de cette étude et une partie de la méthode ont partiellement été présentés dans cinq de nos études précédentes (Berthé, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2025). Dans chaque district, les CMA servent de structures de référence pour les autres formations sanitaires.

Le CHR de Dédougou était la structure de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Il couvrait une superficie de 34153 km² (Centre

Régional Hospitalier de Dédougou (2022) et une population estimée à 1 901 269 habitants en 2019 (Institut national de la statistique et de la démographie, 2020). En 2022, il intégrait divers services cliniques dont : la médecine générale (y compris les spécialités cliniques), les urgences médicales, la gynécologie obstétrique, la chirurgie, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie, la pédiatrie et la psychiatrie. Il avait une capacité d'hospitalisation de 166 lits et comptait un total 434 agents dont 57 impliqués dans le diagnostic médical et spécialité, 29 agents administratifs (Centre Régional Hospitalier de Dédougou, 2022). En 2021, ce CHR a assuré 27 386 nouvelles consultations curatives et pris en charge 9194 malades hospitalisés pendant 35081 jours cumulés (Centre Régional Hospitalier de Dédougou, 2022). Le taux d'occupation des lits était de 69,8% avec un séjour moyen de 4,6 jours en 2022 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2023). La ville de Dédougou comptait cinq cliniques privées.

1.2. Population d'étude

Dans cette étude, le TT désigne une personne qui pratique des soins en s'appuyant sur des connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit et sur des expériences vécues (OOAS, 2013). Ces soins sont généralement basés sur l'utilisation de plantes médicinales, des rituels spirituels, et d'autres techniques holistiques visant à rétablir l'équilibre physique, mental, et spirituel du patient. Il est reconnu par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente dans son domaine/catégorie. Il existe plusieurs catégories de TT : accoucheuse traditionnelle, chiropracteur, herboriste, médicodroguiste, naturothérapeute et ritualiste.

Une accoucheuse traditionnelle est une femme reconnue dans sa communauté pour son expertise dans l'accompagnement des femmes enceintes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et des premiers soins post-partum. Elle exerce en dehors des structures médicales modernes. Un chiropracteur se spécialise dans le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mécaniques du système musculo-squelettique. Il utilise principalement des manipulations manuelles (massages ou ajustements) pour rétablir un fonctionnement normal, soulager la douleur et favoriser la guérison sans recourir à des médicaments ou à la chirurgie. Un herboriste se spécialise dans la connaissance, la culture, la récolte et l'utilisation des plantes médicinales. Il prépare et recommande des infusions, des tisanes, des onguents, et d'autres préparations à base de plantes pour traiter diverses affections. Il conseille sur l'utilisation des plantes pour la prévention des maladies et le maintien du bien-être général. Un médicodroguiste se spécialise dans le conditionnement, la vente et la distribution de produits naturels à des fins thérapeutiques comme les plantes médicinales, les animaux, les minéraux, les remèdes homéopathiques et les compléments alimentaires. Un naturothérapeute utilise des techniques de soins non invasives, centrées sur l'alimentation, l'exercice, la gestion du stress, et l'utilisation de remèdes naturels, notamment des plantes et des compléments alimentaires. Il ne propose que des substances naturelles comme moyen thérapeutique. Un ritualiste est une personne qui, dans un contexte traditionnel ou spirituel, est responsable de la préparation, de la conduite et de l'exécution de rituels. Ces rituels peuvent être



religieux, spirituels ou culturels. Il recourt aux rites (religieux ou autres) pour soigner (OOAS, 2013). Au Burkina Faso, les TT se regroupent au sein d'associations communales, elles-mêmes affiliées à des associations provinciales, qui sont ensuite rattachées aux unions régionales. Ces unions régionales sont à leur tour affiliées à la Fédération nationale des tradipraticiens du Burkina Faso. Selon le président régional et provincial des tradipraticiens du Mouhoun, en 2024, l'Association des Tradipraticiens du Mouhoun (ATM) comptait environ 700 membres, dont 300 dans la commune de Dédougou. L'Union Régionale des Tradipraticiens de la Boucle du Mouhoun (URTBM) regroupait environ 3 000 membres.

1.3. Collecte des données de la littérature

Le volet « revue de littérature » de cette étude a été conduit principalement en ligne à partir de plusieurs bases de données académiques et sites web spécialisés, tels que PubMed, Cairn-Info, Érudit, ResearchGate et Google Scholar. Les mots clés utilisés étaient « Collaboration MM et MT », « Coopération entre MM et radiothérapie », « MT et biomédecine », « Facteurs limitatifs cohabitation MM et MT », « Praticiens de MT », « Intégration MT dans le système de santé », « Médecine holistique et médecine biomédicale », « Systèmes de santé traditionnels et modernes » et « Pluralisme médical en Afrique ».

1.4. Type d'étude et sélection des enquêtés

Sur le terrain, nous avons conduit une étude qualitative, diachronique à visée analytique. La population étudiée a été composée de TT (chiropracteur, herboriste, médicodroguiste, naturothérapeute et ritualiste) résidant à Dédougou et appartenant à l'ATM, et de TM issus des différents services cliniques du CHR, des responsables du CHR et de la direction régionale de la santé. Les enquêtés ont été sélectionnés de façon raisonnée en veillant à obtenir un groupe hétérogène et socialement représentatif de la population mère dont ils sont issus. Ils ont été inclus dans l'étude jusqu'à la saturation des informations recherche. La collecte des données a été interrompue après avoir atteint la saturation avec un total de 48 enquêtés (31 TM, 12 TT, 3 responsables du CHR et 2 responsables de la direction régionale de la santé de la Boucle du Mouhoun).

1.5. Outils de collecte des données

Des entretiens individuels ont été réalisés avec chacun de ces enquêtés à l'aide d'un guide semi-structuré comportant des rubriques comme : caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté, connaissance de l'enquêté sur les textes législatifs et réglementaires relatifs à la collaboration entre les TT&TM, facteurs limitatifs de l'institution de leur collaboration et stratégies pour une meilleure institution de la collaboration entre ces thérapeutes.

1.6. Collecte des données sur le terrain et aspects éthiques

Les données ont été collectées de du 15 novembre au 7 décembre 2023. L'équipe de collecte était constituée de 9 étudiants-stagiaires. Ils étaient supervisés par deux étudiants expérimentés en collecte et analyse des données de niveau masters en sociologie et anthropologie et par un enseignant-chercheur sociologue et anthropologue de la santé. Le Directeur général du CHR a donné son accord favorable et délivré une autorisation de collecte des données. Le protocole de recherche a ensuite

été présenté aux responsables du CHR (Directeur général, directeurs ou responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques) lors d'une séance de « restitution de positionnement des chercheurs ». Cette étape a été cruciale pour faciliter l'accès au terrain. De plus, les étudiants en charge de la collecte des données ont été recyclés en éthique de la recherche en sciences sociales et les bonnes pratiques en matière de collecte de données, afin d'assurer la qualité et le respect des normes tout au long du processus.

Les entretiens ont été réalisés avec les enquêtés en fonction de leur disponibilité, à domicile chez les TT et au CHR avec les TM. Ils ont été réalisés en français, moré et dioula (deux langues majoritaires au Burkina Faso). Des prises de notes et des enregistrements numériques ont été faits chaque fois que les enquêtés donnaient leur accord. Les données ont été transcrites et analysées manuellement. Deux superviseurs ont vérifié l'adéquation entre le guide, les enregistrements et les traductions/transcriptions. Le président régional des TT a été la porte d'entrée dans leur milieu. Le Directeur général du CHR a été la porte d'entrée au CHR.

1.7. Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide d'une grille d'analyse thématique. Les principes éthiques de la recherche scientifique en sciences sociales (Mucchielli, 2009) ont été respectés. Tous les participants ont été informés à l'aide d'une note de consentement éclairé avant leur inclusion dans l'étude. La participation était libre et volontaire, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

1.8. Restitution des données/Résultats (Validation et valorisation des résultats)

Pour assurer une forme de validation des données, nous avons réalisé une restitution de positionnement du chercheur au CHR au début de l'étude, une restitution test de l'analyse auprès des autorités et responsables des services du CHR et une restitution comme un devoir devant un grand public à Dédougou. La typologie de ces pratiques restituantes est empruntée à Bergier (2000). La restitution de positionnement du chercheur se fait généralement en amont ou à mi-parcours de la recherche. Lors d'une rencontre, nous avons présenté le protocole de recherche aux responsables du CHR (Directeur général, directeurs ou responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques), afin qu'ils transmettent le contenu validé au personnel du CHR. Cette démarche nous a facilité l'accès au terrain et nous a intégré davantage dans le milieu étudié, garantissant ainsi de meilleures conditions pour la collecte des données. En général, une telle restitution est souhaitable, voire nécessaire, pour aborder des sujets « tabous » ou pour intervenir dans des milieux réfractaires aux enquêtes, tels que les centres de santé, où les agents de santé se perçoivent souvent comme exploités et épuisés par des études jugées d'une faible utilité pratique. La restitution, comme "test" de l'analyse, a été réalisée à la fin de notre recherche. Lors d'une rencontre avec les responsables du CHR, nous avons présenté notre analyse des résultats afin de la confronter à leur expertise : confirmer ou infirmer certaines conclusions, tester la cohérence et la plausibilité des énoncés scientifiques, etc. Selon Bergier (2000), cette démarche de restitution permet non seulement de valider certaines parties du modèle proposé par le chercheur, mais aussi d'en identifier les lacunes, et de dégager de nouvelles perspectives de recherche. La restitution comme un devoir, s'est effectuée à la fin de la recherche. Lors d'une rencontre publique ouverte à l'ensemble de la



population de la ville de Dédougou (y compris les étudiants), nous avons présenté les résultats de notre étude et répondu aux questions des participants. Ce type de restitution permet de diffuser le contenu final du rapport d'étude. Pour le chercheur, cette démarche représente un devoir moral, une obligation de contre-don envers les "donateurs de données", à savoir les participants à l'enquête. Elle vise à les remercier et à leur exprimer la gratitude du chercheur pour l'attention, l'intérêt, le temps et les efforts qu'ils ont consacrés à l'investigation. Toutefois, cet échange symbolique n'a pas d'influence sur le contenu final du document scientifique.

En outre, les résultats de l'étude ont été présentés à deux conférences scientifiques au niveau national (Konaté et al., 2024).

2. Résultats

2.1. Les textes évoquant la collaboration entre les TT&TM au Burkina Faso

Selon l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS, 2013), en 1978, la Déclaration d'Alma-Ata, réaffirmée en 2008 par la Déclaration de Ouagadougou, a reconnu la MT comme un élément clé des soins de santé primaires, répondant aux besoins sanitaires des communautés. Depuis, les instances dirigeantes de l'OMS, les partenaires et les pays ont adopté plusieurs résolutions et déclarations visant à institutionnaliser la MT dans les systèmes de santé nationaux. Par exemple, en 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la Stratégie Régionale, via la résolution AF/RC50/R3, pour promouvoir l'intégration de la MT dans les systèmes de soins. L'objectif de cette stratégie est de contribuer à la réalisation de la « santé pour tous » dans la région, en maximisant l'utilisation de la MT. La résolution encourage les pays à établir des inventaires des pratiques efficaces, à prouver la sécurité, l'efficacité et la qualité des MT, et à mener les recherches nécessaires pour valider ces approches (OOAS, 2013). En 2013, la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à travers l'OOAS a conçu son cadre réglementaire harmonisé pour encadrer la MT dans les États membres de la CEDEAO. Ce document (OOAS, 2013) souligne l'importance de l'institutionnalisation de cette médecine, tout en assurant une collaboration avec la MM. Le cadre vise à réguler les pratiques des TT, à travers un processus d'autorisation, un code d'éthique et des normes pour l'ouverture des établissements de MT. Il propose également des Bonnes Pratiques de Fabrication pour garantir la qualité et la sécurité des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, avec des procédures strictes d'homologation et d'essais cliniques pour évaluer leur efficacité et innocuité. Un système de phytovigilance est mis en place pour suivre les effets secondaires des médicaments après leur commercialisation, et des restrictions sont imposées sur la publicité pour éviter la désinformation. Le document insiste également sur la nécessité de référer les cas complexes aux professionnels de santé moderne et de promouvoir une collaboration entre les praticiens des deux systèmes médicaux. Ce cadre harmonisé vise à optimiser l'utilisation de la MT en garantissant la sécurité des patients tout en valorisant les connaissances traditionnelles (OOAS, 2013).

Au Burkina Faso, depuis 1994, la MT a fait officiellement partie du système national de santé, comme inscrit dans le Code de la santé publique.¹⁶⁹ Ce code a affirmé dans son article 143 que l'exercice de la MT est reconnue au Burkina Faso. Les modalités de la promotion, les conditions d'exercice de la MT, l'organisation des TT de santé sont déterminées par voie réglementaire.

Selon la Direction chargée de la continuité des activités réglementaires pharmaceutiques du Ministère de la santé (2018), pour encadrer la pratique de la MT et la relation entre cette dernière et la médecine conventionnelle, le gouvernement du Burkina Faso a adopté plusieurs textes législatifs et réglementaires. Il a établi les définitions, conditions d'ouvertures et d'exploitation des établissements de médecine et de pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso (Décret N°2012-1035/PRES/PM/MS/MICA/MATDS/MEF du 28 décembre 2012). Il a statué sur la création, l'attribution, la composition et le fonctionnement de la commission technique d'examen des dossiers de demande d'autorisation d'exercice de la MT (Arrêté N°2013-549/MS/CAB du 21 juin 2013). Il a précisé les modalités d'ouverture et d'exploitation d'un établissement de médecine et de pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso (Arrêté N°2013-550/MS/CAB du 21 juin 2013). Il a statué sur l'institution, l'organisation et le fonctionnement d'un système de référence et de recours entre la MT et la médecine conventionnelle au Burkina Faso (Arrêté N°2013-551/MS/CAB du 21 juin 2013) et a défini les modalités d'exercice de la MT au Burkina Faso (Arrêté N°2013-552/MS/CAB du 21 juin 2013).

Au Burkina Faso, l'exercice de la MT est conditionné par l'obtention d'une autorisation délivrée par le Ministre de la santé après soumission d'un dossier de demande d'autorisation comprenant une demande timbrée précisant la catégorie de tradipraticien revendiquée, un extrait d'acte de naissance ou un document tenant lieu, un certificat de nationalité, un extrait de casier judiciaire, un certificat de résidence, un certificat de notoriété délivré par le Maire de sa commune, et un engagement de respect de l'éthique médicale, deux photos d'identité et une fiche de renseignement. Le dossier est soumis à plusieurs niveaux de validation et d'examen, commençant par l'infirmier chef de poste, puis passant par le maire, le médecin chef du district, et enfin le directeur régional de la santé avant d'être soumis au Ministre chargé de la santé pour approbation finale. Une fois autorisé, le tradipraticien doit exercer lui-même sa profession et respecter les bonnes pratiques. Il doit, entre autres, éviter toute publicité mensongère, collaborer avec les agents de santé, respecter le code de déontologie, et protéger l'environnement. L'autorisation d'exercer est valable 5 ans renouvelables¹⁷⁰. Au Burkina Faso, la pièce maîtresse pour obtenir l'autorisation d'exercer dans le domaine de la MT est le certificat de notoriété, délivré par le Maire de la commune de résidence du candidat TT. Pour obtenir ce certificat, le candidat doit fournir un document d'évidence ethnomédicale, établi par l'infirmier chef de poste du centre de santé et de promotion sociale de l'aire de santé dont dépend le candidat sur le plan socio-professionnel, en collaboration avec le médecin chef et le pharmacien du district

¹⁶⁹ Assemblée des Députés du Peuple (Burkina Faso), 1994, Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique (19 Mai 1994).

¹⁷⁰ Ministère de la Santé, Burkina Faso (2013). Arrêté n° 2013-552/MS/CAB portant modalités d'exercice de la MT.



sanitaire. Pour chaque pathologie revendiquée par le candidat TT, et sous la supervision de l'infirmier chef de poste, un échantillon de 30 patients volontaires, après obtention de leur consentement éclairé, est soumis au traitement du candidat afin de valider ses compétences.

Le Guide national du système de référence et de recours entre MT et médecine conventionnelle au Burkina Faso (Ministère de la Santé, 2016) devrait permettre de formaliser la référence/recours entre la MT et la médecine conventionnelle et de renforcer la collaboration entre les tradipraticiens de santé autorisés et les agents de santé pour une prise en charge globale, intégrée et optimale des patients. Ce guide précise que la référence est le fait, pour un tradipraticien de santé ou une structure de soins traditionnels, d'orienter un malade vers un agent de santé ou une structure sanitaire conventionnelle en vue de sa prise en charge. Et le recours est le fait, pour un agent de santé ou une structure sanitaire, de faire appel à un tradipraticien de santé ou à une structure de soins traditionnels spécialisée, pour le traitement d'une pathologie donnée.

2.2. Principaux facteurs limitatifs de l'institution de la collaboration entre les TT&TM

2.2.1. Différences culturelles ou différences dans les manières de penser la maladie, les manières d'agir face à la maladie et les manières d'être avec le malade

Selon certains TM enquêtés, les différences culturelles et les croyances constituaient un véritable frein à l'institution a collaboration, notamment parce que ces deux systèmes de soins ont des pratiques et des interprétations distinctes de la maladie. Ainsi, l'enquêté TM9 expliquait : « Il y a plusieurs cultures, et chacun a son interprétation de la maladie et/ou du malade. Certains diront que la maladie est due à un génie. Pour nous, qui avons grandi en ville et avons été éduqués dans l'école occidentale, on nous a appris que ce sont des microbes. C'est donc difficile de superposer ces deux approches ». Comme lui, certains TM estimaient que les coutumes et croyances culturelles pouvaient empêcher une véritable synergie entre les deux médecines. A ce sujet TM2 disait :

« Les différences culturelles, notamment les us et coutumes, peuvent poser des problèmes au niveau du traitement. Certaines coutumes n'acceptent pas certains types d'interventions, ce qui peut bloquer le processus de soins. Il y a aussi des croyances, comme l'importance de l'alcool dans certains traitements, qui sont difficiles à expliquer et à faire accepter ».

Selon TM4 « *Les croyances, les cultures, et les religions sont des sujets très sensibles qui créent souvent des problèmes* ».

De leur côté, certains TT ont affirmé que les différences culturelles et les croyances entravaient l'institution de la collaboration. Selon eux, la divergence dans les pratiques thérapeutiques expliquerait les difficultés à démarrer une collaboration avec les TM. C'est dans ce sens que TT5 disait :

« Nous, les TT, et les médecins, nous sommes tous des soignants, mais il est difficile de travailler ensemble parce que nos pratiques ne sont pas les mêmes ».

2.2.2. L'ignorance ou la méconnaissance des textes réglementant la collaboration entre les TT&TM

A l'unanimité, les TT&TM participant à cette étude ont reconnu la nécessité voire l'obligation de collaborer entre eux. Ils étaient conscients des avantages de la collaboration. Beaucoup d'entre eux percevaient les deux médecines comme complémentaires. Pour ces derniers, la force d'une médecine correspond à la faiblesse de l'autre et les deux gagneraient à collaborer en fusionnant leurs forces ce qui réduirait leurs faiblesses. Un des responsables du CHR de Dédougou disait :

« La MM excelle dans le diagnostic biologique des pathologies, en s'appuyant sur une démarche objective. La MT, quant à elle, se distingue par sa capacité à établir une communication étroite avec les patients, tout en étant accessible financièrement, géographiquement et culturellement. Elle utilise des remèdes naturels. Une collaboration entre ces deux approches permettrait de les rendre complémentaires, au bénéfice des patients. ».

Un autre TT (TT10) a ajouté :

« Leur rôle [les MT] est très important, voire indispensable. Ils prennent en charge de nombreux cas avec des produits très efficaces et une connaissance solide. »

Selon TM2, *« La MM ne peut pas tout faire. Il existe des pathologies pour lesquelles la MT apporte une réponse que la science n'a pas encore trouvée ».*

La nécessité de la collaboration est aussi évoquée par les TT. TT9 disait :

« Nous, les TT, pensons que chacun a besoin de l'autre. Nous nous complétons. La collaboration entre TT et docteurs est bénéfique ».

Au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou, il n'existait pas de cadre formel régissant la collaboration entre les TT et les TM. Toutefois, plus de la moitié (17/31) des TM connaissait l'existence de textes évoquant la nécessité d'instituer la collaboration avec les TT tout en ignorant leur contenu. A ce sujet, TM7 disait :

« Je sais qu'il existe une réglementation qui régit cette collaboration entre la MT et la MM, mais pas dans les détails. Je n'ai pas le fond des textes ».

Une autre TM a ajouté :

« Oui, je sais qu'il y a un processus pour mettre en collaboration la MM et la MT. Mais si vous me demandez de citer exactement ces textes, je ne saurais le faire, même si je sais qu'un document existe ».

D'autres TM par contre, ignoraient totalement l'existence de ces textes. Pour certains, cette collaboration n'était pas jugée pertinente, notamment dans certaines spécialités médicales. C'est ainsi que TM11, un chirurgien-dentiste affirmait : *« Dans ma profession bucco-dentaire, les TT n'ont pas de rôle à jouer ».*

Dans la ville de Dédougou, plus de la moitié (7/12) des TT rencontrés ignorait l'existence des textes régissant la collaboration avec les TM. Certains disaient que ce sont les présidents des associations de TT qui connaissent ces textes. TT6, une femme ayant 45 ans d'expérience disait :

« Nous respectons notre président d'association. Ce qu'il dit de faire, c'est ce que nous faisons, parce que je ne suis pas allée à l'école. Je ne sais ni lire ni écrire. Ce sont les enfants qui m'aident souvent. On nous donne parfois des papiers à remplir ».

Un autre (TT5) ajoutait : *« Je ne connais pas ces lois, c'est nos chefs qui les connaissent ».*



Près de la moitié des TT (5/12) connaissaient l'existence de textes, mais en ignoraient le contenu.

TT10 a déclaré : « Je suis au courant des textes. Nous avons eu plusieurs réunions avec les médecins, donc je suis informé ».

Les responsables des associations de TT étaient informés de l'existence des textes et, comparativement aux autres, en avaient une meilleure connaissance, bien qu'ils ne maîtrisent pas tous les aspects de ces textes

2.2.3. Les contraintes réglementaires relatives à la collaboration entre les TT&TM

Pour la plupart des TT&TM enquêtés, les contraintes réglementaires représentaient un frein à la collaboration entre eux, en particulier en ce qui concerne la référence et la contre-référence des patients. Actuellement, la référence des malades par les TT vers les TM se fait de manière informelle, verbale, sans cadre formalisé. A ce sujet, TM1 disait :

« À ce jour, dans notre système de santé, je ne connais pas de conditions formelles pour la référence ou la contre-référence entre la MM et la MT. Les TT peuvent nous référer des patients, cela existe. Mais pour que les TM envoient des patients vers eux, je ne connais aucun protocole qui le permette ».

Selon TM7, « la plupart des TT ne sont pas officiellement reconnus selon les réglementations nationales et ne disposent pas d'une autorisation formelle pour exercer. Certains ignorent même la procédure à suivre pour être enregistrés officiellement. Dans ces conditions, il devient difficile d'établir une collaboration structurée avec eux. »

TT7 a confirmé ces propos « Pour pouvoir collaborer avec les médecins de l'hôpital, on nous demande des documents difficiles à obtenir. De plus, il n'y a personne pour nous guider dans les démarches à suivre afin de répondre à leurs exigences et obtenir ces documents ».

2.2.4. L'inexistence de concertation ou les insuffisances dans la communication entre les TT&TM

Le manque de cadre formel de concertation entre les TT&TM a été identifié comme un obstacle majeur à l'institution de la collaboration. Selon TM7,

« pour instituer la collaboration, il faut se parler, se réunir souvent, se concerter, s'accorder sur ce qu'il faut faire ensemble. Or, au CHR de Dédougou, tout cela manque. Les TT et nous n'avons aucun cadre de concertation formelle. »

TM4 va à peu près dans le même sens :

« Le manque de cadre de concertation pose problème, car ni la MM ni la MT n'ont un espace commun où elles pourraient partager leurs expériences ».

En outre, les difficultés dans la communication entre les TT&TM ont aussi été identifiées comme un obstacle à l'institution de la collaboration. Il existait des barrières linguistiques entre les TT&TM. Tous les TM parlent couramment le français et au moins une langue locale. Cependant tous les TT ne comprenaient pas le français (langue de travail au Burkina Faso). Ainsi, il était difficile de garantir une bonne communication entre eux. C'est ainsi que TM3 disait :

« Il y a la barrière de la langue. Très peu de TT comprennent le français, et cela rend la communication difficile, même avec un interprète. Derrière chaque interprétation, il y a une part de sens perdue ».

2.2.5. La faible confiance mutuelle ou la perception négative réciproque entre les TT&TM

Certains TM doutent des connaissances thérapeutiques des TT. Ils doutent de : leurs connaissances sur les maladies, leur capacité à bien diagnostiquer les maladies, leur traitement sans une posologie claire et leurs médicaments. TM2 disait :

« Les difficultés de communication sont liées à l'incompréhension et à la non-maîtrise de certaines pathologies. Ils [les TT] ont une idée déjà figée dans leur tête, (...) ».

Et TM4 a ajouté *« La principale difficulté était la posologie de leurs remèdes : un seul médicament peut être antalgique, antibiotique, et antiparasitaire. C'est incompréhensible pour nous ».*

Les TT étaient conscients de ce manque de confiance. TT5 a déclaré :

« Ce qui peut être une difficulté, c'est que nous savons que les docteurs ont des connaissances, mais ils pensent que nous travaillons au hasard. Si vous n'avez pas grandi dans un environnement rural, vous ne comprendrez pas que nos méthodes fonctionnent ».

De leur côté, certains TT doutent de la sincérité des TM dans l'institution de cette collaboration. Selon eux, non seulement les TM cherchent à les cantonner principalement, voire exclusivement, au rôle de simples référents envoyant leurs patients vers la MM, mais aussi et surtout, ils veulent dérober leurs savoirs pharmaceutiques (savoirs relatifs aux médicaments, à leur composition, à leur mode de fabrication, à leurs propriétés, à leur usage, ainsi qu'à leurs effets sur le corps humain). A ce sujet TT7 disait :

« Les docteurs souhaitent que nous leur envoyions nos patients, mais nous n'avons pas une confiance totale dans cette collaboration. Certains d'entre eux pourraient s'approprier nos remèdes et les vendre plus chers aux Blancs. C'est pour cette raison que nous hésitons à nous ouvrir pleinement à eux. Dans l'initiation de cette collaboration, au lieu d'avancer droit (face à face) vers eux pour une collaboration totale, nous avançons avec prudence, en marchant de profil pour ne pas montrer toute notre face, afin d'éviter qu'ils ne nous dépouillent de nos connaissances en matière de remèdes. »

Et TT11 a ajouté :

« Les docteurs et nous, nous sommes comme des coépouses partageant le même époux : les malades. Il est donc difficile d'établir une confiance totale, car chacun cherche à gagner les faveurs des malades. »

Les TM sont aussi conscients de cette réticence des TT à initier la collaboration avec eux.

2.3. Des expériences de collaboration informelles quasi-inexistante au CHR

Les TT&TM rencontrés n'ont aucune expérience de collaboration informelle au CHR de Dédougou. Autrement dit, les TM du CHR de Dédougou n'ont aucune expérience de collaboration même informelle avec les TT de Dédougou et vs versa. A ce sujet, TM3 déclarait : *« Je n'ai aucune expérience en matière de collaboration avec les TT ».* TT4 ajoutait : *« personnellement, je n'ai jamais travaillé avec les praticiens de la MM ».*



Cependant, certains TM ont des expériences de collaboration en dehors de ce contexte hospitalier. Avant leur arrivée au CHR, près du tiers des TM ont expérimenté la collaboration avec les TT. TM4 racontait :

« J'ai appris à soigner une vieille plaie avec du miel, grâce à un TT. J'ai également eu l'occasion d'apprendre à utiliser certaines plantes pour fabriquer des produits. Cela m'a permis d'élargir mes connaissances sur les plantes, que j'utilise même pour mes amis, ma famille et mes patients ».

Certains TT enquêtés ont rapporté des expériences de collaboration directe avec des TM au niveau des formations sanitaires de premier niveau (Centre de santé et de promotion sociale ou centre médical avec antenne chirurgicale). TM1 a fait le témoignage suivant :

« Il faut dire qu'au niveau de la région, dans chaque district, il y a tout de même des rencontres que le ministère organise chaque année, parfois par semestre ou par trimestre avec les TT ».

Certains TT ont confirmé avoir déjà participé à des réunions ou formations avec les TM, mais jamais au CHR de Dédougou.

Ainsi, au CHR, la collaboration même informelle est quasi-inexistante. En fonction de leur spécialité, les TT&TM s'ignoraient. TT1 (titulaire d'une autorisation de soins des maladies mentales) disait :

« Par exemple, je dois connaître le major et le docteur de l'hôpital, celui qui s'occupe des maladies mentales, et lui aussi doit me connaître ».

2.4. Suggestions des enquêtés pour l'instauration d'une collaboration durable

Les enquêtés ont formulé cinq suggestions majeures visant à créer et à pérenniser la collaboration entre les TT&TM du CHR de Dédougou. Ils ont entre autres suggéré de

1. créer un cadre de concertation : plusieurs enquêtés ont insisté sur l'importance d'établir un espace de dialogue régulier entre les TT&TM, afin de faciliter la collaboration et de lever les obstacles à une cohabitation harmonieuse ;

2. encourager la spécialisation des TT : pour instituer la collaboration plus efficace, les TM ont suggéré que les TT se spécialisent dans certains domaines spécifiques. Cela permettrait une complémentarité des compétences et une meilleure prise en charge des patients ;

3. garantir la sécurité des remèdes traditionnels : l'homologation des médicaments traditionnels a été identifiée comme essentielle pour assurer la sécurité des patients. Les TM ont souligné la nécessité de réglementer et d'encadrer les produits traditionnels pour garantir leur innocuité et éviter les effets secondaires ;

4. offrir un soutien technique et matériel aux TT : Les TT ont exprimé le besoin d'un accompagnement sous forme de formations, d'espaces de travail adéquats et de dépôts pour stocker leurs produits. Cela renforcerait leur capacité à collaborer efficacement avec les TM ;

5. améliorer la communication et instaurer un respect mutuel : une bonne communication, basée sur l'écoute et le respect mutuel, est perçue comme essentielle pour réussir la collaboration. Les TT ont souhaité que leurs contributions soient reconnues et que les TM les respectent, tout en évitant de les frustrer dans leurs échanges.

3. Discussion

3.1. Les textes évoquant la collaboration entre les TT&TM au Burkina Faso

Les textes réglementaires et déclarations sur la collaboration entre les TT&TM au Burkina Faso et en Afrique de l'Ouest attestent une volonté manifeste d'intégrer la MT dans les systèmes de soins officiels. L'histoire de cette collaboration remonte à la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui reconnaît la MT comme un pilier des soins primaires, une vision qui s'est renforcée avec la Déclaration de Ouagadougou en 2008. Cette reconnaissance institutionnelle internationale marque un tournant dans la perception de la MT comme complémentaire et indispensable aux soins de santé modernes, surtout pour les populations qui y recourent massivement.

Cependant, malgré l'adoption de cadres légaux, de résolutions et de codes d'éthique au niveau régional et national, plusieurs facteurs freinent l'opérationnalisation de cette collaboration. D'une part, la réglementation vise à assurer une intégration sécurisée et efficace de la MT. En effet, les textes encadrent chaque aspect de la pratique, depuis l'autorisation d'exercice jusqu'à l'établissement de normes de sécurité et de contrôle de qualité des traitements. Cette standardisation vise à répondre aux exigences de sécurité et de fiabilité des soins pour les patients, mais elle peut également être perçue comme une tentative de "biomédiçaliser" ou de contrôler la MT, ce qui pourrait susciter de la réticence de la part des TT. Ils pourraient percevoir ces exigences comme une ingérence dans des pratiques traditionnellement autonomes et régies par des savoirs culturels et ethniques. D'autre part, la complexité des procédures administratives nécessaires pour obtenir une autorisation d'exercer la MT au Burkina Faso, incluant le certificat de notoriété et les étapes de validation des compétences par des tests empiriques, pourrait décourager certains praticiens. Bien que ces procédures visent à garantir la compétence et l'éthique des TT, elles peuvent être perçues comme une barrière administrative et bureaucratique, en particulier pour des praticiens moins formalisés ou éloignés des centres administratifs. Ce niveau de formalisation, bien qu'utile pour standardiser les pratiques, risque de dissuader les TT qui ne possèdent pas les ressources, la compréhension ou l'accès aux instances nécessaires pour se conformer aux exigences.

Par ailleurs, le cadre réglementaire exige une validation par les TM, ce qui pose la question de l'autonomie des pratiques de MT. En confiant aux TM la supervision et la validation de compétences des TT, l'État burkinabè et les institutions régionales semblent faire prévaloir un modèle biomédical d'évaluation des compétences. Or, cela peut être interprété et vécu par les TT comme une tentative de domination ou de subordination de leur savoir traditionnel sous la tutelle de la MM, ce qui pourrait attiser des résistances. En effet, dans un cadre de validation par des TM, la MT se retrouve sous-évaluée si elle n'est pas mesurée avec des outils et critères propres à sa tradition.

Tout cela confirme la théorie de la Biorégulation et de la Biomédicalisation de Clarke et al. (2003) qui ont montré que les systèmes de santé modernes tentent de réguler et d'intégrer la MT en utilisant des normes, des autorisations et des validations basées sur la science biomédicale. En outre, les exigences de validation et de supervision par les TM imposent un capital et une domination symbolique (Bourdieu, 1976) supérieur de la biomédecine et fait que la MT est jugée et valorisée selon des critères qui ne lui sont pas propres. Cela peut générer de la résistance et une perte d'autonomie chez les TT. Via sa stratégie reconnaissance de la MT, l'État burkinabè et ses institutions veut



réguler et contrôler les pratiques à travers des normes de santé et de sécurité. La réglementation stricte et la formalisation de la MT peuvent être vues comme une manière de biopolitiser (Foucault, 2004) cette médecine, limitant la liberté de ses praticiens et subordonnant leurs savoirs traditionnels à des exigences étatiques et biomédicales.

Le système de référence et de recours entre les deux médecines, institué au Burkina Faso et documenté dans le Guide national du système de référence et de recours, est une initiative importante pour officialiser les interactions entre MT et MM. Néanmoins, la mise en place d'un tel système pourrait réduire les TT au statut de « référenceurs » principaux des malades aux TM. Ce qui risque de marginaliser les TT ou de les rendre réticents à s'engager pleinement dans ce système.

3.2. Principaux facteurs limitatifs de l'institution de la collaboration entre les TT&TM

3.2.1. Différences culturelles ou différences dans les manières de penser la maladie, les manières de d'agir face à la maladie et les manières d'être avec le malade

Les différences culturelles et les croyances émergent ici comme des obstacles centraux à l'institution de la collaboration entre les TT&TM. Ces différences ne se limitent pas aux pratiques de soin, mais touchent également les façons de percevoir la maladie, de comprendre ses causes et d'interagir avec le patient, révélant ainsi une divergence fondamentale dans les manières de « penser la maladie », « d'agir face à la maladie » et « d'être avec le malade ». Cette variation culturelle influence directement la relation entre les deux groupes, rendant la communication et la coopération difficiles. Pour les TM, qui se basent principalement sur une éducation biomédicale occidentale, la maladie est souvent interprétée sous l'angle scientifique, principalement en termes de microbiologie et de virologie. Leur éducation occidentalisée tend à les éloigner des interprétations culturelles ancrées dans la MT, rendant l'institution de la collaboration difficile car les explications spirituelles ou culturelles des maladies sont souvent perçues comme incompatibles avec leur formation.

Du côté des TT, ces divergences culturelles et de pratiques sont également ressenties comme une entrave à l'institution de la collaboration. Les TT éprouvent des difficultés à travailler avec des médecins qui ne partagent ni leurs croyances ni leurs méthodes. Cette observation suggère une incompréhension mutuelle où chaque groupe reconnaît l'autre comme un soignant, mais ne parvient pas à accepter les méthodes de l'autre. Sambaré/Yaméogo (2011 et 2020), a montré que la MT adopte une vision holistique de l'être humain, intégrant dimensions physique, spirituelle, et mentale. Ces différences dans les conceptions de la maladie et du traitement sont parmi les principaux obstacles à l'institution d'une collaboration harmonieuse. Kroa et al. (2014) ont précisé que les croyances liées aux génies et autres pratiques spirituelles créent des barrières à la communication et à la collaboration entre les deux systèmes de santé.

En somme, ce résultat met en évidence un conflit de valeurs et de croyances entre les deux groupes, qui va au-delà des simples pratiques médicales et touche les fondements même de leur identité professionnelle et culturelle. Le défi pour l'institution de la collaboration réside donc dans la capacité de chaque groupe à reconnaître et à accepter la validité de l'approche de l'autre sans se sentir obligé de

renoncer à ses propres convictions, ce qui demanderait une ouverture d'esprit et un espace de dialogue culturel. La théorie de l'habitus de Bourdieu (Bourdieu, 1976) pourrait expliquer comment les TT&TM adoptent des attitudes et des pratiques influencées par leurs formations et expériences culturelles respectives. Chaque groupe développe ainsi un ensemble de dispositions (habitus) qui façonne leur perception de la maladie et du soin, rendant difficile l'acceptation des pratiques de l'autre.

3.2.2. L'ignorance ou la méconnaissance des textes réglementant la collaboration entre les TT&TM

Une bonne partie des TM connaît l'existence de textes qui régissent la collaboration avec les TT, mais leur ignorance du contenu de ces textes empêche une mise en application concrète et appropriée. Cette méconnaissance reflète un décalage entre l'existence de normes officielles et leur intégration dans les pratiques quotidiennes. Cette situation suggère également que les autorités de santé n'ont pas mis en place des stratégies claires de formation ou d'information permettant aux praticiens de s'appropriier ces textes et d'en faire un usage opérationnel. Ce manque de sensibilisation ou de formation limite la capacité des TM à engager des interactions constructives et institutionnalisées avec les TT, les laissant sans repères ni incitations pour instituer une collaboration activement. La théorie de la rationalité limitée de Simon (2013) dit que les individus (cas des TT&TM) prennent des décisions en fonction de leur connaissance limitée des informations disponibles. En outre, à partir de la Théorie de la Bureaucratie et des Dysfonctions Bureaucratiques de Merton (1968), nous pouvons déduire que l'absence de communication et de sensibilisation sur les textes réglementaires est un dysfonctionnement bureaucratique qui engendre une ignorance structurelle. Ce phénomène empêche les TT&TM d'incorporer des normes officielles dans leurs pratiques quotidiennes.

Pour les TT, la situation est encore plus complexe, car un grand nombre d'entre eux ne sait même pas que ces textes existent. Ce résultat montre que les TT, souvent moins alphabétisés et éloignés des institutions administratives, dépendent de figures de leadership – notamment les présidents d'associations – pour accéder aux informations et directives institutionnelles. La Théorie de la Connaissance Tacite de Polanyi (2009) nous permet de dire que les TT&TM s'appuient davantage sur des savoirs et pratiques implicites que sur des connaissances formalisées. Cette dépendance à la connaissance tacite empêche l'intégration effective de nouvelles informations, comme les textes réglementaires, qui nécessiteraient une sensibilisation profonde pour être véritablement assimilés et appliqués.

En outre, cette méconnaissance des textes s'accompagne d'une perception de l'institution de la collaboration comme variable en fonction des spécialités médicales. Pour certains TM, la MT est jugée peu pertinente dans des spécialités spécifiques comme chez les chirurgiens-dentistes. Ainsi, certains praticiens perçoivent l'institution de la collaboration comme partielle ou optionnelle selon les domaines médicaux, une attitude qui risque de limiter l'impact global des efforts d'institution de la collaboration et de renforcer l'idée que la MT n'a qu'une valeur secondaire.



Ainsi, l'ignorance ou la méconnaissance des textes est non seulement un obstacle pratique, mais également un facteur qui influence la perception de l'institution de la collaboration elle-même. La déconnexion entre les textes législatifs et la pratique réelle démontre un manque de diffusion, de formation et de sensibilisation à ces cadres réglementaires, affectant à la fois l'appropriation des normes de collaboration et l'instauration d'une confiance réciproque. Cette situation met en évidence un besoin urgent de stratégies éducatives et de diffusion, afin de rendre ces textes accessibles et compréhensibles pour tous les praticiens concernés, indépendamment de leur niveau de scolarisation ou de leur situation professionnelle. La Théorie de la Gouvernance Multi-Niveaux de Hooghe et Marks (2001) expliquerait la faible diffusion/appropriation des textes réglementaires par les TT&TM. Selon cette théorie, les problèmes d'appropriation des textes réglementaires découlent d'un manque de diffusion des directives entre les niveaux de gouvernance nationale, régionale et locale. Cette déconnexion freine l'institution de la collaboration en l'absence d'une gouvernance cohérente et bien structurée.

3.2.3. Les contraintes réglementaires relatives à la collaboration entre les TT&TM

Les contraintes réglementaires constituent un obstacle majeur à l'établissement d'une collaboration formalisée entre les TT&TM. Des efforts réglementaires sont faits pour encourager la référence et la contre-référence de patients entre les deux systèmes. Cependant, la plupart des TT ne sont pas officiellement enregistrés ni reconnus, et beaucoup ne connaissent pas la procédure pour obtenir l'autorisation nécessaire. Cette lacune administrative montre un fossé dans l'appropriation des normes entre les deux groupes. En conséquence, l'institution de la collaboration est compromise, car sans enregistrement officiel et sans autorisation reconnue, les TT ne sont pas considérés comme des partenaires légitimes aux yeux du système de santé moderne. Cela restreint leur accès à une collaboration officielle et renforce une hiérarchie implicite, dans laquelle la MM détient le monopole de la légitimité et de la reconnaissance institutionnelle.

Pour les TT, les contraintes réglementaires prennent la forme d'obstacles administratifs difficiles à surmonter, notamment en raison de la complexité des procédures et du manque de soutien. Cette contrainte administrative est aggravée par un manque de guidance ; les TT, souvent isolés des circuits institutionnels et administratifs, ne reçoivent pas l'information et le soutien nécessaires pour se conformer aux normes exigées. Cette barrière administrative révèle un écart entre la réglementation nationale et la réalité des TT, souvent issus de milieux socio-culturels et éducatifs différents de ceux des agents de santé modernes.

Certains chercheurs comme Yanogo et Nikiema (2023), Boly et al. (2021), Mati et al. (2022) et Dozon (1987) avaient mentionné que les obstacles administratifs freinent l'intégration et la collaboration des TT avec les structures de santé modernes. Les exigences réglementaires pourraient être une barrière qui exclut certains TT de la collaboration formelle avec les TM, renforçant leur marginalisation au sein du système de santé et limitant leurs opportunités de reconnaissance institutionnelle. Cette situation représente une forme d'exclusion sociale (Castel, 2014) de ces TT. En effet, les TT, souvent sans accès aux ressources administratives ou éducatives, sont désavantagés par leur dépendance aux structures administratives modernes pour

obtenir leur reconnaissance. La Théorie de la Dépendance à l'égard des Ressources de Pfeffer et Salancik (2015) expliquerait davantage cette dépendance vis-à-vis des ressources administratives.

Ainsi, les contraintes réglementaires ne sont pas seulement perçues comme des obstacles pratiques ; elles renforcent également une séparation institutionnelle et symbolique entre la MT et la MM. Cette situation suggère que, sans une simplification des démarches administratives, une sensibilisation et un soutien pour les TT, l'institution de la collaboration restera largement informelle et limitée. En outre, il faut obligatoirement un soutien administratif pour booster les capacités des TT à se conformer à la réglementation et à établir des partenariats formels.

3.2.4. L'inexistence de concertation ou les insuffisances dans la communication entre les TT&TM

L'absence d'un cadre formel de concertation et les insuffisances de communication entre TT&TM constituent des freins importants à une institution efficace de la collaboration au CHR de Dédougou. Ce manque de concertation empêche les deux groupes de se rencontrer régulièrement, de partager leurs pratiques et d'établir une compréhension mutuelle. L'absence de tels échanges formels maintient les deux systèmes dans une sorte d'isolement, limitant les possibilités d'interaction et d'apprentissage réciproque. Ce déficit de communication et de concertation institutionnelle risque d'aggraver la méfiance et les préjugés, puisqu'en l'absence de dialogue formel, chaque groupe reste avec sa propre vision de l'autre, souvent teintée de stéréotypes et de malentendus. Cela contribue à renforcer les clivages et les réticences à co-initier la collaboration. En effet, un cadre formel de concertation pourrait permettre de dissiper les incompréhensions et d'instaurer un climat de confiance en favorisant une meilleure compréhension des pratiques de chacun, contribuant ainsi à l'alignement des deux systèmes sur des objectifs communs de soins pour le bien-être des patients.

À cette insuffisance de concertation s'ajoute un autre obstacle majeur : les barrières linguistiques, qui compliquent les interactions directes entre les deux groupes. La maîtrise inégale du français – langue de travail au Burkina Faso – pose un problème particulier, les TT n'étant souvent pas francophones, contrairement aux TM qui, eux, maîtrisent le français et au moins une langue locale. En l'absence d'un langage partagé, les deux systèmes se retrouvent non seulement divisés par leurs méthodes et leurs croyances, mais également par la manière dont ils communiquent ces savoirs et pratiques. Le manque de communication bilatérale entre TT&TM, identifié comme un obstacle central à une coopération efficace, est largement documenté dans la littérature scientifique (Sambaré/Yaméogo, 2011; Kroa et al., 2014; Didier, 2015; Yaméogo, 2020; Diabaté et Coulibaly, 2021; Yanogo et Nikiema, 2023).

Au CHR de Dédougou, l'absence de cadre formel de concertation entre les TT&TM du CHR empêche la mise en place de dialogues authentiques et inclusifs. Or selon la Théorie de l'Action Communicative de Habermas (1984), la communication intragroupe et intergroupe est essentielle pour parvenir à une compréhension mutuelle. L'absence de concertation/communication formelle alimente les stéréotypes



et les préjugés, renforçant la méfiance entre ces TT&TM. Selon la Théorie de la Méfiance Organisationnelle de Miles et al. (1978), un cadre institutionnalisé de concertation pourrait réduire cette méfiance en favorisant des échanges réguliers et constructifs. Sans cette concertation/communication, les TT&TM continueront de vivre dans deux monde différents avec des visions et pratiques médicales divergentes et ne créeront pas de ponts entre leur monde social (Strauss, 1982). Ils maintiendront une distance sociale et culturelle non collaboratif comme expliqué par Bogardus dans sa Théorie de la Distance Sociale et Culturelle (Bogardus, 1992).

Cette situation (inexistence de concertation/communication) met en évidence la nécessité d'un cadre formel qui prendrait en compte non seulement la fréquence des rencontres, mais aussi des dispositifs de médiation linguistique, pour que chaque groupe puisse s'exprimer et comprendre sans pertes significatives de sens.

3.2.5. La faible confiance mutuelle ou la perception négative réciproque entre les TT&TM

La faible confiance mutuelle entre TT&TM est un obstacle de taille à l'institution effective de la collaboration. Des perceptions négatives et des stéréotypes réciproques alimentent cette méfiance, chaque groupe doutant de la légitimité et des intentions de l'autre. Cette dynamique révèle un manque de reconnaissance et un soupçon persistant qui limitent la possibilité d'établir une relation de travail ouverte et constructive.

Du côté des TM, la méfiance repose sur une perception d'amateurisme dans les pratiques des TT (doute sur la capacité des TT à comprendre et diagnostiquer correctement certaines pathologies, absence de posologie précise dans les remèdes traditionnels, médicaments traditionnels à effets - antalgique, antibiotique, antiparasitaire- etc.). Cette perception de la MT comme non-scientifique ou non standardisée alimente la méfiance des TM, qui voient dans cette imprécision une potentielle menace pour la sécurité des patients. La littérature scientifique (Dozon, 1987; Sambaré/Yaméogo, 2011; Didier, 2015; Kakondja et al., 2017; Yaméogo, 2020; Masumbuku et al., 2021; Mati et al., 2022) avait déjà mentionné que les préjugés, le dénigrement et la perception d'infériorité des TT par les TM, renforcent les tensions et freinent la coopération.

Les TT, de leur côté, ressentent fortement ce manque de reconnaissance et de respect de la part des TM. Ce ressentiment est exacerbé par la perception que les TM cherchent à exploiter les TT en leur conférant un rôle subalterne de simples référents. L'inquiétude que leurs connaissances en pharmacopée soient dérobées et commercialisées alimente une méfiance profonde envers l'institution de la collaboration, perçue comme asymétrique et potentiellement déloyale. La crainte de l'exploitation des savoirs traditionnels, perçue par les TT comme un risque de perte de leurs remèdes au profit de la biomédecine sans compensation adéquate, est bien établie dans la littérature comme un frein à la collaboration (Mati et al., 2022; Zerbo, 2011).

La dynamique de méfiance est renforcée par l'allégorie qui compare la relation entre les TT&TM à celle de « coépouses partageant le même époux », ici symbolisé par les patients. Cette métaphore illustre la compétition implicite pour gagner la confiance et

l'adhésion des patients, renforçant l'idée que chaque groupe est en quête de validation auprès de ceux qu'ils soignent. Dans un tel climat, la collaboration est perçue non pas comme un partenariat équitable, mais comme une relation concurrentielle où chacun cherche à protéger ses intérêts et ses connaissances. Cette image souligne une rivalité pour le « pouvoir de guérir », perçu comme un statut social important et un moyen de légitimer leur pratique.

La méfiance mutuelle entre les TT&TM reconnue comme un obstacle persistant à la collaboration, est bien documentée dans la littérature scientifique (Sambaré/Yaméogo, 2011; Zerbo, 2011; Kakondja et al., 2017; Yaméogo, 2020 ; Diabaté et Coulibaly, 2021; Masumbuku et al. 2021 ; Yanogo et Nikiema, 2023) La Théorie de la Concurrence Symbolique de Foucault (Foucault, 2015) permet d'expliquer pourquoi ces TT&TM se voient comme des « coépouses » en compétition pour la reconnaissance des patients. Chaque groupe protège ses connaissances en vue de préserver sa légitimité, ce qui alimente la méfiance mutuelle et rend difficile l'institution de la collaboration. Par ailleurs, les TM, détenant le pouvoir institutionnel, considèrent leur savoir comme la référence, tandis que les TT perçoivent cette relation comme asymétrique, craignant l'exploitation de leurs savoirs. La réticence des TT à collaborer pleinement avec la biomédecine découle ainsi d'une relation de pouvoir (Giddens, 1984) perçue comme inéquitable et menaçante pour leur autonomie. Elle découlerait aussi du sentiment de non reconnaissance vécu par certains TT. Or selon Honneth (2013), le besoin de reconnaissance est central aux relations sociales. Autrement dit, la théorie de la subalternité de Spivak (2023) permet de comprendre comment les TT , souvent considérés comme subalternes dans le système de santé, sont placés dans une position de subordination par les procédures et les cadres formels dominés par la biomédecine. Leur savoir traditionnel est validé et encadré par des critères modernes, ce qui peut être perçu comme une marginalisation de leur autonomie et de leurs savoirs culturels.

Le défi pour instituer la collaboration entre les TT&TM réside dans la mise en place de structures de reconnaissance et de protection des savoirs traditionnels, tout en favorisant un dialogue ouvert et respectueux. Ce n'est qu'en instaurant un cadre qui protège les intérêts de chaque groupe et valorise l'expertise de chacun que cette méfiance pourrait se dissiper, permettant aux TT&TM de voir dans la collaboration une opportunité plutôt qu'une menace. L'existence de la Direction de la médecine traditionnelle et alternative au Ministère de la santé et du Centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés sont des opportunités à saisir.

3.3. Des expériences de collaboration quasi-inexistante

La quasi-absence d'expériences de collaboration entre TT&TM au CHR de Dédougou, soulignant une déconnexion institutionnelle profonde malgré des initiatives de collaboration dans d'autres contextes de soins au niveau local. L'absence d'interaction même informelle entre les deux groupes au sein de cette structure hospitalière témoigne d'un isolement réciproque qui empêche la reconnaissance mutuelle et le partage des connaissances. Cette déconnexion pourrait être due à un manque d'initiatives institutionnelles pour favoriser des points de contact ou des échanges



réguliers au sein du CHR. Sans cadre de coopération, il est difficile pour une catégorie de thérapeutes de trouver des occasions de s'enrichir des pratiques de l'autre catégorie, ce qui limite les possibilités d'apprentissage et de complémentarité. L'absence de collaboration au CHR de Dédougou peut être vue comme la conséquence de frontières strictes (Lamont, 1992) que certains TT&TM établissent entre les pratiques médicales modernes et traditionnelles, empêchant l'échange et la complémentarité. Certains TM cherchent à maintenir une "distinction sociale et professionnelle" (Bourdieu, 1979) en raison de leur formation scientifique, vue comme supérieure.

Cependant, l'existence de collaborations en dehors du contexte hospitalier prouve que les deux catégories de thérapeutes peuvent, dans certains cas, bénéficier d'une collaboration. Les TM qui ont travaillé dans des centres de santé de premier niveau ont eu l'opportunité de partager des connaissances pratiques avec les TT. Cela souligne l'intérêt et la capacité des deux systèmes à s'enrichir mutuellement, un potentiel qui n'est pas exploité au CHR de Dédougou en raison de l'absence d'initiatives pour encourager de telles interactions.

Ainsi, au CHR de Dédougou, l'introduction de mécanismes facilitant l'interconnaissance et la communication régulière pourrait permettre de franchir cette barrière institutionnelle, favorisant ainsi une complémentarité enrichissante pour les deux systèmes de soins au bénéfice des patients.

Conclusion

Cette étude met en évidence les facteurs limitant l'institution de la collaboration entre les TT et les TM au CHR de Dédougou (Burkina Faso). Malgré les textes réglementaires favorisant cette synergie. Les résultats révèlent des divergences culturelles profondes, un manque de communication bilatérale, une méconnaissance des textes de collaboration, ainsi qu'un déficit de confiance mutuelle, influencés par des perceptions de domination de la biomédecine. Ces facteurs freinent l'initiation d'un partenariat institutionnalisé, malgré la complémentarité potentielle entre les deux pratiques médicales. Il apparaît crucial de renforcer les mécanismes de concertation, de sensibilisation et de soutien administratif pour créer un environnement propice à une coopération respectueuse et équilibrée, essentielle pour une prise en charge intégrative et culturellement adaptée des patients de ce CHR. Au regards de ces résultats, nous recommandons les actions suivantes à la Direction générale du CHR de Dédougou : 1) l'organisation des sessions de sensibilisation des TM et des TT sur les textes régissant la collaboration, avec une vulgarisation des textes pour les rendre plus accessibles aux TT peu alphabétisés, si possible concevoir des version audio des textes en langues locales régionales ; 2) la création d'un cadre formel de concertation et de communication entre les TM et les TT, un espace de dialogue régulier avec des dispositifs de médiation linguistique pour améliorer la compréhension mutuelle et dissiper les stéréotypes. La Direction régionale de la Santé de la Boucle du Mouhoun devrait apporter un soutien administratif/ technique pour l'enregistrement des TT et des ressources humaines nécessaires pour faciliter leur reconnaissance institutionnelle.

Références bibliographiques

- Adedzi, K. A. (2019). *Culture et santé infantile chez les Agotimés du Togo: place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique*
- Bergier, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. l'Harmattan.
- Berthé, A. (2024a). Euthanasie au Burkina Faso : connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé au Centre hospitalier régional de Dédougou (Burkina Faso). *Djiboul*, 4(007), 125-146.
- Berthé, A. (2024b). Motivations liées à l'orientation informelle des malades du Centre Hospitalier Régional de Dédougou (Burkina Faso) vers les structures privées de santé. *Revue Internationale Dônni*, 4(2), 44-60.
- Berthé, A. (2024c). Obstacles à l'achèvement et à la mise en service du Centre hospitalier régional universitaire de Dédougou (Burkina Faso). *Ziglôbitha*, 02(012), 483-510.
- Berthé, A. (2024d). Perceptions des acteurs sur les avantages et inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au Centre hospitalier régional (CHR) de Dédougou, Burkina Faso. *Revue africaine et malgache de recherche scientifique : Nouvelle Série, Sciences Humaines (RAMReS)*, 022(In Press).
- Berthé, A. (2025). Connaissances, attitudes et pratiques du matériel d'ostéosynthèse chez les usagers du service de chirurgie au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso). *Santé publique*, 37(01), In press.
- Bogardus, E. S. (1992). Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology*.
- Boly, R., Compaoré, S., Ouédraogo, S., Zéba, M., Magnini, R. D., Bancé, A., Yoda, J., Nitiema, M., Belemilga, M. B., Ouédraogo, G. G., Ilboudo, S., Belemnaba, L., Ouedraogo, N., Lompo, M., Kini, B. F., & Ouedraogo, S. (2021). Collaboration between practitioners of traditional and conventional medicine: A report of an intervention carried out with traditional women healers in the province of Sanmatenga (Burkina Faso) to improve the obtaining of the license to practice traditional medicine. *International NGO Journal*, 16(1), 9-16.
- Bourdieu, P. (1976). Le sens pratique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(1), 43-86.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction, critique social du jugement*. Minuit.
- Castel, R. (2014). *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Fayard.
- Centre Regional Hospitalier de Dédougou (Burkina Faso). (2022). *Annuaire statistiques 2021*.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American sociological review*, 68(2), 161-194.
- Diabaté, A., & Coulibaly, Y. (juin 2021). Collaboration entre les systèmes de santé traditionnel et moderne dans le cercle de Ségou. *Recherches Africaines*(28), 48-58.
- Didier, P. (2015). *Médecine traditionnelle et " médecine intégrative" à Madagascar: entre décisions internationales et applications locales* Université de Bordeaux].
- Direction chargée de la continuité des activités règlementaires pharmaceutiques. (2018). *Recueil de textes règlementaires du secteur de la pharmacie, du médicament et des laboratoires du Burkina Faso, Tome III*.
- Direction générale du développement territorial (Burkina Faso). *Etude de référence de la région de la Boucle du Mouhoun dans le cadre de la mise en œuvre du PADEL et du PUS-BF*.
- Dozon, J.-P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine*, 28(1), 9-20.
- Foucault, M. (2004). Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979).
- Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society: Outline of the theory of structuration. *Polity*.
- Gnandi, O. A. (2018). *Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et Projet de son intégration au système sanitaire du Togo* Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement ...].



- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action: Jurgen Habermas; trans. By thomas McCarthy*. Heinemann.
- Honneth, A. (2013). La Lutte pour la reconnaissance, trad. Pierre Rusch. In: Paris, Gallimard.
- Hooghe, L., & Marks, G. (2001). *Multi-level governance and European integration*. Rowman & Littlefield.
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2020). *Résultats cinquième recensement général de la population et de l'habitat 2019 : Monographie de la région de la Boucle du Mouhoun*
- Kakondja, S., Bahaya, A., Cirimwami, B., & Museme, W. (2017). Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu. *Cah Ceruki*, 53, 78-90.
- King, R., & Onusida. (2007). *Collaboration avec les guérisseurs traditionnels pour la prévention et la prise en charge du VIH en Afrique subsaharienne : suggestions à l'intention des administrateurs de programme et des agents de terrain*.
- Konaté, B., Berthé, A., Tou, F., Hien, H., Millogo, A., Sanou, M., Berthé/Sanou, L., Badini-Kinda, F., Drabo, K. M., macq, J., & Franssen, A. (2017). La collaboration entre la médecine traditionnelle et moderne à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : Une coopération conflictuelle ? . *Revue du CAMES, Série Sciences Humaines*(009), 173-186.
- Konaté, M., Minoungou, F. X., Soudré, P., Konaté, I., Ourmé, C., Coulibaly, B., Bazongo, J., Zié, D., Ido, K., & Berthé, A. (2024). Facteurs limitant la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne au Centre Hospitalier Régional de Dédougou (Burkina Faso)(CO96). 22èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): Insécurité et défis sanitaire en Afrique, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), 06-09 mai 2024.
- Kroa, E., Diaby, B., Niaré, A., Traoré, Y., Ahoussou, E., Yao, G., Coulibaly, G., & Kouassi, D. (2014). Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire). *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*, 17(1).
- Lamont, M. (1992). Money, morals, and manners: The culture of the French and American upper-middle class. In: University of Chicago Press.
- Mandjumba, R. M. (2021). Coexistence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne en milieu Leele. *Éducation et développement*, 2(27), 16-16.
- Masumbuku, J. L., Kiswaya, E. S., & Petermans, J. (2021). Perceptions des Tradipraticiens sur les soins des Personnes Souffrant d'une Maladie Avancée. *Interdisciplinary Research Journal & Archives*, 1. <https://doi.org/10.36966/irjar2021.3>
- Mati, F. G., Vidjro, S. W., Ouoba, K., Amonkou, A. C., Trapsida, J.-M., Amari, S. A., & Pabst, J.-Y. (2022). La pratique de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Niger: concilier le savoir ancestral aux exigences de la réglementation pharmaceutique. *Journal Africain de Technologie Pharmaceutique et Biopharmacie (JATPB)*, 1(1), 16-26.
- Memel-Fotê, H. (1999). La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire. *Revue internationale des sciences sociales*, 161, 379-392.
- Merton, R. K. (1968). Social theory and social structure. In: Free Press.
- Miles, R. E., Snow, C. C., Meyer, A. D., & Coleman Jr, H. J. (1978). Organizational strategy, structure, and process. *Academy of management review*, 3(3), 546-562.
- Ministère de la Santé (Burkina Faso). (2016). *Guide national du système de référence et de recours entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle au Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (2023). *Annuaire statistique 2022*.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* Armand Colin.
- Olivier De Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement.: Essai en socio-anthropologie du changement social*. Karthala Editions.

- Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS). (2013). *Pratiques de la médecine traditionnelle et valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les États Membres de la CEDEAO: cadre règlementaire harmonisé*.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (2015). External control of organizations – Resource dependence perspective. In *Organizational behavior 2* (pp. 355-370). Routledge.
- Polanyi, M. (2009). The tacit dimension. In *Knowledge in organisations* (pp. 135-146). Routledge.
- Saizonou, J., Ouendo, E.-M., Drabo, M., Dujardin, B., & Mugisho, E. (2012). Améliorer l'interface entre prestataires de soins modernes et traditionnels pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement: analyse de situation dans deux districts. *Sciences de la Santé*, 35(1 et 2).
- Sambaré/Yaméogo, A. P. (2011). *Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne au Burkina Faso: entre Discours et pratiques* [Mémoire de Master, Université de Ouagadougou]. Ouagadougou.
- Simon, H. A. (2013). *Administrative behavior*. Simon and Schuster.
- Spivak, G. C. (2023). Can the subaltern speak? In *Imperialism* (pp. 171-219). Routledge.
- Strauss, A. (1982). Social worlds and legitimation processes. *Studies in symbolic interaction*.
- Yaméogo, P. A. (2020). *Des innovations en médecine traditionnelle autour des phyto-médicaments au Burkina Faso : acteurs, pratiques et enjeux* [Thèse de Doctorat unique en Sociologie, Université Joseph Ki-Zerbo]. Ouagadougou.
- Yanogo, E. S., & Nikiema, A. (2023). L'offre de soins des tradipraticiens: logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou. *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Zerbo, R. (2011). Dynamiques sociales des comportements de santé au Burkina Faso: approche anthropologique de la prise en charge de la tuberculose dans la région du plateau central.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Monsieur Yinfansa Gustave DABIRÉ, Directeur général du CHR de Dédougou au moment de l'étude, aux directeurs et responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques, à l'ensemble du personnel du CHR de Dédougou et à tous les enquêtés pour leur précieuse contribution à cette recherche.

Nos remerciements s'adressent également aux étudiants de troisième année de la licence en sociologie et anthropologie de l'Université Daniel Ouezzin COULIBALY, promotion 2022-2023, à savoir : Marina KONATE, François Xavier MINOUNGOU, Pascal SOUDRE, Issiaka KONATE, Catherine OURME, Blanche COULIBALY, Jean BAZONGO, Daouda ZIE, Katian IDO pour leur engagement et leur participation active dans cette étude lors de leur stage collectif. Merci à tous ces étudiants qui, compte tenu de leur investissement multiforme dans cette étude, auraient légitimement dû en être co-auteurs, mais qui ont généreusement accepté d'être mentionnés simplement dans les remerciements.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements aux sociologues et anthropologues du Centre Muraz (Institut National de Santé Publique), en particulier aux docteurs Lalla BERTHÉ/SANOU, Maïmouna SANOU et Blahima KONATÉ, pour leurs lectures critiques et leurs précieux conseils.