

## Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire)

Kroa E.<sup>1,2</sup>, Diaby B.<sup>1,3\*</sup>, Niaré A.<sup>4</sup>, Traoré Y.<sup>2</sup>, Ahoussou E.M.<sup>3</sup>, Yao G.H.A.<sup>3</sup>, Coulibaly G.S.<sup>1</sup>, Kouassi D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), Côte d'Ivoire

<sup>2</sup> Laboratoire Institut National de Santé Publique (INSP), Côte d'Ivoire

<sup>3</sup> Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Côte d'Ivoire

<sup>4</sup> Malaria Recherche and Training Center (MRTC), Mali.

Date de réception : 28 février 2014 ; Date de révision : 1<sup>er</sup> avril 2014 ; Date d'acceptation : 10 juillet 2014

### Résumé :

La médecine traditionnelle a été officiellement reconnue en Côte d'Ivoire comme faisant partie du secteur privé de santé et classée au niveau primaire de la pyramide sanitaire. Ce travail se propose de faire une analyse sur la collaboration entre tradipraticiens et praticiens modernes de santé dans la région du Sud-Bandama en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans la région sanitaire du Sud-Bandama. La population cible était le personnel de santé, médical et paramédical, exerçant dans les établissements sanitaires de la zone d'étude et les tradipraticiens vivant dans les villes et villages sélectionnés. Les informations recherchées étaient les données sur la collaboration entre les deux médecines, traditionnelle et moderne, ainsi que les obstacles à cette collaboration. L'analyse des données recueillies a été faite à l'aide du logiciel Epi-Info 6.0 version 2002. Plus de la moitié (55%) des tradipraticiens inclus dans l'étude étaient analphabètes et 20% ne pratiquaient aucune autre activité en dehors de la médecine traditionnelle. Sur le plan de la qualification, 28% des tradipraticiens étaient des spiritualistes. Les infirmières (50%), les sages-femmes (35%), les médecins généralistes (10%) et les pédiatres (8%) étaient les principales qualifications retrouvées chez les praticiens modernes de santé. Un quart (25%) des tradipraticiens collaboraient avec les praticiens modernes. Du côté de ces derniers, le taux de collaboration avec les tradipraticiens était de 27%. Les échanges entre les acteurs des deux médecines portaient essentiellement sur les avis, les références et les compléments thérapeutiques. La qualification du tradipraticien avait une influence significative sur la collaboration à leur niveau ( $p=0,02$ ). La collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne n'est pas encore effective en Côte d'Ivoire. Si l'on veut mettre à profit le savoir des tradipraticiens en vue de la promotion de la santé, il s'avère nécessaire de promouvoir une collaboration réelle et franche entre les praticiens des deux médecines.

**Mots clés :** Médecine traditionnelle, collaboration, Médecine moderne, Côte d'Ivoire

## Assessment of the collaboration between modern and traditional medicines in the region of South-Bandama (Côte d'Ivoire)

### Abstract :

Traditional medicine has been officially recognized in Ivory Coast as part of the private health sector and placed at the primary health care pyramid. This work aims to assess the collaboration between traditional and modern health practitioners in the region of South Bandama in Côte d'Ivoire. This is a cross-sectional study in the health region of South Bandama. The target population of this study was the health personal, medical and paramedical, operating in the area of study and traditional healers living in towns and selected villages. The information sought was information on the collaboration between the traditional and modern medicine as well as obstacles to the collaboration. Data analysis was performed using Epi-Info 2002 version 6.0. More than half (55%) of traditional healers included in the study were illiterate and 20% did not practice any other activity outside of traditional medicine. In terms of qualification, 28% of traditional healers were spiritualists. Nurses (50%), midwives (35%), GPs (10%) and pediatricians (8%) were the main qualifications found among modern health practitioners. 25% of traditional healers cooperated with modern practitioners. Regarding the latter, the rate of collaboration with traditional healers was 27%. Trade between the two actors medicine focused on the opinions, references and additional treatment. The qualification of a traditional healer had significant influence on the collaboration level ( $p = 0.02$ ). The collaboration between traditional medicine and modern medicine is not yet effective in Côte d'Ivoire. If we want to use the knowledge of traditional healers to promote health, it is necessary to promote effective collaboration between practitioners and free of both medicines.

**Keywords :** Traditional Medicine, Collaboration, Modern Medicine, Côte d'Ivoire

### Introduction

Selon l'OMS, 80% des populations rurales vivant dans les pays en développement utilisent la médecine traditionnelle (MTR) comme premier moyen de recours. La MTR est également très populaire dans de nombreux pays développés parce qu'elle est fermement intégrée à des systèmes de croyance plus globaux [WHO, 2002]. Cependant, malgré ce crédit dont elle bénéficie auprès de la population, certains praticiens modernes affichent une attitude de méfiance à l'égard de la médecine traditionnelle et de ses acteurs, les qualifiant

d'irrationnels [Diaby et al., 2011]. Or, étant donné le rôle social des acteurs de la médecine traditionnelle et sa popularité croissante, il est impératif que les praticiens modernes de santé collaborent avec les tradipraticiens afin de comprendre les pratiques et les produits de la médecine traditionnelle [Mhame et al., 2010]. Deux raisons principales pourraient justifier une telle collaboration. D'abord il est important pour le personnel de santé d'avoir une bonne compréhension de tous les services de santé auxquels leurs patients peuvent accéder.

(\*) **Correspondance :** Diaby Badara ; e-mail : [diabygn@yahoo.fr](mailto:diabygn@yahoo.fr) ; tél. : (+225) 48 08 99 05

Deuxièmement, le personnel de santé (en particulier médecins généralistes, infirmières et pharmaciens) est souvent utilisé par des patients comme source d'information pour toutes questions relatives à la santé. Une reconnaissance de la médecine traditionnelle en tant que pourvoyeuse de soins de santé leur permettrait donc de donner à leurs patients des conseils appropriés [Mhame et al., 2010]. Par ailleurs, les tradipraticiens de la santé surpassent généralement de loin en Afrique, les praticiens modernes en nombre. Au Ghana et en Swaziland par exemple, il y a 25 000 et 10 000 patients pour chaque médecin alors qu'il y'en a 200 et 100 respectivement, pour chaque tradipraticiens. Et eu égard à ce manque de personnel de santé sur le continent, la médecine traditionnelle et ses acteurs contribuent énormément à la couverture sanitaire des populations. Conscient de cette réalité, l'OMS a, depuis le début des années 1970, maintes fois plaidé en faveur de la reconnaissance des tradipraticiens en tant que pourvoyeurs de soins de santé primaires (SSP). Elle a également plaidé pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux. Les gouvernements ont été sollicités plusieurs fois. Il leur a été demandé, dans le cadre de vastes programmes nationaux de santé, d'élaborer des politiques nationales, des règlements et des normes afin d'assurer une utilisation appropriée, sûre et efficace de la médecine traditionnelle. Par ailleurs, une des priorités de la stratégie régionale africaine pour la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé est la promotion de la collaboration entre les praticiens de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine conventionnelle [WHO, 2002 ; Mhame et al., 2010]. Ainsi, pour promouvoir le rôle

de la médecine traditionnelle dans le secteur de santé, le gouvernement ivoirien à l'instar de certains pays de la sous-région a adopté en 1995, la politique d'intégration de la médecine traditionnelle dans son plan national de développement sanitaire (PNDS) et a fait d'elle une de ses priorités. La médecine traditionnelle a été officiellement reconnue en Côte d'Ivoire comme faisant partie du secteur privé de santé par le décret n° 96-878 du 25 octobre 1996 aux articles 1 et 2. Elle est classée au niveau primaire de la pyramide sanitaire, selon les décrets n°96-876 du 25 octobre 1996, privés n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification et organisation des établissements sanitaires. Une direction de promotion de la médecine traditionnelle a été créée au ministère de la santé pour organiser et superviser les activités des tradipraticiens de santé. Pour concrétiser cette volonté politique, le projet « collaboration médecine moderne/médecine traditionnelle » a été mis en place pour la période de 1996 à 2005. Dans cette même optique la direction de la médecine traditionnelle a mené, en 1997, une étude portant sur le recensement des tradipraticiens, les pratiques thérapeutiques et les plantes médicinales de Côte d'Ivoire. Cette étude s'est déroulée dans les régions du Moyen-Comoé et du Sud-Bandama. L'un des objectifs était de : "valoriser et intégrer la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans le système sanitaire". Dix ans après cette initiative, nous nous proposons d'apprécier le niveau d'intégration de la médecine traditionnelle à travers une évaluation de la collaboration entre tradipraticiens et praticiens modernes de santé et ce, sur l'un des sites précédents, notamment la région sanitaire du Sud-Bandama.

## Méthodologie

### Zone d'étude

La Côte d'Ivoire est un pays francophone situé en Afrique de l'ouest. Elle est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, au Nord par le Mali et le Burkina Faso et au Sud par l'Océan atlantique. La zone d'étude se situe au Sud de la Côte d'Ivoire. Elle est administrativement appelée Région du Sud-Bandama, selon le redécoupage administratif de la Côte d'Ivoire de 1995. Le chef lieu de la région est Divo. Sa superficie totale est évaluée à 10.650 km<sup>2</sup>. Ses limites administratives sont, à l'Est le département de Tiassalé, au Nord-Ouest, le département de Gagnoa, au Sud-Ouest, le département de Sassandra, et au Nord, le département d'Oumé (**figure 1**). Elle comprend deux départements et huit sous-préfectures, selon la division administrative de 2002. Le Département de Divo renferme les sous-préfectures de Divo, Hiré,

Guitry, Fresco, et Yocoboué et le Département de Lakota, les sous-préfectures de Lakota, Niambézaria et Zikisso.

### Matériels et méthode

**Le motif du choix de la zone d'étude :** Notre étude consiste à faire le bilan d'une activité menée il y a dix ans, notamment l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé. Notre zone d'étude a été l'un des sites choisis pour cette activité. **Sélection des villes et des villages :** Les villes choisies, sont celles érigées en Direction Départementale de santé, et la sélection des villages s'est faite parmi ceux ayant un centre de santé et ceux situés dans les environs.

**Type et durée d'étude :** Il s'agit d'une étude transversale d'une durée de trois mois réalisée dans la région sanitaire du Sud-Bandama, qui regroupe trois districts sanitaires (Divo, Lakota et Guitry).



**Légende:** ○ Zone d'étude

**Figure 1:** Représentation de la zone d'étude (Côte d'Ivoire)

**Population cible et échantillonnage :** La population cible était le personnel de santé, médical et paramédical, exerçant dans les établissements sanitaires de la zone d'étude et les tradipraticiens vivant dans les villes et villages sélectionnés et reconnus comme tels par le personnel de santé ou par les habitants. La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel Epi-Info 6.0. Nous avons ainsi constitué un échantillon de 200 personnes, dont 100 agents de santé et 100 agents de la médecine traditionnelle, qui ont été soumis à une interview à l'aide d'un questionnaire. Les informations recherchées en plus des données socio-démographiques étaient les données sur la collaboration entre les deux médecines traditionnelle

et moderne ainsi que les obstacles à cette collaboration.

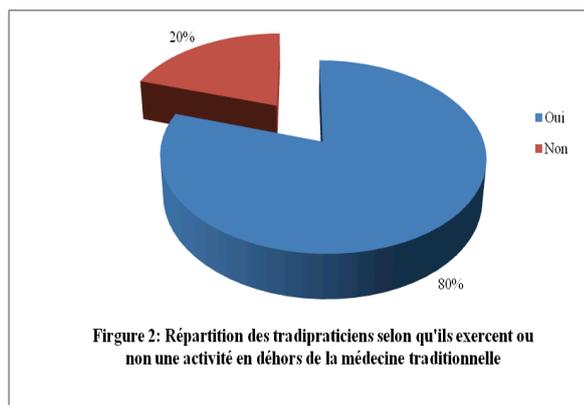
**Considérations éthiques :** Le questionnaire a été rendu anonyme pour garantir la confidentialité des informations recueillies et le consentement éclairé verbal a été recherché chez tous nos enquêtés.

**Traitement des données :** L'analyse des données recueillies a été faite à l'aide du logiciel Epi-Info 6.0 version 2002 ; les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du test de KHI DEUX et le seuil de significativité a été fixé à 5%. Chaque fois que les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, le test exact de FISHER était utilisé avec le même seuil de significativité.

## Résultats

**Données se rapportant aux tradipraticiens :** Les tradipraticiens étaient pour la plupart de sexe masculin (66%), 28% avaient le niveau d'étude primaire, 17% le niveau secondaire et 55% analphabètes.

20% d'entre eux ne pratiquaient aucune autre activité en dehors de la médecine traditionnelle. Parmi ceux qui avaient des activités parallèles, 50% étaient des planteurs et 23% des ménagères (**figure 2**).



Sur le plan de la qualification, 28% des tradipraticiens étaient des spiritualistes. Les domaines d'intervention des tradipraticiens sont variés. Ils traitent des maladies afférentes aux domaines d'intervention classiques de la médecine moderne (**tableau I**).

**Tableau I:** Domaines d'intervention des tradipraticiens de santé de la région du Sud-Bandama

Intervention	Effectifs (N = 100)	Pourcentage
Cancérologie	01	01
Chirurgie	10	10
Dermatologie	04	04
Gastro-entérologie	03	03
Gynécologie	34	34
Médecine	22	22
Neurologie	07	07
Pédiatrie	07	07
Psychiatrie	10	10
Urologie	10	10

Ils étaient 25% à collaborer avec les praticiens modernes ; la durée moyenne de cette collaboration était de 05 ans. Dans le cadre de cette collaboration, les tradipraticiens étaient appelés par les praticiens modernes pour apporter des soins aux patients (40%) ou recevaient des patients envoyés par ceux-ci (34%). Les tradipraticiens reçoivent en moyenne 05 malades adressés par les agents de santé par mois. Dans 12% des cas, ils demandaient à leur tour l'avis d'un agent de santé. 11% font appel à la médecine moderne pour donner des compléments thérapeutique à leurs patients et 67% réfèrent leurs patients vers les praticiens modernes : 17% en première intention et 43% en deuxième intention. Les **tableaux II et III** montrent la comparaison des tradipraticiens référant les patients vers les praticiens modernes selon le niveau d'étude et la qualification respectivement. Par ailleurs, nous avons observé que 3% des tradipraticiens faisaient office d'agent de santé communautaire dans leur localité.

**Tableau II:** Comparaison des tradipraticiens qui réfèrent selon le niveau d'étude

REFERENCE	NIVEAU D'ETUDE			TOTAL
	Aucun	Primaire	Secondaire	
OUI	40	18	11	69
NON	15	10	6	31
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

KHI DEUX=0,79 ; ddl=2 ; p=0,67 (non significatif)

**Tableau III:** Comparaison des tradipraticiens qui réfèrent selon la qualification

REFERENCE	QUALIFICATION		TOTAL
	Spiritualiste	Non Spiritualiste	
OUI	24	45	69
NON	04	27	31
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

KHI DEUX=5,07 ; ddl=1 ; p=0,02

**Données se rapportant aux praticiens de la médecine moderne :** Les praticiens modernes de santé inclus dans l'étude étaient majoritairement des infirmières (50%), des sages-femmes (35%), des médecins généralistes (10%) et des pédiatres (8%). Seulement 27% d'entre eux collaborent avec les tradipraticiens. 33,33% adressaient certains patients aux tradipraticiens tandis que 40,74% recevaient des malades adressés par les tradipraticiens. 25,93% des praticiens modernes de santé ont recours eux-mêmes à la thérapie traditionnelle pour leur propre soin de santé (**tableau IV**). La durée moyenne de collaboration avec les tradipraticiens était de 08 ans.

**Tableau IV :** Collaboration des praticiens de santé de la région du Sud-Bandama avec les tradipraticiens selon leur qualification

QUALIFICATION	COLLABORATION		TOTAL
	Oui	Non	
Chirurgien	0	3	3
Chirurgien dentiste	1	1	2
Gynécologue	0	2	2
Infirmier	16	32	48
Médecin radiologue	0	1	1
Médecin généraliste	3	4	7
Pédiatre	0	1	1
Sage femme	5	25	30
Technicien supérieur	1	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

p=0,58

Il n'y avait pas de liaison entre la collaboration avec les tradipraticiens et la qualification des praticiens modernes (p=0,58). 68% des praticiens modernes de santé n'avaient aucune connaissance des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

**Obstacles :** 22% des tradipraticiens ont relevé des obstacles à une collaboration entre les deux médecines contre 62% chez les praticiens modernes.

La crise de confiance est l'obstacle majeur (27,27%) évoqué par les tradipraticiens, suivi du manque de communication (18,20%) et du refus des génies (9,09%) (**tableau V**).

**Tableau V :** Les obstacles à une collaboration entre les deux médecines selon les tradipraticiens

Obstacles	Effectif	Pourcentage
Accord des génies	2	9,1
Crise de confiance	6	27,3
Communication	4	18,2
Déforestation	1	4,5
Disponibilité	3	13,6
Interdits	1	4,5
Leadership	1	4,5
Mysticisme	1	4,5
Rémunération	3	13,6
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Les principaux obstacles relevés au niveau des praticiens modernes étaient l'analphabétisme des tradipraticiens (16,13%), leur ignorance (17,74%), l'absence de diagnostic fiable (6,45%), le refus de certains tradipraticiens de référer (4,84%), la référence tardive lorsqu'elle existe (9,68%), la mauvaise fois de certains tradipraticiens (6,45%),

## Discussion

**Données se rapportant aux tradipraticiens :** Alors que le profil tradipraticien exerçant dans le district d'Abidjan est un sujet de sexe féminin, alphabétisée [Manouan et al., 2010], le profil de ceux exerçant dans la région du Sud-Bandama est un sujet de sexe masculin et analphabète. Pour ceux qui ont un niveau d'étude, celui-ci n'a jamais dépassé le secondaire. Ils étaient d'abord planteurs, les plantations de café, cacao, palmier à huile destinés à l'exportation étant les principales activités économiques de la région, et exerçaient le métier de tradipraticien en second plan (80%). Sur le plan de la qualification, 28% des tradipraticiens enquêtés étaient des spiritualistes c'est-à-dire qu'ils ont la capacité d'utiliser des procédés magico-religieux et surnaturels (approche d'ordre métaphysique) pour déterminer les causes du mal dont souffrent les patients. Ils s'opposent en médecine traditionnelle aux non spiritualistes (72%) dont la démarche diagnostic repose sur une approche somatique, en rapport avec la maladie somatique ou psychosomatique dont il faut connaître le symptôme, grâce à un apprentissage auprès d'un maître [Devisch et al., 1992]. Les domaines d'intervention des tradipraticiens sont variés et couvraient des maladies afférentes aux domaines d'intervention classiques de la médecine moderne. Nous avons entre autre la chirurgie : certains tradipraticiens traitent les fractures (ce sont les rebouteurs), de même que les luxations ; la dermatologie : il s'agit surtout des éruptions

le dosage des produits inconnu (4,84%) et l'absence d'analyse des recettes traditionnelles (3,22%) (**tableau VI**).

**Tableau VI :** Les obstacles à la collaboration entre les deux médecines cités par les praticiens modernes

Obstacles	Effectif	Pourcentage
Absence de données	3	4,8
Analphabétisme	10	16,1
Aspect mystique	2	3,2
Cachotterie des TPS	3	4,8
Diagnostic	4	6,5
Dosage des produits inconnu	3	4,8
Absence d'analyse des médicaments	2	3,2
Ignorance des TPS	11	17,7
Leadership	4	6,5
Mauvaise foi de certains TPS	4	6,5
Mauvaise organisation des TPS	1	1,6
M T peu connue	6	9,7
Refus de certains tradipraticiens de référer	3	4,8
Référence tardive	6	9,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

cutanées prurigineuses ou non et des ulcérations cutanées ou plaies ; la gynécologie : il s'agit le plus souvent de la stérilité, des dysménorrhées, des accouchements difficiles, des métrorragies... ; la neurologie : surtout les paresthésies. Un tradipraticien sur quatre (25%) était en partenariat avec les praticiens modernes de santé, depuis 05 ans en moyenne. Dans le cadre de cette collaboration, leurs échanges portaient essentiellement sur les avis, les références et les compléments thérapeutiques. 40% des tradipraticiens étaient appelés par les praticiens modernes pour apporter des soins aux patients ou recevaient des patients référés par ceux-ci (34%). Les tradipraticiens reçoivent en moyenne 05 malades adressés par les agents de santé par mois. Dans 12% des cas, ils demandaient à leur tour l'avis d'un agent de santé. Certains tradipraticiens (11%) font appel à la médecine moderne pour donner des compléments thérapeutiques parallèlement à la prise en charge traditionnelle ; il s'agit particulièrement des rebouteurs qui adressent leurs patients aux praticiens modernes de santé pour y recevoir un sérum anti-tétanique et/ou des antibiotiques. Aucun tradipraticien ne référerait directement un patient traumatisé chez un traumatologue. Si constat ne doit pas susciter d'inquiétude pour les fractures fermées par exemple dans la réduction desquelles la médecine traditionnelle a une renommée reconnue par la communauté, il suscite de grosses inquiétudes en ce qui concerne les fractures ou blessure ouvertes étant

donné le risque d'infection ou de surinfection. Il y a donc lieu de mener des activités de sensibilisation à l'endroit de tradipraticiens afin de leur faire comprendre la nécessité de référer les cas de fractures ouvertes vers la médecine modernes car même après une antibiothérapie en médecine moderne le risque de réinfection reste élevé étant donné les conditions de travail des tradipraticiens. A ce propos des séances de formations sur les notions d'hygiène et d'asepsie/antiseptie pourraient être très salutaires pour l'ensemble des patients qui accordent leur confiance pour la prise en charge de blessures ou fractures à risque de surinfection. Nous avons également rencontré des tradipraticiens (10%) à qui le praticien moderne adresse des malades pour un complément thérapeutique traditionnel, le plus souvent dans les cas de morsure de serpent les sérums antivenimeux modernes étant onéreux et en général non disponibles en milieu rural. 67% des tradipraticiens que nous avons enquêtés réfèrent les malades vers les praticiens modernes, soit en première intention (17%) : le malade n'ayant encore reçu aucun traitement, il lui est demandé de se rendre à l'hôpital pour une prise en charge avant celle du tradithérapeute ; soit en deuxième intention (43%) : le malade étant dans ce cas référé après échec thérapeutique. Ces malades quittent généralement tardivement les tradipraticiens et le plus souvent présentent déjà des complications en arrivant dans les structures modernes de santé. Cette remarque a été faite par Jean-Luc au Bénin [Diallo et al., 2010]. Par contre 34% des tradipraticiens enquêtés n'ont jamais référés en médecine moderne pour différentes raisons : efficacité de leur traitement, certaines maladies ne se soignent pas à l'hôpital, les patients viennent déjà de l'hôpital. Parlant de la formation, 3% tradipraticiens ont été formés comme agents de santé communautaires et exercent comme tels dans leur localité. L'analyse statistique montre que le niveau d'étude des tradipraticiens n'a aucune influence sur leur décision de référer les malades vers les structures modernes de soins ( $p=0,67$ ) ; par contre nous avons trouvé une différence statistiquement significative concernant la qualification des tradipraticiens : les non spiritualistes étaient plus disposés à référer leur patients vers les structures modernes de santé quand cela s'avérait nécessaire que les tradipraticiens à vocation spiritualiste ( $p=0,02$ ). Cela s'expliquerait par le fait que les tradipraticiens non spiritualistes ont une approche diagnostique comparable à celle des praticiens modernes de santé et qui repose essentiellement sur la reconnaissance des symptômes de la maladie, pouvant s'accompagner parfois d'un « examen clinique » du patient [Devisch et al., 1992].

**Données se rapportant aux agents de santé :** Les praticiens modernes de santé étaient dominés par les

infirmières et les sages-femmes. La prédominance de ces qualifications parmi les praticiens modernes reflète celui du personnel de santé des zones rurales en Côte d'Ivoire comme dans la quasi-totalité des pays en voie de développement : rareté du personnel spécialisé et prépondérance du personnel paramédical qui le plus souvent assure la totalité des services des structures de santé périphériques. Notre enquête a révélé que 27% des praticiens modernes enquêtés collaboraient avec les tradipraticiens. La durée moyenne de collaboration avec les tradipraticiens était de 08 ans. Avec le partenariat ainsi établi, les praticiens modernes de santé adressaient certains de leurs patients aux tradipraticiens (33,33%) ou recevaient des malades adressés par ceux-ci (40,74%). Par ailleurs environ un quart (25,93%) des praticiens modernes de santé avaient eux-mêmes recours à la thérapie traditionnelle pour leur soin de santé, ce qui traduit une pratique favorable envers la médecine et la thérapie traditionnelles. Il n'y avait pas de liaison entre la collaboration avec les tradipraticiens et la qualification des praticiens modernes ( $p=0,58$ ). Nous avons aussi constaté que 68% des praticiens modernes de santé enquêtés n'avaient aucune connaissance des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). Les MTA sont en effet des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, à limites de toxicité déterminées, à activité pharmacologique confirmée par la recherche scientifique, à dosage quantifié et à qualité contrôlée lors de leur mise sur le marché. Leur efficacité et leurs prix sont généralement concurrentiels par rapport aux spécialités modernes équivalentes [Richard, 2010]. La méconnaissance des MTA par les praticiens modernes de santé plaide en faveur de la nécessité de la formation et de la sensibilisation des prescripteurs sur les MTA qui se sont révélés être des alternatives valables des molécules des pharmacies modernes. Ces mesures devront bien entendu être accompagnées de la mise à disposition des MTA au niveau des districts sanitaires.

**Obstacles :** La collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne ne semble pas être au point étant donné qu'elle est présente chez seulement 25% environ des praticiens tant modernes que traditionnels que nous avons pu interroger. Les obstacles relevés par les praticiens modernes se résument en ces termes : la crise de confiance : les tradipraticiens disent avoir plusieurs fois été dupés. Certains tradipraticiens ont évoqué le refus des génies comme obstacle, justifiant ainsi leur opposition catégorique à toute collaboration avec les praticiens modernes de santé : il s'agissait notamment des tradipraticiens de types spiritualistes qui utilisent des procédés magico-religieux et surnaturels pour diagnostiquer des maladies voire leur prise en charge. Quant aux

obstacles relevés par les praticiens modernes nous avons noté entre autres : l'absence de données sur la collaboration ; l'analphabétisme des tradipraticiens qui ne peuvent pas s'exprimer en français, posant ainsi le problème de communication. L'ignorance des tradipraticiens les amenant à poser des diagnostics qui ne sont pas toujours vrais ; leur mauvaise influence sur les patients qui parfois refusent certains traitements à l'hôpital ; Les autres obstacles soulevés par les praticiens modernes et qui constituent un autre goulot d'étranglement dont souffre la médecine traditionnelle actuellement sont l'absence d'analyse des médicaments traditionnels et la méconnaissance de leurs effets indésirables et de leur degré de toxicité qui font que les praticiens modernes affichent une attitude de méfiance à l'égard des recettes thérapeutiques traditionnelles. Ce regard n'offre aucune chance de collaboration entre les deux médecines, mais renforce par contre la résistance des tradipraticiens à toute innovation [Motema et al., 2004]. Des actions visant à faciliter la

reconnaissance des drogues traditionnelles sont donc nécessaires. Celles-ci consisteront entre autre en des études cliniques et pharmacologiques approfondies en vue de décrire leur efficacité, leurs effets indésirables et leur degré de toxicité sur les différents organes. De telles études permettront de déterminer leur composition chimique ainsi que les principes actifs responsables des propriétés qui justifient leur usage clinique en vue d'améliorer leurs formes d'administration. La mise à disposition de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) est l'aboutissement de telles actions. Il est évident que ces actions saperont l'autorité et le respect des tradipraticiens mais qu'à cela ne tienne, elles permettront à terme de découvrir de meilleurs traitements sûrs et efficaces (MTA) à partir des recettes détenues par les tradipraticiens. Toutefois, il faudrait garantir la propriété intellectuelle des tradipraticiens afin de vaincre leur attitude de conservatisme sur le secret touchant à leur savoir médical ainsi que leur hostilité à toute innovation.

### Conclusion

La collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne n'est pas encore effective dans la région du Sud-Bandama : elle concerne un praticien sur quatre de part et d'autre. Si l'on veut mettre à profit le savoir des tradipraticiens en vue de la promotion de la santé, il serait souhaitable de favoriser une reconnaissance de la Médecine Traditionnelle par les Praticiens Modernes de Santé et une collaboration franche entre les tradipraticiens

et les praticiens modernes ; cette collaboration permettra à chacune des médecines de bénéficier des apports de l'autre afin d'améliorer les méthodes d'améliorer l'état de santé des populations. Nous pensons qu'il est aussi important de sensibiliser et informer les Praticiens Modernes de Santé pour qu'ils orientent leurs malades vers la médecine traditionnelle en cas d'absence ou d'échec de traitement moderne.

### Références

**Devisch R., 1992.** Systèmes de santé traditionnels en Afrique Centrale : un regard d'anthropologie médicale, in : Médecine et Hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours, éd. Masson, 1992, Bruxelles.  
**Diaby B, Kroa E, Niare A, et al., 2011.** Connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de la sante de la ville d'Abidjan sur le paludisme. Mali Médical 2011, Tome XXVI ; 3 : 5.  
**Diallo D, Diakité C, Diawara A, et al., 2010.** Etude de la consommation des médicaments traditionnels améliorés dans le district sanitaire de kadiolo (région de Sikasso, Mali). Mali Médical 2010, Tome Xxv ; 1 : 13.  
**Manouan N. J-M, N'guessan B.B, Kroa E, et al., 2010.** Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District Autonome d'Abidjan. *Ethnopharmacologia*, décembre 2010, 46 : 75-80.

**Motema JL, 2004.** Les contraintes à l'exercice de la médecine traditionnelle à Kinshasa. *Médecine d'Afrique Noire*, 51(12) : 623-28.  
**Mhame PP, Busia K, Kasilo OMJ., 2010.** Collaboration between Traditional Health Practitioners and Conventional Health Practitioners : Some country experiences. *African Health Monitor*, 13(special issue) : 40-46.  
**Richard J-L., 2001.** Accès et recours aux soins de santé de la sous-préfecture de Ouessè (Thèse de Géographie de la santé). Genève : Faculté des lettres et sciences humaines de l'université de Neuchâtel, 161-219.  
**World Health Organisation. WHO, 2002.** Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva, World Health Organization, (document reference WHO/EDM/TRM/2002.1).