



UNIVERSITÉ DU BURUNDI

GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI

Dépôt institutionnel officiel

<https://repository.ub.edu.bi>

La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : étude menée dans les communes Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura

Iradukunda, Jean-Marie; Sous la direction de : Dr. Vénérand Nsengiyumva

2026-09

UB, FLSH

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2424>

**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
MASTER EN SOCIO-ANTHROPOLOGIE**



**LA COLLABORATION DANS LE PLURALISME
THERAPEUTIQUE AU BURUNDI : ETUDE MENEES DANS LES
COMMUNES MUKAZA ET NTAHANGWA DE LA PROVINCE DE
BUJUMBURA**

Par :

Jean-Marie IRADUKUNDA

Mémoire

présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du diplôme
de Master en Socio-anthropologie

Sous la direction de :

Dr. Vénérand NSENGIYUMVA

MEMBRES DU JURY

Président : Pr. Aloys TOYI

Directeur : Dr. Vénérand NSENGIYUMVA

Secrétaire : M.A Jean Claude MAKOROKA

DEDICACES

À mon père MANIRAKIZA Jean ;

À ma regrettée mère NDORICIMPA Anne Marie ;

À ma femme ;

À mes enfants ;

À mes frères et sœurs ;

À nos amis et connaissances ;

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation. Nous adressons tout d'abord nos sincères remerciements à notre Directeur de mémoire Dr. Vénérand NSENGIYUMVA pour sa disponibilité, ses orientations, ses conseils scientifiques spécifiquement sa rigueur méthodologique et ses critiques, malgré ses nombreuses obligations constructives qui ont permis d'améliorer la qualité de ce travail tout au long de son élaboration.

Nous remercions également les autorités administratives et sanitaires des communes de Mukaza et Ntakangwa pour leur collaboration et leur accueil, qui ont facilité la collecte des données sur le terrain. Nos remerciements s'adressent aussi aux médecins, infirmiers, tradipraticiens, responsables religieux qui ont accepté de nous accorder du temps et de partager leurs expériences et leurs points de vue, rendant ainsi possible la réalisation de cette étude.

Nous exprimons notre reconnaissance aux patients enquêtés pour leur participation volontaire et leur contribution précieuse à travers leurs témoignages et récits de vie.

Nous n'oublions pas Dr. David NIYUKURI et la Famille SUNZU Gadson pour leur amour inconditionnel, leurs sacrifices, leur soutien moral et matériel, ainsi que leurs encouragements constants qui ont rendu possible notre parcours académique.

Enfin, nous adressons notre gratitude la plus profonde à notre famille pour son soutien constant, sa patience, sa compréhension, sa confiance indéfectible tout au long de notre parcours académique.

À toutes et à tous, nous disons sincèrement merci.

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche porte sur la collaboration dans le pluralisme thérapeutique dans les communes de Mukaza et Ntakangwa de la province de Bujumbura. Il analyse les interactions entre les acteurs de la médecine moderne, les tradipraticiens et les responsables religieux, ainsi que leurs effets sur les parcours thérapeutiques des patients et l'accès aux soins.

L'étude part du constat que le système de santé burundais est marqué par la coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques qui fonctionnent simultanément. L'objectif général est d'analyser les dynamiques de collaboration, de concurrence et de tension entre ces acteurs afin de comprendre leurs implications socio-anthropologiques dans la prise en charge de la santé. Les données ont été collectées à travers une approche qualitative basée sur des entretiens, des récits de vie et une recherche documentaire auprès des différents acteurs concernés.

Les résultats montrent que la collaboration entre les acteurs thérapeutiques existe principalement sous des formes informelles, notamment à travers l'orientation des patients et les conseils ponctuels. Toutefois, cette collaboration reste limitée par plusieurs obstacles, notamment la méfiance mutuelle, les différences culturelles et religieuses, l'absence de cadre légal et institutionnel, ainsi que les conflits de légitimité entre les systèmes de soins. Les patients jouent un rôle central dans l'articulation de ces systèmes en construisant des itinéraires thérapeutiques multiples et circulaires.

L'étude conclut que le pluralisme thérapeutique constitue à la fois une ressource pour le système de santé. Il favorise la diversification des recours aux soins, mais entraîne également des parcours thérapeutiques fragmentés et parfois inefficaces en l'absence de coordination. Dès lors, la formalisation de la collaboration, le renforcement de l'éducation sanitaire et la valorisation des savoirs locaux apparaissent comme des pistes essentielles pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Mots-clés : pluralisme thérapeutique, collaboration, parcours de soins, tradipraticiens, médecine moderne, santé, socio-anthropologie.

ABSTRACT

This research work focuses on collaboration within therapeutic pluralism in the communes of Mukaza and Ntahangwa in Bujumbura Province. It analyzes the interactions between biomedical practitioners, traditional healers, and religious leaders, as well as their effects on patients' therapeutic pathways and access to healthcare services.

The study is based on the observation that the Burundian healthcare system is characterized by the coexistence of multiple therapeutic systems operating simultaneously. The main objective is to examine the dynamics of collaboration, competition, and tension among these actors in order to understand their socio-anthropological implications for healthcare delivery. Data were collected through a qualitative approach, including interviews, life histories, and documentary analysis involving the various stakeholders.

The findings show that collaboration among therapeutic actors mainly exists in informal forms, particularly through patient referrals and occasional advice between practitioners. However, this collaboration remains limited by several constraints, including mutual mistrust, cultural and religious differences, the absence of a clear legal and institutional framework, and conflicts over legitimacy between healthcare systems. Patients play a central role in connecting these systems by constructing multiple and circular therapeutic itineraries.

The study concludes that therapeutic pluralism is both a resource for the healthcare system. It promotes diversified access to care but also leads to fragmented and sometimes inefficient therapeutic pathways due to the lack of coordination. Therefore, formalizing collaboration, strengthening health education, and valuing local knowledge appear as key strategies to improve comprehensive patient care.

Keywords: therapeutic pluralism, collaboration, care pathways, traditional healers, biomedical

system, health, socio-anthropology.

TABLE DES MATIERES

MEMBRES DU JURY	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
RÉSUMÉ	iv
ABSTRACT	v
TABLE DES MATIERES.....	vi
LISTE DES IMAGES	xi
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xii
AVANT-PROPOS.....	xiii
0. INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
0.1. Contexte et justification	1
0.2. Intérêt de l'étude	2
0.2.1. Intérêt scientifique	2
0.2.2. Intérêt social	4
0.3. Problématique de recherche	6
0.4. Questions de la recherche	8
0.4.1. Question générale	8
0.4.2. Questions spécifiques	8
0.5. Hypothèses de recherche	9
0.5.1. Hypothèse générale	9
0.5.2. Hypothèses spécifiques	9
0.6. Objectifs de recherche	9
0.6.1. Objectif général	9
0.6.2. Objectifs spécifiques	9
0.7. Approche méthodologique	10
0.7.1. Type d'étude	10
0.7.2. Échantillonnage	10
0.7.3. Techniques de collecte des données	10
0.7.4. Outils de collecte des données	11
0.7.5. Méthodes d'analyse des données	12
0.7.6. Limites méthodologiques	13

0.8. Délimitation de l'étude	13
0.8.1. Délimitation spatiale	13
0.8.2. Délimitation temporelle	13
0.8.3. Délimitation thématique	13
0.9. Difficultés rencontrées au cours de la recherche	13
0.10. Structure du mémoire	14
CHAPITRE I: CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE, THÉRAPEUTIQUE ET	
RELIGIEUX DE L'ÉTUDE	15
I.1. Le contexte général de la santé au Burundi	16
I.2. Organisation et fonctionnement du système sanitaire au Burundi	17
I.2.1. Le Ministère de la Santé publique comme institution de régulation	17
I.2.2. Le niveau central	17
I.2.3. Le niveau intermédiaire : les structures provinciales de santé	18
I.2.4. Le niveau périphérique : les districts sanitaires	18
I.2.5. Le niveau communautaire	19
I.3. Les acteurs de la biomédecine	19
I.4. La médecine traditionnelle au Burundi	21
I.4.1. La médecine traditionnelle dans le Burundi ancien	21
I.4.2. Définition et caractéristiques générales	23
I.4.3. La reconnaissance institutionnelle de la médecine traditionnelle	25
I.4.4. Les tradipraticiens comme acteurs du système thérapeutique	26
I.5. Les relations entre médecine traditionnelle et biomédecine	26
I.6. Le champ religieux au Burundi	27
I.6.1. La place de la religion dans la société burundaise	27
I.6.2. Les principales composantes du christianisme organisé au Burundi	27
I.6.3. La dimension spirituelle dans les parcours thérapeutiques	27
I.7. Le patient au centre du pluralisme thérapeutique	31
CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	33
II.1. Conceptualisations	33
II.1.1. Les principales dimensions de la santé	33
II.1.1.1. La dimension biologique ou physique de la santé	33
II.1.1.2. La dimension psychologique ou mentale de la santé ou émotionnelle	34
II.1.1.3. La dimension sociale de la santé	35

II.1.1.4. La dimension culturelle et symbolique de la santé	36
II.1.1.5. La dimension environnementale de la santé	36
II.1.1.6. La dimension spirituelle et existentielle de la santé	37
II.1.1.7. La dimension financière de la santé	37
II.1.1.8. Conclusion	39
II.1.2. Les principales dimensions de la maladie	39
II.1.2.1. La dimension biologique de la maladie	39
II.1.2.2. La dimension subjective ou expérientielle de la maladie	40
II.1.2.3. La dimension sociale de la maladie	40
II.1.2.4. La dimension culturelle et symbolique de la maladie	40
II.1.2.5. La dimension relationnelle et interactionnelle de la maladie	41
II.1.2.6. La dimension économique et politique de la maladie	41
II.1.2.7. La dimension identitaire de la maladie	42
II.2. Approches théoriques et cadres analytiques	42
II.2.1. Le fonctionnalisme	43
II.2.1.1. Le fonctionnalisme comme cadre d'intelligibilité des systèmes thérapeutiques	43
II.2.1.2. Le fonctionnalisme comme outil d'analyse des systèmes thérapeutiques	44
II.2.1.3. Le fonctionnalisme et la fonction sociale du soin	45
II.2.1.4. Le fonctionnalisme et le champ thérapeutique	45
II.2.1.5. Limites du fonctionnalisme et nécessité d'un complément constructiviste	46
II.2.2. Le constructivisme : la maladie comme construction sociale	46
II.2.3. Articulation entre le fonctionnalisme et constructivisme	47
II.2.4. La théorie de l'Actor-Network ou théorie de l'acteur-réseaux	47
II.2.5. La théorie de la Coordination des Soins (Care Coordination)	48
II.2.6. La théorie de l'Intégration des Savoirs	49
II.2.7. La théorisation ancrée	50
II.3. Revue de la littérature	52
II.3.1. Composantes du pluralisme thérapeutique	52
II.3.2. Pluralisme thérapeutique	53
II.3.3. Importance sociale et culturelle du pluralisme thérapeutique	54
II.3.4. Le Professionnel de santé	55
II.3.4.1. Le rôle social du professionnel de santé	56

II.3.4.2. Le professionnel de santé face aux transformations contemporaines	57
II.3.5. La collaboration dans le pluralisme thérapeutique	57
II.3.6. Déontologie des pratiques thérapeutiques	59
II.3.7. Le référencement des patients	62
II.3.8. Synthèse critique de la littérature	63
II.3.9. Lacunes identifiées dans la recherche sur le Burundi	63
II.3.10. Conclusion du deuxième chapitre	64
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	65
III.1. Démarche méthodologique de production et d'analyse des données	66
III.1.1. Entrée sur le terrain et diversification des sites d'enquête	66
III.1.2. Production des données empiriques	67
III.1.3. Le codage initial des données	68
III.1.4. La comparaison constante	68
III.1.5. Du codage ouvert à la construction des catégories	69
III.1.6. Le codage axial et la mise en relation des catégories	69
III.1.7. L'émergence progressive des catégories centrales	70
III.1.8. La saturation théorique	70
III.1.9. Passage des données empiriques au modèle explicatif	70
III.2. Recherche documentaire	71
III.3. Type recherche	72
III.4. Choix de la théorisation ancrée	72
III.5. Population d'étude	73
III.6. Echantillonnage	73
III.6.1. Procédure d'échantillonnage	73
III.6.2. Choix de l'échantillon	74
III.6.3. Taille de l'échantillon	74
III.7. Techniques de collecte des données	75
III.7.1. L'entretien semi-directif	75
III.7.2. L'observation directe	75
III.7.3. Récits de vie	76
III.8. Outils de collectes des données	77
III.9. Traitement des données de terrain	77
III.10. Considérations éthiques	78

III.11. Difficultés rencontrées	79
Conclusion du chapitre	80
CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES	
RÉSULTATS	81
IV.1. Présentation et analyse des résultats.	81
IV.1.1. Les mécanismes de collaboration entre les acteurs thérapeutiques	81
IV.1.2. Les tensions inter-thérapeutiques : entre concurrence, méfiance et conflits de légitimité	83
IV.1.3. La reconnaissance institutionnelle : une condition de légitimation de la collaboration	84
IV.1.4. Les représentations de la maladie et de la guérison	85
IV.1.5. Les rapports de confiance comme fondement de la collaboration	88
IV.1.6. Les itinéraires thérapeutiques : le patient comme acteur de l'articulation des systèmes	90
IV.1.7. La médiation entre les systèmes thérapeutiques	90
IV.1.8. Les rapports de pouvoir entre les savoirs thérapeutiques	91
IV.1.9. Mise en relation des catégories : vers un modèle explicatif émergent	92
IV.1.10. La négociation des légitimités thérapeutiques	92
IV.2. Discussion des résultats	94
IV.2.1. Une collaboration thérapeutique sélective, situationnelle et négociée	95
IV.2.2. Les formes et mécanismes de collaboration entre les différents acteurs thérapeutiques.	96
IV.2.3. Les facteurs influençant la collaboration	97
IV.2.4. Les perceptions des acteurs	98
IV.2.5. Les effets sur les parcours thérapeutiques	98
IV.2.6. Les difficultés et tensions	99
IV.2.7. Les stratégies de renforcement	99
CONCLUSION GÉNÉRALE	101
RECOMMANDATIONS	105
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	107
ANNEXES	113

LISTE DES IMAGES

Image 1: Image prise par l’auteur qui illustre le Renforcement des capacités au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge lundi le 18 mai 2026	21
Image 2: Image prise par l’auteur à Buterere le 14 mai 2026 à 15h20 illustrant une pharmacie traditionnelle	24
Image 3: Image prise par l’auteur le 14 mai 2026 à 15h30 à Buterere qui illustre Un médicament naturel pour la maladie des yeux	25
Image 4: Prière de guérison pour une femme qui souffre du cancer de l’utérus dont la guérison médicale n’a pas abouti dimanche du 31 mai 2026 à l’église Bethel International de Buterere	29
Image 5: Image prise par l'auteur le 14 mai 2026 à 15h à Buterere à l'Eglise Gospel Church International	30
Image 6: Séance de Guérison par prière à l’église Synagogue Church of Jesus Christ à Cibitoke 6 ^{ème} Avenue samedi le 16 mai 2026	31

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGUEBU	: Association des Guérisseurs du Burundi
APA	: American Psychological Association
CDS	: Centre de Santé
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
Dr.	: Docteur
MENACOSA	: Médecine Naturelle Confiance à Notre Sante
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
RNATB	: Réseau National des Tradipraticiens au Burundi
WHO	: World Health Organization

AVANT-PROPOS

Le présent travail de recherche a été réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en Socio-anthropologie. Il s'inscrit dans une réflexion portant sur les dynamiques de collaboration entre les différents acteurs thérapeutiques dans un contexte de pluralisme thérapeutique au Burundi, plus particulièrement dans les communes de Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura.

Dans de nombreuses sociétés africaines, la santé et la maladie sont appréhendées à travers une diversité de systèmes de savoirs et de pratiques. Au Burundi, les patients ont souvent recours simultanément ou successivement à la médecine moderne, à la médecine traditionnelle et aux pratiques religieuses dans leur quête de guérison. Cette coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques constitue une réalité sociale complexe qui influence profondément les parcours de soins, les comportements sanitaires ainsi que les relations entre les différents intervenants du domaine de la santé. L'intérêt pour cette recherche est né du constat que, malgré l'importance de ces interactions dans la vie quotidienne des populations, les mécanismes de collaboration entre les acteurs biomédicaux, les tradipraticiens et les responsables religieux demeurent encore peu documentés. Cette situation soulève plusieurs interrogations relatives aux formes de coopération existantes, aux obstacles qui limitent leur développement ainsi qu'aux opportunités susceptibles de favoriser une meilleure prise en charge des patients.

À travers cette étude, nous avons cherché à comprendre les représentations, les pratiques et les expériences des différents acteurs impliqués dans les parcours thérapeutiques afin de mettre en évidence les enjeux socio-anthropologiques du pluralisme thérapeutique. Cette démarche nous a permis d'explorer les perceptions des médecins, infirmiers, tradipraticiens, responsables religieux, patients et cadres institutionnels concernant la collaboration thérapeutique et ses implications pour la santé publique. Nous espérons que les résultats de cette recherche contribueront à enrichir les connaissances scientifiques dans le domaine de l'anthropologie de la santé, tout en constituant un outil d'aide à la réflexion pour les décideurs, les professionnels de santé, les chercheurs et l'ensemble des acteurs engagés dans l'amélioration du système de santé au Burundi.

Enfin, bien que ce travail ne prétende pas épuiser toute la complexité de la question étudiée, il constitue une contribution à la compréhension des réalités du pluralisme thérapeutique et

ouvre des perspectives pour de futures recherches sur les mécanismes de collaboration entre les différents systèmes de soins.

0. INTRODUCTION GÉNÉRALE

0.1. Contexte et justification

La santé constitue un pilier fondamental du bien-être humain et un indicateur majeur du développement d'une société. La santé constitue un enjeu fondamental pour toutes les sociétés humaines, car elle conditionne à la fois le bien-être individuel, le bien-être social et la stabilité collective. Dans les pays africains, et plus particulièrement au Burundi, la santé ne peut être comprise uniquement sous l'angle biomédical, elle est façonnée par un ensemble de représentations sociales, culturelles et spirituelles qui influencent les pratiques thérapeutiques.

Le pluralisme thérapeutique constitue aujourd'hui un objet central de l'anthropologie médicale contemporaine en raison de la coexistence croissante de multiples systèmes de soins au sein des sociétés globalisées. Contrairement aux prédictions évolutionnistes du XX^e siècle qui annonçaient la disparition progressive des médecines dites traditionnelles au profit de la biomédecine, on observe plutôt une diversification des pratiques thérapeutiques et une intensification des circulations entre registres médicaux, religieux et culturels (Whyte, van der Geest, & Hardon, 2002). Dans de nombreux contextes africains, notamment au Burundi, la trajectoire thérapeutique des patients se caractérise par une navigation continue entre médecins, guérisseurs et autorités religieuses, révélant l'existence d'un système thérapeutique composite plutôt qu'un ensemble fragmenté.

Le pluralisme thérapeutique pour Cant & Sharma (2019), il représente une démocratisation des soins permettant aux patients de choisir entre différentes rationalités thérapeutiques. À l'inverse, certains auteurs biomédicaux soulignent les risques liés à l'absence de régulation. Dans cette perspective, Bodeker et Kronenberg (2018) défendent une approche intégrative où les médecines traditionnelles sont reconnues comme complémentaires plutôt qu'opposées à la biomédecine en Europe où l'intégration de médecines complémentaires dans certains hôpitaux illustre cette évolution.

En Afrique, Langwick (2018) affirme que le pluralisme thérapeutique n'est pas une transition vers la modernité mais une forme stable d'organisation sanitaire adaptée aux réalités sociales locales. Le cas burundais confirme cette perspective, où les patients naviguent simultanément entre soins médicaux, traditionnels et religieux.

À Bujumbura, capitale économique du Burundi, et plus grande agglomération du pays, illustre parfaitement cette situation. Malgré la présence d'un système de santé biomédical structuré, la population recourt aux guérisseurs traditionnels et aux responsables religieux (pasteurs, prophètes, prêtres) pour chercher la guérison.

Face à ces réalités, les populations ne se limitent pas à une seule forme de recours thérapeutique. Elles naviguent entre médecine biomédicale, médecine traditionnelle et soins religieux/spirituels. Cette pluralité thérapeutique illustre ce que l'anthropologie de la santé appelle le pluralisme thérapeutique, c'est-à-dire la coexistence et l'utilisation simultanée ou successive de plusieurs systèmes de soins dans une même société.

Au Burundi, la pratique du pluralisme thérapeutique est profondément enracinée dans l'histoire et les traditions. Les tradipraticiens (guérisseurs, herboristes, devins, etc.) continuent de jouer un rôle essentiel, notamment dans les zones rurales et urbaines. Parallèlement, les intervenants religieux (pasteurs, prêtres, imams, prophètes, etc.) offrent des services de prière, d'exorcisme et de soutien spirituel aux malades. Enfin, les professionnels biomédicaux constituent l'ossature officielle du système de santé.

Toutefois, la cohabitation de ces systèmes de soins engendre des défis majeurs : absence de coordination, méfiances réciproques, concurrence, retards dans la prise en charge biomédicale, ou encore risque de traitements contradictoires.

C'est dans ce contexte qu'émerge la question de la collaboration thérapeutique entre ces différents acteurs. Une telle collaboration, si elle était renforcée, pourrait contribuer à une meilleure complémentarité, à la continuité des soins et à l'amélioration de la confiance des patients envers le système de santé.

0.2. Intérêt de l'étude

0.2.1. Intérêt scientifique

Le choix du sujet intitulé « La Collaboration dans le Pluralisme Thérapeutique au Burundi : cas des communes Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura » repose sur l'intérêt scientifique croissant accordé aux dynamiques de santé dans les sociétés africaines contemporaines. Au Burundi, comme dans plusieurs pays africains, les populations recourent simultanément ou successivement à différents systèmes thérapeutiques, notamment la médecine biomédicale, la médecine traditionnelle, les pratiques religieuses et

l'automédication. Cette coexistence des recours thérapeutiques constitue une réalité sociale complexe qui mérite une analyse scientifique approfondie.

La motivation scientifique de cette étude découle d'abord de la nécessité de comprendre les formes de collaboration, de complémentarité ou de tensions existant entre les différents acteurs thérapeutiques. Malgré l'importance de ces interactions dans la prise en charge des patients, peu de recherches au Burundi se sont intéressées de manière spécifique aux mécanismes de coopération entre praticiens biomédicaux, guérisseurs traditionnels, leaders religieux et communautés locales. Cette recherche vise ainsi à combler cette insuffisance scientifique en produisant des connaissances sur les relations qui structurent le pluralisme thérapeutique burundais.

Ensuite, cette étude trouve son intérêt dans le fait que le pluralisme thérapeutique influence directement les comportements de santé, les itinéraires thérapeutiques des patients ainsi que l'accès aux soins. Les individus naviguent souvent entre plusieurs systèmes de soins selon leurs croyances culturelles, leurs moyens économiques, leur environnement social ou leur perception de la maladie. Comprendre ces logiques permet d'analyser les représentations sociales de la santé et de la maladie dans le contexte burundais.

Par ailleurs, cette recherche s'inscrit dans les perspectives théoriques de la socioanthropologie de la santé, qui considère les pratiques médicales comme des faits sociaux et culturels. Elle mobilise des approches interdisciplinaires permettant d'examiner les interactions entre culture, religion, médecine et organisation sociale. L'étude contribue donc à enrichir les travaux scientifiques portant sur les systèmes de santé africains, les savoirs thérapeutiques locaux et les relations entre médecine moderne et médecine traditionnelle.

Enfin, cette recherche présente une importance scientifique particulière dans la mesure où elle peut servir de base à d'autres études sur les politiques de santé, la gouvernance sanitaire et l'intégration des acteurs thérapeutiques dans les stratégies de santé publique au Burundi. Elle ambitionne ainsi de produire des connaissances utiles à la communauté scientifique, aux décideurs et aux professionnels de santé intéressés par les enjeux du pluralisme thérapeutique.

Les études sur le pluralisme thérapeutique au Burundi restent limitées, alors que ce phénomène influence fortement le parcours de soins des populations.

Les études consacrées au pluralisme thérapeutique au Burundi demeurent relativement limitées au regard de l'importance que revêt ce phénomène dans les pratiques quotidiennes de santé et dans les trajectoires thérapeutiques des populations. Pourtant, dans un contexte caractérisé par la coexistence de la biomédecine, des médecines traditionnelles et des pratiques religieuses de guérison, les individus ne s'inscrivent pas nécessairement dans un système thérapeutique unique. Ils peuvent, au contraire, circuler entre plusieurs espaces de soins en fonction de la nature de la maladie, de sa durée, de sa gravité perçue, des ressources économiques disponibles, des croyances, des expériences antérieures de soins et de la confiance accordée aux différents thérapeutes. Cette mobilité thérapeutique révèle que le recours aux soins constitue moins un choix exclusivement médical qu'un processus social, culturel et relationnel au sein duquel interviennent le malade, sa famille, les réseaux communautaires, les médecins et infirmiers, les tradipraticiens, ainsi que les responsables religieux tels que les pasteurs, prêtres, imams ou prophètes.

Le pluralisme thérapeutique ne doit pas être appréhendé comme une simple coexistence de pratiques concurrentes, mais comme un espace d'interactions, de négociations et parfois de collaborations entre différents détenteurs de savoirs et de légitimités thérapeutiques.

L'étude de la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi apparaît dès lors pertinente pour comprendre comment les populations construisent leurs parcours de soins dans un environnement thérapeutique pluriel et comment les différents acteurs peuvent, malgré leurs conceptions parfois divergentes de la maladie et de la guérison, participer à une prise en charge plus cohérente du patient. Elle permet également d'interroger la possibilité d'une articulation entre savoirs biomédicaux, savoirs thérapeutiques locaux et ressources spirituelles, tout en tenant compte des exigences de sécurité, d'éthique, de déontologie et de régulation du système de santé. C'est précisément dans cet espace encore insuffisamment documenté que s'inscrit la présente recherche, qui cherche à dépasser l'étude séparée des différents systèmes thérapeutiques pour examiner leurs interactions, leurs complémentarités, leurs tensions et leurs possibilités de collaboration dans le contexte socio-sanitaire burundais.

0.2.2. Intérêt social

La présente étude sur « La Collaboration dans le Pluralisme Thérapeutique au Burundi » possède également une importante dimension sociale. Dans la société burundaise, la santé ne

relève pas uniquement du domaine biomédical ; elle est profondément liée aux croyances culturelles, religieuses et communautaires.

Ainsi, de nombreuses personnes combinent les soins modernes, les traitements traditionnels et les pratiques spirituelles dans leur recherche de guérison. Cette réalité sociale influence fortement les comportements sanitaires des populations et les relations entre les différents acteurs de santé.

La motivation sociale de cette recherche réside dans la volonté de mieux comprendre comment les communautés burundaises organisent leurs parcours thérapeutiques et comment les différents systèmes de soins coexistent au quotidien. En effet, l'absence de collaboration harmonieuse entre les acteurs thérapeutiques peut entraîner des conflits, des retards de prise en charge, des incompréhensions ou encore une méfiance entre patients et professionnels de santé. Cette étude cherche donc à mettre en lumière les mécanismes pouvant favoriser une coopération bénéfique pour les populations.

Par ailleurs, cette recherche vise à valoriser les savoirs locaux et les pratiques thérapeutiques traditionnelles qui occupent encore une place importante dans les communautés burundaises. Malgré les avancées de la médecine moderne, plusieurs citoyens continuent d'accorder leur confiance aux guérisseurs traditionnels et aux responsables religieux pour des raisons culturelles, économiques ou spirituelles. Comprendre cette réalité sociale peut contribuer à réduire les préjugés entre acteurs thérapeutiques et promouvoir le respect mutuel.

Cette étude présente aussi un intérêt social dans la mesure où elle peut contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et du bien-être des populations. Une meilleure collaboration entre médecine moderne, médecine traditionnelle et pratiques religieuses pourrait renforcer la sensibilisation communautaire, améliorer l'orientation des patients et favoriser une prise en charge plus adaptée aux réalités socioculturelles du Burundi.

Enfin, cette recherche ambitionne de sensibiliser les autorités sanitaires, les leaders communautaires et les acteurs thérapeutiques sur l'importance du dialogue et de la complémentarité dans la gestion des problèmes de santé. Elle pourrait ainsi participer à la promotion d'un système de santé plus inclusif, participatif et respectueux des réalités culturelles des communautés burundaises.

Les patients, en particulier les plus vulnérables, sont directement affectés par les incohérences entre les différents systèmes de soins.

Comprendre comment les acteurs perçoivent la collaboration permettra d'identifier des solutions pratiques adaptées au contexte burundais.

0.3. Problématique de recherche

La problématique établit une relation entre ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas encore et ce que la recherche cherche à comprendre. Elle permet ainsi de mettre en évidence une tension, une contradiction, une insuffisance explicative ou un phénomène encore peu documenté. Pour Quivy et Van Campenhoudt (2011), construire une problématique revient à inscrire progressivement une question de départ dans un cadre théorique et conceptuel permettant de lui donner une portée scientifique. De son côté, Bourdieu, Chamboredon et Passeron (1968) insistent sur la nécessité de construire l'objet scientifique en rompant avec les évidences du sens commun.

Le Burundi connaît une coexistence entre plusieurs systèmes thérapeutiques comme la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses de guérison mais cette pluralité ne signifie pas nécessairement qu'il existe une collaboration effective, institutionnalisée et coordonnée entre les différents acteurs. Dès lors, se pose une interrogation fondamentale : comment les médecins et les infirmiers, les tradipraticiens et les intervenants religieux perçoivent-ils, construisent-ils, négocient-ils et pratiquent-ils leurs relations dans un contexte de pluralisme thérapeutique, et quels facteurs favorisent ou entravent la collaboration et le référencement des patients ?

En pratique, de nombreux patients de la province de Bujumbura consultent à la fois un centre de santé, un tradipraticien et un leader religieux pour un même problème de santé. Cependant, ces recours se font souvent sans communication entre les acteurs, ce qui entraîne des interruptions de traitement biomédical, des doublons ou contradictions thérapeutiques, une méfiance mutuelle entre acteurs et parfois une perte de confiance des patients.

Malgré l'importance sociale des tradipraticiens et des religieux, le système de santé burundais n'a pas encore mis en place de cadres institutionnels solides de collaboration. D'où la nécessité de comprendre comment les différents acteurs perçoivent et pratiquent cette collaboration afin d'identifier des mécanismes de coopération efficaces.

La santé, en tant que phénomène complexe, dynamique et multidimensionnel, ne saurait être appréhendée à partir de sa seule dimension biologique ou physiopathologique. Si la biomédecine tend à définir la santé à partir de l'état organique de l'individu, les sciences

sociales ont progressivement montré que celle-ci constitue également une réalité sociale, culturelle, économique, politique, psychologique et symbolique, construite et vécue différemment selon les sociétés, les groupes sociaux et les contextes historiques. La définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé dès 1946, qui considère la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et non comme la seule absence de maladie ou d'infirmité, a contribué à élargir le champ de réflexion au-delà du biologique. Dans une perspective anthropologique, toutefois, la santé ne se réduit pas davantage à cette conception institutionnelle : elle renvoie à une expérience socialement et culturellement située, dans laquelle les individus et les communautés donnent un sens à leur corps, à la souffrance, à la maladie et à la guérison. Les travaux de Kleinman (1980) montrent notamment que la maladie comporte à la fois une dimension biomédicale (*disease*) et une dimension expérientielle et culturelle (*illness*), tandis que Good (1994) souligne que l'expérience de la maladie est profondément médiatisée par les représentations culturelles et les systèmes locaux de connaissance.

La maladie est plus qu'un fait biologique, elle est aussi une expérience sociale et spirituelle (Kleinman, 2012). Cette citation illustre parfaitement la complexité de la santé dans des contextes où coexistent plusieurs systèmes thérapeutiques, comme c'est le cas dans la province de Bujumbura. En effet, dans cette région du Burundi, un malade peut consulter un médecin biomédical, rechercher l'aide d'un guérisseur traditionnel et solliciter l'intervention d'un pasteur ou d'un prêtre pour une même affection. Cette pluralité de recours thérapeutiques témoigne de la richesse culturelle mais soulève également des défis en termes de cohérence, de complémentarité et d'efficacité des prises en charge.

Dans les sociétés africaines, et particulièrement en milieu urbain, la pluralité des systèmes de soins est une réalité quotidienne. Dans ce contexte, il devient essentiel d'analyser la manière dont ces différents intervenants coexistent, collaborent ou entrent en concurrence dans la prise en charge de la maladie. Cette situation soulève plusieurs questions : comment ces systèmes interagissent-ils ? Quelles sont les perceptions des patients et des soignants ? Et surtout, comment ces interactions influencent-elles l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge ? Ce mémoire se propose d'analyser ces dynamiques en province de Bujumbura, en mettant en lumière les enjeux sociaux, culturels et politiques qui les sous-tendent.

La problématique de ma recherche repose sur plusieurs constats, en premier lieu la persistance du pluralisme thérapeutique en milieu urbain alors qu'on aurait pu penser que l'urbanisation

et la modernisation favoriseraient l'hégémonie de la biomédecine, la réalité de Bujumbura montre une coexistence vivace entre biomédecine, médecine religieuse et médecine traditionnelle. Pourquoi les patients naviguent-ils entre ces différents systèmes ? Deuxièmement on assiste à des relations ambiguës entre acteurs thérapeutiques, Si certains cas de collaboration existent (par exemple, des prêtres orientant des malades vers l'hôpital), les tensions et méfiances dominant souvent. Les Médecins, pasteurs et guérisseurs se disputent la légitimité d'être les véritables dépositaires du savoir de guérison. Quelles logiques sous-tendent cette concurrence ? Quels mécanismes favorisent ou freinent la collaboration ? Enfin les conséquences pour les patients et sur les politiques de santé.

L'absence de coordination entre ces acteurs entraîne parfois des retards thérapeutiques, des abandons de traitements. Comment penser une collaboration efficace qui respecte les croyances culturelles et spirituelles des patients tout en garantissant la sécurité sanitaire ?

0.4. Questions de la recherche

0.4.1. Question générale

Comment les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux perçoivent-ils et mettent-ils en œuvre la collaboration thérapeutique dans le contexte du pluralisme thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa, et dans quelle mesure les dynamiques de collaboration, les facteurs qui les influencent, ainsi que les obstacles et opportunités associés, affectent-ils les parcours thérapeutiques et la prise en charge des patients ?

0.4.2. Questions spécifiques

1. Quelles sont les formes de collaboration entre les acteurs de la médecine moderne, traditionnelle et religieuse ?
2. Quels facteurs influencent la collaboration entre les différents systèmes thérapeutiques ?
3. Quelles sont les perceptions des intervenants à l'égard de la collaboration thérapeutique ?
4. Quels sont les effets de cette collaboration sur les parcours thérapeutiques et la prise en charge des patients ?
5. Quelles tensions limitent la collaboration ?
6. Quelles sont les stratégies qui peuvent renforcer une collaboration harmonieuse ?

0.5. Hypothèses de recherche

0.5.1. Hypothèse générale

Dans le contexte du pluralisme thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa, la collaboration entre les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux est principalement informelle et pragmatique; elle est influencée par leurs perceptions de la maladie, de la guérison et de leurs rôles respectifs, ainsi que par des facteurs socioculturels, professionnels et institutionnels.

0.5.2. Hypothèses spécifiques

H1 : Les collaborations prennent principalement des formes informelles, ponctuelles et pragmatiques.

H2 : La collaboration est influencée par des facteurs socioculturels, professionnels, institutionnels, religieux et relationnels.

H3 : Les perceptions sont différenciées et ambivalentes, allant de la complémentarité à la concurrence et à la méfiance.

H4 : Une collaboration fondée sur la complémentarité et l'orientation contribue à la continuité et à une prise en charge plus globale.

H5 : Les tensions sont liées à la concurrence des savoirs, à la méfiance, au manque de reconnaissance et à l'absence de mécanismes institutionnels.

H6 : Le dialogue, la reconnaissance mutuelle, le référencement et la formation peuvent renforcer la collaboration.

0.6. Objectifs de recherche

0.6.1. Objectif général

Analyser les dynamiques de collaboration entre les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux dans le contexte du pluralisme thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa, en examinant leurs perceptions, les formes et facteurs de collaboration, les obstacles et tensions qui la limitent, ainsi que les opportunités de coopération et leurs implications sur les parcours thérapeutiques et la prise en charge des patients.

0.6.2. Objectifs spécifiques

1. Identifier et décrire les formes de collaboration, d'interaction, d'orientation et de référencement.
2. Analyser les facteurs favorisant ou entravant la collaboration.

3. Examiner et comparer les perceptions des différents acteurs.
4. Analyser les effets de la collaboration sur les parcours thérapeutiques et la prise en charge.
5. Identifier et analyser les difficultés, tensions et contraintes limitant la coopération.
6. Identifier des stratégies de collaboration structurée et centrée sur le patient.

0.7. Approche méthodologique

0.7.1. Type d'étude

Cette étude adopte une approche qualitative. Elle vise à comprendre les perceptions, les représentations et les logiques sociales, culturelles et symboliques qui sous-tendent la collaboration thérapeutique entre les trois types d'intervenants thérapeutiques exerçant dans la province de Bujumbura précisément dans les communes de Mukaza et Ntahangwa.

0.7.2. Échantillonnage

Notre Échantillon sera d'abord constitué par des acteurs biomédicaux en termes de 10 médecins et 6 infirmiers issus de différents hôpitaux et cliniques. Ensuite 6 acteurs religieux responsables religieux (catholiques, protestants, pentecôtistes, musulmans, évangéliques) et enfin 19 tradipraticiens identifiés par pertinence théorique et des patients ayant eu recours à plusieurs systèmes thérapeutiques.

Le choix de l'échantillon sera raisonné afin de mieux cerner les logiques qualitatives.

0.7.3. Techniques de collecte des données

Dans toute recherche scientifique, les techniques de collecte des données constituent une étape fondamentale permettant au chercheur de recueillir des informations pertinentes en rapport avec son objet d'étude.

Elles représentent l'ensemble des procédés méthodologiques utilisés pour accéder aux réalités sociales, aux expériences vécues, aux perceptions et aux pratiques des acteurs concernés par le phénomène étudié. En sciences sociales et particulièrement en socioanthropologie, le choix des techniques de collecte des données dépend de la nature du problème de recherche, des objectifs poursuivis ainsi que du contexte socioculturel dans lequel s'inscrit l'étude.

Dans le cadre de ce travail, la collecte des données a nécessité le recours à des techniques permettant de comprendre en profondeur les représentations sociales de la maladie, les itinéraires thérapeutiques, les formes de collaboration entre les différents acteurs de santé ainsi que les logiques culturelles qui orientent les comportements thérapeutiques des

populations. Étant donné la complexité du phénomène étudié, une approche qualitative a été privilégiée afin de saisir les significations que les acteurs attribuent à leurs pratiques et à leurs expériences de santé.

Ainsi, plusieurs techniques complémentaires ont été mobilisées pour assurer la richesse et la fiabilité des données recueillies. Il s'agit notamment de l'entretien individuel semi-directif, de l'observation directe, de la théorisation ancrée et, lorsque cela a été possible, des échanges informels avec les différents acteurs impliqués dans les systèmes thérapeutiques. L'utilisation combinée de ces techniques a permis d'obtenir une compréhension approfondie des dynamiques sociales, culturelles et institutionnelles qui caractérisent le pluralisme thérapeutique dans les communes étudiées.

Cette triangulation méthodologique a également contribué à renforcer la validité scientifique des résultats en permettant la confrontation des informations provenant de différentes sources. Elle a offert l'opportunité d'appréhender le phénomène étudié dans sa globalité, en tenant compte des points de vue des patients, des professionnels de santé biomédicaux, des tradipraticiens, des responsables religieux et des autres acteurs impliqués dans les parcours thérapeutiques des populations. Ainsi, les techniques de collecte des données ont constitué un outil essentiel pour produire une analyse socio anthropologique rigoureuse et contextualisée de la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi.

0.7.4. Outils de collecte des données

Dans le cadre de notre recherche des différents outils ont été mobilisés afin de recueillir des données riches et diversifiées auprès des acteurs impliqués dans les différents systèmes thérapeutiques. Le choix de ces outils a été guidé par la nature qualitative de l'étude et par la nécessité de comprendre les expériences, les perceptions et les interactions qui caractérisent les pratiques thérapeutiques observées sur le terrain.

Ainsi, le principal outil utilisé a été le guide d'entretien, élaboré à partir des objectifs de recherche et des questions de l'étude. Cet outil a permis d'orienter les échanges avec les enquêtés tout en leur laissant la liberté d'exprimer leurs opinions, leurs expériences et leurs interprétations concernant la collaboration entre la médecine moderne, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses de guérison.

Le guide d'entretien comprenait plusieurs thèmes portant notamment sur les itinéraires thérapeutiques, les représentations de la maladie, les formes de collaboration thérapeutique, les défis rencontrés ainsi que les perspectives d'amélioration du système de santé.

En complément, une grille d'observation a été utilisée pour consigner les informations relatives aux comportements observés, aux interactions entre les acteurs thérapeutiques, aux contextes de consultation ainsi qu'aux pratiques de soins rencontrées sur le terrain. Cet outil a permis de recueillir des données empiriques directes susceptibles de compléter les informations obtenues lors des entretiens.

Par ailleurs, un carnet de terrain a été employé pour noter les observations, les impressions du chercheur, les commentaires spontanés des participants et les éléments contextuels susceptibles d'enrichir l'analyse. Cet outil a facilité la conservation des détails parfois difficilement enregistrables à travers les seuls entretiens formels.

Enfin, une fiche d'analyse a été utilisée pour exploiter les documents consultés tels que les rapports de santé publique, les textes législatifs, les publications scientifiques, les politiques sanitaires et les documents relatifs à la médecine traditionnelle au Burundi. Cet outil a permis de collecter des données secondaires utiles à la compréhension du contexte institutionnel et historique du pluralisme thérapeutique.

L'utilisation combinée de ces différents outils a favorisé une collecte rigoureuse et approfondie des données, permettant ainsi de mieux appréhender les dimensions sociales, culturelles, institutionnelles et symboliques de la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi. Cette complémentarité méthodologique a également contribué à renforcer la crédibilité et la validité des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche.

0.7.5. Méthodes d'analyse des données

Les données ont été traitées selon une analyse de la théorisation ancrée par le Codage des données (catégorisation selon thèmes émergents), la Construction de grandes catégories (représentations de la collaboration, obstacles, stratégies), l'interprétation en lien avec le cadre théorique.

0.7.6. Limites méthodologiques

Premièrement, nous pouvons citer la difficulté d'accès à certains tradipraticiens méfiants envers les chercheurs. En second lieu le biais de désirabilité sociale car certains acteurs religieux ou biomédicaux peuvent embellir leur rôle.

0.8. Délimitation de l'étude

0.8.1. Délimitation spatiale

Notre recherche se concentre sur la province de Bujumbura, qui comprend zones urbaines et périurbaines, cet espace est caractérisé par une grande diversité culturelle, religieuse et thérapeutique. Ce qui limite la généralisation des résultats de notre recherche à l'ensemble du Burundi.

0.8.2. Délimitation temporelle

Notre recherche couvre la période d'octobre 2025 à juillet 2026 marquée par des défis sanitaires persistants, et des débats publics sur la place des tradipraticiens dans le système de santé.

0.8.3. Délimitation thématique

Notre étude se focalise sur les perceptions et pratiques de collaboration entre acteurs thérapeutiques, et non sur l'efficacité médicale des traitements.

0.9. Difficultés rencontrées au cours de la recherche

Au cours de notre recherche, nous avons rencontrés plusieurs difficultés notamment l'accès à certains acteurs thérapeutiques, la disponibilité limitée de certains enquêtés et leur réticence à partager certaines informations relatives à leurs pratiques professionnelles. Des contraintes liées à la diversité des représentations de la maladie, de la guérison et des pratiques thérapeutiques a parfois rendu difficile la comparaison des discours entre les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux. Malgré ces contraintes, des stratégies d'adaptation, notamment la prise de rendez-vous préalable, la reformulation des questions et l'établissement d'une relation de confiance avec les participants, ont permis de poursuivre la collecte et d'obtenir des données pertinentes pour notre recherche.

0.10. Structure du mémoire

Notre travail est structuré en quatre parties principales. En premier lieu nous avons une partie composée par le contexte socio-sanitaire, thérapeutique et religieux de l'étude, puis le Cadre théorique et conceptuel : Concepts clés, revue littérature, théories mobilisées, troisièmement vient la partie renseignant la méthodologie de notre recherche. La dernière partie est consacrée à la présentation, analyse et discussion des résultats

Enfin, une conclusion générale qui résume le contexte de la recherche, les résultats et ouvre des perspectives de recherche future.

CHAPITRE I: CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE, THÉRAPEUTIQUE ET RELIGIEUX DE L'ÉTUDE

Le contexte socio-sanitaire constitue un élément essentiel pour comprendre les comportements thérapeutiques des populations. Les recours aux soins sont influencés non seulement par la disponibilité des services, mais également par les conditions économiques des ménages, l'accessibilité géographique, le niveau d'information sanitaire, les représentations culturelles de la maladie et la confiance accordée aux différents prestataires.

La compréhension du pluralisme thérapeutique au Burundi nécessite de replacer les pratiques de soins dans leur environnement social, sanitaire, culturel, économique et religieux. La maladie et la guérison ne constituent pas uniquement des phénomènes biologiques relevant de la médecine biomédicale. Elles sont également des réalités sociales et culturelles à travers lesquelles les individus et les communautés donnent un sens à leurs souffrances, recherchent des explications à leurs maladies et mobilisent différents types de ressources thérapeutiques. Dans ce contexte, l'itinéraire d'un patient peut être constitué de plusieurs recours successifs ou simultanés à la médecine moderne, à la médecine traditionnelle et aux pratiques religieuses.

Au Burundi, cette pluralité des recours thérapeutiques s'inscrit dans une histoire sanitaire caractérisée par la coexistence entre les dispositifs institutionnels de santé et des formes anciennes de prise en charge fondées sur les savoirs locaux, les relations communautaires et les croyances religieuses. L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît d'ailleurs que la médecine traditionnelle constitue, dans de nombreux pays, une composante importante des systèmes de santé et souligne l'importance de son encadrement, de sa sécurité, de sa qualité et de sa coordination avec les autres formes de soins. (WHO, 2024)

L'analyse de la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi ne peut être dissociée du contexte institutionnel, social, culturel et religieux dans lequel les pratiques de soins prennent forme. En effet, les recours thérapeutiques ne s'inscrivent pas exclusivement dans le cadre de la médecine biomédicale. Ils sont également influencés par les représentations sociales de la maladie et de la guérison, les savoirs thérapeutiques locaux, les appartenances religieuses, les ressources économiques des ménages, les relations sociales ainsi que les expériences antérieures de soins. Le patient évolue ainsi dans un espace thérapeutique caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de soins et de plusieurs conceptions de la santé, de la maladie et de la guérison.

De surcroît, le contexte burundais présente un intérêt particulier pour l'étude du pluralisme thérapeutique. Le système national de santé est structuré autour d'une organisation institutionnelle dominée par la biomédecine, tandis que la médecine traditionnelle constitue une composante historiquement enracinée dans les pratiques sociales et progressivement reconnue par les pouvoirs publics. Parallèlement, les églises occupent une place importante dans la société burundaise et interviennent, directement ou indirectement, dans les domaines du bien-être, de l'accompagnement social, du soutien psychosocial et de la prise en charge des personnes confrontées à différentes formes de souffrance.

Le présent contexte vise donc à situer l'étude dans son environnement général en présentant successivement : le contexte général de la santé au Burundi, l'organisation et le fonctionnement du système biomédical, la médecine traditionnelle et son évolution institutionnelle, le champ religieux et l'organisation des Églises au Burundi, ainsi que les relations entre ces différents espaces thérapeutiques avec une attention particulière sera accordée aux communes de Mukaza et Ntahangwa, qui constituent le terrain de la présente recherche.

I.1. Le contexte général de la santé au Burundi

La santé au Burundi doit être appréhendée comme un phénomène multidimensionnel qui dépasse la seule dimension biologique. Elle est située à l'intersection de facteurs médicaux, sociaux, économiques, culturels, environnementaux et religieux. Les populations développent leurs propres manières d'interpréter les symptômes, d'identifier les causes de la maladie et de choisir les ressources thérapeutiques auxquelles elles souhaitent recourir.

Cette pluralité des recours est particulièrement importante dans les contextes où différents systèmes de soins coexistent. Le patient peut, par exemple, commencer son parcours auprès d'un centre de santé, consulter ensuite un tradipraticien ou solliciter l'intervention d'un responsable religieux. Inversement, une personne ayant commencé par une pratique traditionnelle ou religieuse peut être orientée vers un établissement biomédical lorsque son état est jugé préoccupant. Le parcours thérapeutique peut donc être constitué d'une succession, d'une combinaison ou d'une alternance entre plusieurs ressources.

Le système de santé burundais s'inscrit officiellement dans une organisation institutionnelle structurée et hiérarchisée. Le Ministère de la Santé publique est chargé notamment de

l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, de la coordination du secteur, de la disponibilité des soins et médicaments et de la régulation des activités sanitaires.

Ainsi, l'étude du pluralisme thérapeutique nécessite de distinguer le système officiel d'organisation des soins et l'espace social réel des recours thérapeutiques. Cette distinction est essentielle dans le cadre de la présente recherche, puisque la collaboration étudiée ne se limite pas aux mécanismes institutionnels officiellement prévus, mais concerne également les relations informelles, les orientations de patients, les échanges d'informations, les conseils et les négociations entre différents acteurs.

I.2. Organisation et fonctionnement du système sanitaire au Burundi

I.2.1. Le Ministère de la Santé publique comme institution de régulation

Le système biomédical burundais est placé sous la responsabilité du Ministère de la Santé publique. Celui-ci exerce des fonctions de formulation des politiques publiques, de planification, de coordination, de supervision, de réglementation et de suivi-évaluation des activités sanitaires.

La réglementation burundaise fournit un cadre juridique à l'organisation et au fonctionnement du système national de santé. La Loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant Code de l'offre des soins et services de santé fixe notamment les principes fondamentaux relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système national de santé.

Le décret n°100/093 du 9 novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA précise quant à lui l'organisation institutionnelle du secteur sanitaire et reconnaît quatre niveaux dans le système de santé : le niveau central, le niveau intermédiaire, le niveau périphérique et le niveau communautaire.

Cette structuration permet de comprendre que la biomédecine burundaise n'est pas uniquement un ensemble de pratiques médicales. Elle constitue également un système institutionnel organisé autour d'acteurs, de normes, de structures, de ressources, de procédures de supervision et de mécanismes de référence.

I.2.2. Le niveau central

Le niveau central constitue le niveau stratégique et normatif du système sanitaire. Il comprend notamment le Cabinet du Ministre, le Secrétariat permanent, les directions générales et les

programmes nationaux de santé ainsi que différentes institutions et établissements sanitaires nationaux.

À ce niveau sont principalement définies les orientations nationales en matière de santé. Il assure également la planification stratégique, la mobilisation et l'allocation des ressources, la coordination des programmes et le suivi-évaluation des interventions.

Cette position centrale confère à la biomédecine une forte légitimité institutionnelle dans l'organisation officielle des soins. Le médecin, l'infirmier et les autres professionnels de santé sont intégrés dans un système réglementé qui définit leurs fonctions, leurs responsabilités et leurs espaces d'intervention.

I.2.3. Le niveau intermédiaire : les structures provinciales de santé

Le niveau intermédiaire correspond à la déconcentration du Ministère de la Santé au niveau provincial. Il est notamment représenté par les Bureaux provinciaux de santé.

Ces structures assurent la coordination des activités sanitaires dans leurs zones de responsabilité et apportent un appui aux districts sanitaires. Elles constituent donc un niveau de liaison entre les orientations nationales et leur mise en œuvre opérationnelle.

La structuration provinciale est importante pour comprendre les possibilités de collaboration avec d'autres acteurs, car les relations entre les services biomédicaux et les acteurs communautaires, associatifs, traditionnels ou religieux peuvent être influencées par les modalités locales de gouvernance sanitaire.

I.2.4. Le niveau périphérique : les districts sanitaires

Le district sanitaire constitue le niveau opérationnel du système de santé. Selon les données institutionnelles disponibles, le Burundi organise son système autour de districts sanitaires chargés de coordonner et de superviser les établissements de santé de leur zone. Le Ministère de la Santé décrit notamment le district comme un espace de coordination des hôpitaux, des centres de santé et des activités communautaires.

Le district sanitaire constitue ainsi un espace particulièrement important pour l'étude de la collaboration thérapeutique. C'est à ce niveau que les patients entrent concrètement en contact avec les professionnels de santé et que les mécanismes d'orientation, de référence et de contre-référence peuvent être observés.

Cependant, la trajectoire réelle des patients ne commence pas nécessairement au sein d'un établissement biomédical. Une personne peut d'abord consulter sa famille, un voisin, un tradipraticien, un responsable religieux ou une autre personne considérée comme détentrice d'une compétence thérapeutique. Le système biomédical constitue donc une composante majeure du parcours thérapeutique, mais pas nécessairement son point de départ.

I.2.5. Le niveau communautaire

Le niveau communautaire constitue l'interface entre les institutions sanitaires et la population. Le Ministère de la Santé mentionne notamment l'existence de relais communautaires, d'agents de santé communautaire, de comités de santé ainsi que d'autres acteurs intervenant au niveau communautaire.

Cette dimension communautaire est particulièrement importante dans une recherche socio-anthropologique. Elle montre que la santé ne se construit pas uniquement à l'intérieur des hôpitaux et des centres de santé. Elle se construit également dans les familles, les communautés, les associations, les espaces religieux et les réseaux sociaux.

Le niveau communautaire peut dès lors constituer un espace potentiel de médiation entre différents systèmes thérapeutiques. Les acteurs qui y interviennent peuvent faciliter l'accès aux services biomédicaux, orienter les patients, transmettre des informations ou contribuer à la sensibilisation des populations.

I.3. Les acteurs de la biomédecine

Le système biomédical burundais repose sur différents types d'établissements, notamment les centres de santé, les hôpitaux de district et les hôpitaux de référence. Le centre de santé constitue généralement une porte d'entrée importante dans le système de soins, tandis que les hôpitaux assurent des prestations nécessitant des compétences techniques et des infrastructures plus spécialisées.

La biomédecine mobilise également plusieurs catégories de professionnels : médecins, infirmiers, sage-femmes, techniciens de laboratoire, pharmaciens, psychologues et autres professionnels de santé.

Dans le cadre de cette recherche, les médecins et les infirmiers constituent des acteurs centraux, car ils se trouvent directement impliqués dans le diagnostic, la prescription, l'orientation et le suivi des patients. Leur perception des autres systèmes thérapeutiques est donc susceptible d'influencer les possibilités de collaboration.

La biomédecine possède également une forte légitimité institutionnelle liée à la formation professionnelle, à la certification des compétences, à la réglementation des pratiques et à l'inscription dans les politiques publiques de santé. Cette légitimité peut toutefois entrer en interaction avec d'autres formes de légitimité, notamment la légitimité culturelle du tradipraticien ou la légitimité spirituelle du responsable religieux.

Cette coexistence de légitimités constitue l'un des éléments centraux du pluralisme thérapeutique étudié dans cette recherche.

Les médecins, infirmiers et agents de santé communautaires représentent les acteurs du système biomédical institutionnalisé œuvrant dans la province sanitaire de Bujumbura et spécifiquement dans les communes de Mukaza et Ntakangwa. Leur perception de la collaboration thérapeutique oscille entre ouverture pragmatique et prudence scientifique.

D'un côté, certains professionnels reconnaissent que les croyances culturelles influencent fortement l'adhésion thérapeutique et considèrent nécessaire le dialogue avec les tradipraticiens et leaders religieux.

De l'autre, la formation biomédicale, fondée sur la preuve scientifique, peut produire une distance vis-à-vis des pratiques traditionnelles. Fassin (1996) souligne que cette tension reflète un rapport de légitimité entre savoir médical moderne et savoirs populaires. Dans le contexte burundais, la collaboration est souvent tolérée implicitement plutôt qu'institutionnellement organisée. Les médecins et infirmiers incarnent la médecine scientifique institutionnelle. Leur légitimité repose sur la formation académique et la certification étatique (Freidson, 2001).



Image 1: Image prise par l’auteur qui illustre le Renforcement des capacités au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge lundi le 18 mai 2026

Cependant, Langwick (2011) montre en Tanzanie que les professionnels biomédicaux négocient souvent avec les croyances locales dans la pratique quotidienne.

Ils représentent le système thérapeutique institutionnel. Selon Freidson (2001), la biomédecine se caractérise par une professionnalisation forte reposant sur la formation scientifique, la réglementation étatique et l’autorité professionnelle.

I.4. La médecine traditionnelle au Burundi

I.4.1. La médecine traditionnelle dans le Burundi ancien

Avant l’introduction et la diffusion progressive de la médecine biomédicale au Burundi, les communautés burundaises disposaient de systèmes thérapeutiques fondés sur des savoirs locaux, des pratiques empiriques, des représentations sociales de la maladie et des formes de prise en charge inscrites dans les relations familiales, communautaires et religieuses. La médecine traditionnelle ne constituait donc pas un ensemble uniforme de pratiques, mais un univers thérapeutique pluriel comprenant notamment l’utilisation des plantes médicinales, les pratiques de guérison, la divination, les rites et différentes formes d’interprétation des causes de la maladie.

Dans cette organisation, certains acteurs, notamment les guérisseurs, les herboristes et les devins-guérisseurs, détenaient des connaissances spécialisées qui leur conféraient une certaine légitimité sociale dans leur communauté.

La maladie pouvait être interprétée à partir de plusieurs registres explicatifs, incluant les dimensions corporelles, environnementales, sociales, relationnelles et spirituelles. Les travaux consacrés aux pratiques divinatoires au Burundi montrent notamment que les systèmes traditionnels de guérison étaient associés à des conceptions particulières des relations entre l'individu, la communauté, les forces spirituelles et l'ordre social (Ventevogel et al., 2018). La pharmacopée traditionnelle constituait également un élément important de ces systèmes thérapeutiques. Les connaissances relatives aux propriétés médicinales des plantes étaient transmises principalement par l'apprentissage et l'expérience, permettant l'utilisation de différentes parties des plantes, telles que les feuilles, les racines, les écorces, les graines et les fruits, dans le traitement de diverses affections. Une étude ethnobotanique menée au Burundi a identifié 155 espèces végétales utilisées par les tradipraticiens pour traiter différentes maladies, témoignant de l'existence d'un patrimoine thérapeutique fondé sur une connaissance approfondie de l'environnement naturel (Ngezahayo et al., 2015). Dans une perspective socio-anthropologique, le tradipraticien ne doit ainsi pas être considéré uniquement comme un fournisseur de remèdes, mais comme un acteur thérapeutique et social, détenteur de savoirs, de pratiques et de formes de légitimité reconnues dans certains espaces communautaires. Toutefois, l'arrivée de la médecine biomédicale, notamment à travers les missions chrétiennes et l'administration coloniale, a progressivement transformé cet univers thérapeutique.

La rencontre entre les savoirs médicaux locaux et la biomédecine a été caractérisée à la fois par des processus de marginalisation, de concurrence, d'adaptation et de coexistence. Certaines pratiques traditionnelles ont été disqualifiées par les institutions religieuses et médicales coloniales, tandis que d'autres ont persisté et se sont adaptées aux transformations sociales et politiques. Falisse et al. (2018) montrent ainsi que la relation entre médecine indigène et soins biomédicaux au Burundi doit être comprise dans une perspective historique marquée par la coexistence de plusieurs systèmes de soins et par des rapports complexes de légitimité et de pouvoir. Cette évolution permet de comprendre que l'introduction de la médecine moderne n'a pas entraîné la disparition de la médecine traditionnelle, mais plutôt

une reconfiguration du champ thérapeutique burundais, dans laquelle différents systèmes de savoir et de soins continuent à interagir.

Cette dynamique historique constitue un élément essentiel pour comprendre le pluralisme thérapeutique contemporain au Burundi, caractérisé par la circulation des patients entre différents recours thérapeutiques et par des formes variables de complémentarité, de concurrence ou de méfiance entre les acteurs.

La reconnaissance institutionnelle progressive de la médecine traditionnelle, notamment à travers les politiques nationales et la réglementation de cette pratique, témoigne également de cette transformation du statut social et institutionnel des savoirs thérapeutiques locaux (OMS, 2021). Ainsi, l'étude de la médecine traditionnelle dans le Burundi ancien permet de considérer le pluralisme thérapeutique contemporain non comme un phénomène nouveau, mais comme le produit d'une longue histoire de coexistence, d'interaction, de transformation et de négociation entre différents régimes thérapeutiques.

I.4.2. Définition et caractéristiques générales

Selon Kleinman (1980), la médecine traditionnelle peut être appréhendée comme un ensemble de connaissances, de pratiques, de techniques, de croyances et d'expériences thérapeutiques socialement et culturellement construits, transmis et mobilisés au sein des communautés pour interpréter la maladie, rechercher la guérison et accompagner la personne malade. Elle peut notamment comprendre l'utilisation de ressources naturelles telles que les plantes médicinales, diverses pratiques corporelles et thérapeutiques, ainsi que des dimensions symboliques, sociales et spirituelles de la prise en charge. Dans cette perspective, la médecine traditionnelle ne se réduit pas à un ensemble de remèdes ; elle constitue un système culturel de soins dans lequel les conceptions de la maladie, de la guérison, du thérapeute et du patient sont interdépendantes.

Dans le contexte africain, la médecine traditionnelle demeure une composante importante des pratiques de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013) définit la médecine traditionnelle comme « un ensemble de connaissances, de compétences et de pratiques fondées sur des théories, croyances et expériences propres aux différentes cultures et utilisées pour maintenir la santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer ou traiter certaines maladies ».

Au Burundi, ces pratiques sont historiquement enracinées dans les communautés. Elles reposent notamment sur des savoirs transmis entre générations et sur une connaissance locale

des plantes, des symptômes, des pratiques thérapeutiques et des conceptions culturelles de la maladie.

La médecine traditionnelle ne doit cependant pas être considérée comme un système homogène. Elle regroupe des acteurs et des pratiques diversifiés. Certains tradipraticiens sont spécialisés dans les plantes médicinales, tandis que d'autres interviennent dans des domaines particuliers selon leurs connaissances, leurs expériences et leur reconnaissance sociale.

Ces tradipraticiens interviennent en formant des associations et en vendant des médicaments naturels pouvant traiter même des maladies d'origine biologique.



Image 2: Image prise par l'auteur à Buterere le 14 mai 2026 à 15h20 illustrant une pharmacie traditionnelle

Leur participation à la collaboration thérapeutique repose sur une logique de complémentarité: certains vendent des médicaments dans des pharmacies et dans les marchés publics



Image 3: Image prise par l’auteur le 14 mai 2020 à 15h30 à Buterere qui illustre Un médicament naturel pour la maladie des yeux

I.4.3. La reconnaissance institutionnelle de la médecine traditionnelle

Une évolution importante du contexte burundais réside dans la reconnaissance progressive de la médecine traditionnelle par les pouvoirs publics.

Du point de vue déontologique, nous avons constaté au cours de notre travail de terrain que leur légitimité repose sur la reconnaissance communautaire plutôt que sur une certification institutionnelle. Ils sont regroupés dans des associations comme par exemples : l’ « Association des Guérisseurs du Burundi », (AGUEBU en sigle), « Médecine Naturelle Confiance à Notre Sante », (MENACOSA en sigle) et l’association superviseur dénommée : « Réseau National des Tradipraticiens au Burundi », (RNATB en sigle)

Le décret présidentiel du 11 novembre 2014 portant réglementation de la médecine traditionnelle a constitué une étape importante dans cette reconnaissance. Il a permis d’établir un cadre réglementaire pour l’exercice de la médecine traditionnelle au Burundi.

Cette évolution est importante pour la présente recherche parce qu'elle modifie la position institutionnelle du tradipraticien. Celui-ci ne se trouve plus uniquement dans un espace thérapeutique informel ou communautaire ; il est progressivement inscrit dans un cadre réglementaire national.

La création, en 2020, de la Direction de la Promotion de la Médecine traditionnelle, de l'alimentation équilibrée et de l'alimentation naturelle à visée thérapeutique constitue une autre étape importante. Cette structure du Ministère de la Santé vise notamment la promotion des médicaments traditionnels améliorés, l'évaluation de la qualité et de l'innocuité des produits à base de plantes médicinales ainsi que le renforcement des capacités des tradipraticiens.

La loi n°1/11 du 8 mai 2020 portant réglementation de l'exercice de la pharmacie et du médicament à usage humain prévoit également des dispositions relatives aux médicaments traditionnels.

Cette reconnaissance juridique et institutionnelle ne signifie toutefois pas que la médecine traditionnelle est entièrement intégrée au système biomédical. Il existe plutôt un processus

progressif de reconnaissance, de réglementation et de recherche de mécanismes de collaboration.

I.4.4. Les tradipraticiens comme acteurs du système thérapeutique

Le tradipraticien occupe une position particulière dans l'espace thérapeutique burundais. Sa légitimité peut être fondée sur la transmission familiale des connaissances, l'expérience accumulée, la reconnaissance communautaire, les résultats thérapeutiques attribués à ses pratiques et, dans certains cas, une dimension spirituelle ou symbolique.

Son rapport avec le patient peut également être différent de celui qui caractérise la relation biomédicale. La consultation traditionnelle peut être fortement intégrée dans les relations communautaires, familiales et culturelles.

Dans le cadre de la présente étude, les tradipraticiens sont donc considérés non seulement comme des fournisseurs de soins, mais également comme des acteurs sociaux possédant des savoirs, des réseaux, des représentations et une certaine légitimité auprès des populations.

I.5. Les relations entre médecine traditionnelle et biomédecine

La coexistence de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle ne signifie pas automatiquement qu'il existe une collaboration effective entre elles.

Au Burundi, des initiatives institutionnelles ont été engagées pour favoriser cette collaboration. L'OMS rapportait en 2021 que les autorités sanitaires souhaitaient notamment favoriser les mécanismes de transfert des patients de la médecine traditionnelle vers les structures modernes et inversement, de manière plus officielle, formelle et sécurisée. Cette volonté institutionnelle met en évidence un enjeu central de la présente recherche : la reconnaissance de plusieurs systèmes thérapeutiques ne garantit pas leur articulation effective.

La collaboration peut prendre plusieurs formes : orientation d'un patient, recommandation d'un service, échange d'informations, conseil, référence vers un autre thérapeute, suivi conjoint ou simplement reconnaissance de la compétence de l'autre acteur.

Elle peut également être limitée par la méfiance, la concurrence, les différences de conception de la maladie, les divergences épistémologiques, les rapports de pouvoir et l'absence de mécanismes formels de communication.

La question n'est donc pas seulement de savoir si la médecine traditionnelle et la biomédecine coexistent, mais comment elles se rencontrent, négocient, coopèrent ou entrent en tension autour du patient.

I.6. Le champ religieux au Burundi

I.6.1. La place de la religion dans la société burundaise

La religion occupe une place importante dans la vie sociale burundaise. Les Églises constituent non seulement des espaces de culte, mais également des espaces de sociabilité, d'éducation, d'entraide, d'accompagnement et de mobilisation communautaire.

Dans le domaine de la santé, leur influence peut être directe ou indirecte. Certaines institutions religieuses disposent d'établissements sanitaires, tandis que les responsables religieux peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement des personnes confrontées à la maladie, au deuil, à la souffrance psychologique ou aux difficultés sociales.

La dimension religieuse est donc pertinente pour l'étude du pluralisme thérapeutique parce que les représentations religieuses peuvent influencer la manière dont les individus interprètent la maladie, recherchent la guérison et évaluent les différentes ressources thérapeutiques.

I.6.2. Les principales composantes du christianisme organisé au Burundi

Le paysage chrétien burundais est diversifié. Il comprend notamment l'Église catholique, les églises anglicanes, les églises pentecôtistes, les églises et mouvements évangéliques ainsi que les Églises adventistes.

Cette diversité est particulièrement importante pour la présente recherche car le terme « acteur religieux » ne doit pas être compris comme désignant une catégorie homogène. Les perceptions de la maladie, de la guérison, de la prière et du recours aux soins biomédicaux peuvent varier selon les traditions confessionnelles et les communautés locales.

I.6.3. La dimension spirituelle dans les parcours thérapeutiques

La dimension spirituelle constitue un élément important du pluralisme thérapeutique étudié dans cette recherche.

Dans certaines représentations sociales de la maladie, celle-ci peut être interprétée exclusivement comme un phénomène biologique. Dans d'autres représentations, elle peut

également être associée à des dimensions psychologiques, sociales, familiales, morales ou spirituelles.

Cette diversité des interprétations peut conduire le patient à mobiliser différentes ressources thérapeutiques. Une personne peut consulter un médecin pour rechercher une explication biologique, tout en sollicitant parallèlement la prière ou l'accompagnement d'un responsable religieux.

La dimension spirituelle occupe une place centrale dans les représentations burundaises de la guérison. La guérison est fréquemment associée à l'intervention divine, à la prière ou à la médiation spirituelle. Dans les Églises chrétiennes, particulièrement pentecôtistes, la guérison peut être interprétée comme une manifestation de la puissance divine ou de la délivrance spirituelle. Parallèlement, les croyances ancestrales attribuent parfois la guérison à la réconciliation avec les ancêtres (*abazimu*) ou à la neutralisation d'influences maléfiques.



Image 4: Prière de guérison pour une femme qui souffre du cancer de l'utérus dont la guérison médicale n'a pas abouti dimanche du 31 mai 2026 à l'église Bethel International de Buterere

Fassin (1992) souligne que dans de nombreux contextes africains, la guérison spirituelle permet de donner un sens moral à la souffrance et de restaurer l'espoir. Ainsi, la guérison dépasse le corps pour toucher la dimension morale et existentielle de la personne.

La spiritualité occupe une place centrale dans l'interprétation de la maladie au Burundi. Les traditions religieuses christianisme, croyances ancestrales et mouvements pentecôtistes — proposent des lectures spirituelles de la souffrance.

La maladie peut être perçue comme une épreuve, une purification ou un appel à la réconciliation spirituelle. Fassin (1992) souligne que dans de nombreuses sociétés africaines, le corps malade devient un espace d'expression du religieux et du moral.

Les pratiques de prière, de délivrance ou de guérison spirituelle participent ainsi aux itinéraires thérapeutiques. Nous observons dans les quartiers des affichages des services de l'église avec le service de délivrance dédié à une séance de 4 h



Image 5: Image prise par l'auteur le 14 mai 2026 à 15h à Buterere à l'Eglise Gospel Church International

Cette dimension spirituelle contribue à la construction du sens de la maladie et à la restauration de l'espoir, élément essentiel du processus de guérison.

Le recours à la religion peut être automatiquement opposé au recours biomédical. Dans certaines situations, les deux peuvent être vécus comme complémentaires. Le patient peut considérer que le médecin intervient sur la dimension corporelle tandis que la prière, le soutien religieux ou l'accompagnement pastoral répondent à des besoins spirituels et émotionnels.

À l'inverse, des tensions peuvent apparaître lorsque les interprétations de la maladie sont contradictoires ou lorsque certains acteurs considèrent leur propre système de soins comme supérieur ou exclusif.

L'accompagnement religieux parallèle au traitement biomédical est souvent noté . Les patients suivent simultanément prescriptions médicales et pratiques spirituelles. Cette coexistence illustre une conception non exclusive des thérapies, où la guérison est perçue comme résultant de l'action combinée du médicament et du soutien spirituel.



Image 6: Séance de Guérison par prière à l'église Synagogue Church of Jesus Christ a Cibitoke 6^{ème} Avenue samedi le 16 mai 2026

Nous avons remarqué que les patients viennent avec des papiers médicaux de consultation avec les nomenclatures des maladies diagnostiquées. Avec cette photo le patient souffle du cancer de pied

I.7. Le patient au centre du pluralisme thérapeutique

L'une des caractéristiques essentielles du pluralisme thérapeutique réside dans le fait que le patient n'est pas nécessairement un bénéficiaire passif des systèmes de soins. Il peut être un acteur de son propre parcours thérapeutique.

Le patient peut décider de consulter un médecin, un tradipraticien ou un responsable religieux en fonction de ses représentations de la maladie, de ses ressources économiques, de son environnement familial, de son expérience antérieure, de sa confiance envers le thérapeute et de la disponibilité des services.

Il peut également mobiliser plusieurs systèmes successivement ou simultanément. Dans ce sens le patient apparaît comme un acteur susceptible de mettre en relation différents réseaux thérapeutiques. Une orientation peut être réalisée par le médecin, mais elle peut également être demandée ou négociée par le patient et sa famille.

Cette position centrale du patient est particulièrement importante pour comprendre la collaboration thérapeutique. La collaboration ne doit pas être analysée uniquement comme une relation entre professionnels ; elle doit également être étudiée comme une relation construite autour du patient et de son parcours.

Ce chapitre nous a permis de situer l'étude dans son contexte socio-sanitaire, thérapeutique et religieux. L'analyse montre que le Burundi est caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques, notamment la médecine biomédicale, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses. Cette coexistence s'inscrit dans un environnement social où les représentations de la maladie, les croyances, les ressources économiques, les relations familiales et communautaires ainsi que l'accessibilité des services influencent les choix thérapeutiques.

Dans cette perspective, les communes de Mukaza et Ntahangwa constituent un terrain pertinent pour analyser concrètement les interactions entre ces différents acteurs. Le contexte présenté dans ce chapitre fournit ainsi le cadre nécessaire pour comprendre les résultats empiriques que nous avons présentés et analysés dans les chapitres suivants, notamment les perceptions des acteurs, les formes de collaboration, les obstacles rencontrés et les stratégies susceptibles de favoriser une meilleure coordination thérapeutique.

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

II.1. Conceptualisations

II.1.1. Les principales dimensions de la santé

La définition la mieux connue et la plus largement admise est celle proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1946) : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette définition a l'intérêt de ne pas limiter la santé à son aspect physique, mais d'intégrer également la dimension psychique (et donc d'inclure l'absence de maladie psychiatrique), ainsi que la composante sociale (un chômeur qui vit mal sa situation ne sera par exemple pas considéré comme en bonne santé)

Pour autant le bien-être considéré ici est en fait d'un ressenti (être en forme) démedicalisé et subjectif. On peut se sentir en bonne santé, mais, en fait, être malade. Une maladie comme, par exemple le diabète, peut évoluer à « bas bruit » pendant de nombreuses années. Dans ce cas, le fait d'aller chez le médecin va transformer le ressenti de l'individu, qui, suite au diagnostic, va se trouver malade alors qu'il se sentait en forme.

La dimension sociale de la santé est une approche globale. La santé, nous le savons tous, ne se résume pas à l'absence de maladie. Elle est profondément influencée par nos conditions de vie, notre environnement social et notre position dans la société. C'est ce que nous appelons la dimension sociale de la santé.

Selon la définition de l'OMS, la santé se structure généralement autour des dimensions interdépendantes, incluant les aspects physiques, mentaux, émotionnels, sociaux, spirituels, environnementaux et professionnels.

II.1.1.1. La dimension biologique ou physique de la santé

La dimension biologique constitue historiquement la première conception scientifique de la santé. Elle renvoie au fonctionnement physiologique normal de l'organisme, à l'absence de maladie identifiable et à l'intégrité anatomique des systèmes corporels. Dans la tradition biomédicale, la santé est envisagée comme un état mesurable à travers des indicateurs cliniques tels que les constantes biologiques, l'immunité, la nutrition ou la capacité fonctionnelle du corps.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette approche repose sur une compréhension objectivable du corps humain, influencée par les avancées de la médecine expérimentale et de la biologie moderne. Cependant, les recherches contemporaines en santé publique montrent que réduire la santé à l'absence de pathologie limite la compréhension globale du bien-être humain, car l'état physique est fortement influencé par des facteurs psychologiques et sociaux (Herzlich, 1992 ; OMS, 1946). Ainsi, la santé physique inclut aujourd'hui la prévention, l'hygiène de vie, l'activité physique et la gestion des facteurs de risque environnementaux.

La santé physique est définie comme état corporel, prenant tout en considération, de l'absence de maladie jusqu'au niveau de condition physique. Fonctionnement du corps, alimentation, sommeil, activité physique. Le fait de se sentir suffisamment apte à mener les activités, à poursuivre vos objectifs et à prendre soin de votre corps en misant sur la nutrition, l'exercice, le sommeil et les efforts visant à éviter les comportements malsains ; le fait d'être conscient de ses limites et de ses besoins personnels

II.1.1.2. La dimension psychologique ou mentale de la santé ou émotionnelle

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) définit la santé mentale comme étant : "un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. " La santé mentale est le sentiment d'être habilité, résilient et en bonne santé mentale, il s'agit d'un état de bien-être permettant à la personne de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler de manière productive et fructueuse, et de contribuer à sa communauté

Les personnes qui ont une bonne santé émotionnelle sont en contrôle de leurs pensées, de leurs sentiments et de leurs comportements. Elles sont capables de faire face aux défis de la vie. Elles peuvent remettre les problèmes en perspective et rebondir après un échec.

La santé mentale désigne l'équilibre émotionnel, cognitif et affectif permettant à l'individu de faire face aux stress de la vie quotidienne, de développer ses capacités et de maintenir des relations sociales satisfaisantes. Elle dépasse la simple absence de troubles psychiatriques pour inclure le bien-être subjectif et l'estime de soi. Les travaux de psychologie clinique et de psychopathologie, notamment en France, soulignent que la santé mentale repose sur la capacité d'adaptation psychique face aux changements sociaux et existentiels (Dejours, 2000).

La perspective psychosociale considère également l'importance des mécanismes de résilience et de régulation émotionnelle.

Dans cette optique, la santé mentale devient un processus dynamique dépendant des interactions entre l'histoire personnelle, les expériences sociales et le contexte culturel (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Cette dimension est aujourd'hui centrale dans les politiques de santé publique en raison de l'augmentation mondiale des troubles anxieux et dépressifs.

II.1.1.3. La dimension sociale de la santé

La dimension sociale renvoie à l'intégration de l'individu dans son environnement relationnel, économique et culturel. Elle met en évidence le rôle des conditions de vie, du travail, du logement, de l'éducation et des réseaux sociaux dans la production de la santé. Les sociologues de la santé démontrent que les inégalités sociales influencent fortement la morbidité et l'espérance de vie. Les recherches de Pierre Aïach montrent que la santé constitue un phénomène socialement stratifié, où les classes sociales déterminent l'accès aux ressources sanitaires et aux comportements de prévention (Aïach, 2010). Cette approche rejoint le modèle des déterminants sociaux de la santé développée en santé publique, selon lequel la santé résulte d'un ensemble de facteurs structurels et relationnels. Ainsi, la santé sociale implique la participation communautaire, le soutien social et la cohésion collective, éléments essentiels au bien-être global.

Pour Claudine Herzlich (1969), la santé et la maladie constituent des objets de représentations sociales. Elles ne renvoient donc pas seulement à des réalités biologiques, mais sont également investies de significations produites par la société et par les individus dans leur vie quotidienne. L'analyse de Herzlich montre notamment que les conceptions de la santé et de la maladie sont liées aux modes de vie, aux expériences individuelles et aux rapports entre l'individu et son environnement social.

La dimension sociale de la santé désigne également le fait que la santé et la maladie ne peuvent être comprises uniquement à partir de leurs dimensions biologiques ou physiologiques, mais doivent également être analysées à travers les conditions sociales d'existence, les rapports sociaux, les modes de vie, les représentations collectives, les ressources disponibles et les interactions entre les individus et les institutions.

De ce fait la santé constitue un phénomène socialement situé, puisque les individus n'expérimentent, n'interprètent et ne prennent pas en charge la maladie indépendamment de leur environnement social.

De plus Arthur Kleinman (1980) considère que l'expérience de la maladie est façonnée par des systèmes culturels et sociaux de signification. Les patients, leurs familles et les professionnels de santé peuvent ainsi avoir des conceptions différentes des causes de la maladie, de sa signification et des traitements appropriés. Cette approche est particulièrement importante pour comprendre les recours simultanés ou successifs à la médecine biomédicale, à la médecine traditionnelle et aux pratiques religieuses.

II.1.1.4. La dimension culturelle et symbolique de la santé

La santé s'inscrit également dans des systèmes de représentations culturelles qui influencent la perception du corps, de la maladie et des pratiques thérapeutiques. L'anthropologie médicale française, notamment avec les travaux de Laplantine (1992), montre que la maladie possède une signification sociale et symbolique variable selon les cultures. Les croyances, les traditions et les systèmes médicaux pluralistes façonnent les comportements de recours aux soins. Dans de nombreuses sociétés africaines, par exemple, la santé peut être comprise à travers des équilibres spirituels, sociaux et ancestraux. Cette dimension culturelle souligne que les politiques de santé efficaces doivent intégrer les savoirs locaux et les logiques sociales afin d'éviter les incompréhensions entre médecine moderne et pratiques traditionnelles

II.1.1.5. La dimension environnementale de la santé

La santé humaine dépend étroitement de l'environnement physique et écologique. Cette dimension inclut la qualité de l'air, de l'eau, de l'alimentation, ainsi que l'exposition aux risques climatiques et aux pollutions. Les approches contemporaines en santé environnementale montrent que les transformations écologiques influencent directement l'émergence de maladies chroniques et infectieuses. Selon les travaux de Bard (2017), l'urbanisation rapide, les changements climatiques et la dégradation des écosystèmes constituent des déterminants majeurs de la santé publique. La notion de « santé globale » ou *One Health* insiste sur l'interdépendance entre santé humaine, animale et environnementale, élargissant ainsi la compréhension classique de la santé.

Elle est offerte par le milieu de travail qui se subdivise en deux aspects d'abord l'environnement de travail physique par exemple votre poste de travail, l'ergonomie et l'éclairage, votre sécurité personnelle, les niveaux de bruit, la température, l'exposition à la lumière, la qualité de l'air et votre accès aux commodités, entre autres, magasins, hôpitaux, écoles, modes de transport et l'environnement de travail psychosocial par exemple la culture en milieu de travail, de même que les relations avec vos clients, vos collègues et votre gestionnaire

Toutes les dimensions existent dans un état dynamique et en évolution constante pouvant se détériorer ou s'améliorer selon les circonstances et interagissent car lorsqu'un problème touche l'une des parties affecte souvent les autres, tout en soulignant l'importance d'une approche globale du bien-être. Les systèmes de santé intègrent également ces dimensions à travers des fonctions de prévention et de soins.

II.1.1.6. La dimension spirituelle et existentielle de la santé

Plusieurs approches contemporaines reconnaissent une dimension spirituelle de la santé, liée au sens donné à l'existence, aux valeurs et aux croyances personnelles. Cette dimension ne se limite pas à la religion, mais englobe la recherche de cohérence intérieure, l'espoir et la capacité à donner une signification aux épreuves. En sciences humaines de la santé, cette perspective est associée à la qualité de vie et à l'accompagnement psychosocial, notamment dans les situations de maladie chronique ou de fin de vie (Le Breton, 2015). La santé apparaît alors comme une expérience subjective globale intégrant le corps, l'esprit et le rapport au monde.

La santé spirituelle est une composante essentielle des soins axés sur le patient et sa famille, qui visent la personne dans sa totalité (corps, psyché et esprit). Votre santé spirituelle est renforcée en donnant un sens et un objectif à votre vie, en relevant les défis de la vie et en entretenant un mode de vie sain. Sens à la vie, valeurs.

II.1.1.7. La dimension financière de la santé

Enfin la dimension financière de la santé renvoie à l'ensemble des ressources économiques mobilisées pour prévenir, maintenir et restaurer l'état de santé des individus et des populations. Elle englobe les mécanismes de financement des systèmes de santé, l'accessibilité économique aux soins, ainsi que la capacité des ménages à supporter les dépenses sanitaires sans compromettre leur niveau de vie. Dans l'approche contemporaine de

la santé publique, la santé n'est pas seulement un phénomène biologique ou social, mais également une réalité économique structurante.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la protection financière constitue un pilier essentiel de la couverture sanitaire universelle, car les coûts directs des soins peuvent représenter un facteur majeur d'exclusion sanitaire et sociale (OMS, 2010). Ainsi, la dimension financière traduit l'interaction entre économie, politiques publiques et justice sociale dans l'organisation des soins.

La sante financière est aussi la capacité à gérer ses dépenses, à se préparer aux chocs financiers et à s'en remettre, à minimiser son endettement et à se constituer ou à accumuler un patrimoine.

Au-delà du coût, la santé doit être comprise comme un investissement économique productif. Une population en bonne santé contribue à la croissance économique par l'augmentation de la productivité du travail, la réduction de l'absentéisme et l'amélioration du capital humain. Les économistes de la santé soulignent que les dépenses sanitaires ne constituent pas uniquement une charge budgétaire, mais un investissement social à long terme (Moatti, 2009). Cette perspective s'inscrit dans l'approche du développement humain, selon laquelle la santé représente une condition fondamentale du progrès social et du développement durable. Ainsi, la dimension financière de la santé participe à la construction du bien-être collectif et à la stabilité économique des sociétés.

Schématiquement les dimensions de la Santé:



II.1.1.8. Conclusion

Les principales dimensions de la santé biologique, psychologique ou mentale, financière, sociale, culturelle, environnementale et spirituelle montrent que la santé constitue un phénomène multidimensionnel et dynamique.

L'approche contemporaine dépasse le modèle biomédical classique pour adopter une vision holistique intégrant les déterminants sociaux et culturels. Cette conception globale permet de mieux comprendre les réalités sanitaires contemporaines et d'élaborer des politiques de santé adaptées aux contextes sociaux et culturels diversifiés.

II.1.2. Les principales dimensions de la maladie

II.1.2.1. La dimension biologique de la maladie

Dans sa conception biomédicale classique, la maladie est définie comme une altération mesurable du fonctionnement physiologique de l'organisme résultant d'un dysfonctionnement organique identifiable. Cette perspective, héritée du modèle positiviste de la médecine moderne, repose sur une objectivation scientifique du corps à travers le diagnostic clinique, les examens biologiques et les classifications nosologiques. Toutefois, l'anthropologie de la santé souligne que cette définition ne représente qu'une dimension parmi d'autres de l'expérience pathologique. Comme le montre Canguilhem (1966), la maladie ne peut être réduite à une anomalie biologique, car le normal et le pathologique sont aussi des

constructions liées aux normes sociales et aux capacités d'adaptation du sujet à son environnement. Ainsi, la dimension biologique constitue une base nécessaire mais insuffisante pour comprendre la complexité du phénomène morbide

II.1.2.2. La dimension subjective ou expérientielle de la maladie

L'anthropologie médicale distingue la maladie objectivée (*disease*) de l'expérience vécue de la souffrance (*illness*). Cette dimension subjective renvoie à la manière dont l'individu ressent, interprète et donne sens à ses symptômes. La maladie devient alors une expérience personnelle inscrite dans une biographie, marquée par les émotions, la douleur et les représentations individuelles du corps. Kleinman (1980) démontre que les patients élaborent des « modèles explicatifs » qui orientent leurs comportements thérapeutiques.

Dans cette perspective, la maladie n'est pas seulement un fait médical, mais une expérience existentielle qui transforme l'identité sociale et personnelle. Les perceptions de la gravité, de la guérison ou du handicap dépendent donc largement du contexte culturel et de l'histoire individuelle.

II.1.2.3. La dimension sociale de la maladie

La maladie constitue également un fait social au sens sociologique du terme, puisqu'elle influence et est influencée par les structures sociales. Les travaux fondateurs de Parsons (1951) ont introduit la notion de « rôle du malade », montrant que la société attribue des droits et des obligations spécifiques aux personnes malades. Cependant, les approches critiques contemporaines soulignent que l'expérience de la maladie varie selon la position sociale, le genre, le niveau économique ou l'accès aux ressources sanitaires. Les recherches en sociologie de la santé démontrent que les inégalités sociales produisent des inégalités face à la maladie, tant dans l'exposition aux risques que dans l'accès aux soins (Aïach, 2010). La maladie devient ainsi un révélateur des rapports sociaux et des mécanismes de marginalisation ou de solidarité au sein des sociétés.

II.1.2.4. La dimension culturelle et symbolique de la maladie

Dans une perspective socio-anthropologique, la maladie possède une signification symbolique profondément ancrée dans les systèmes culturels. Chaque société développe des interprétations spécifiques des causes de la maladie, pouvant inclure des dimensions

naturelles, sociales ou spirituelles. Laplantine (1992) montre que les représentations étiologiques varient entre causalité biologique, déséquilibre social ou intervention surnaturelle. La maladie peut alors être interprétée comme une rupture d'harmonie entre l'individu et son environnement social ou cosmologique. Cette dimension explique la coexistence du pluralisme thérapeutique, où biomédecine, médecines traditionnelles et pratiques religieuses cohabitent. Comprendre ces logiques symboliques devient essentiel pour éviter les incompréhensions interculturelles dans les systèmes de soins.

II.1.2.5. La dimension relationnelle et interactionnelle de la maladie

La maladie transforme les relations sociales et redéfinit les interactions entre le malade, sa famille, les soignants et la communauté. L'expérience pathologique se construit dans un espace relationnel où se négocient les significations de la souffrance et les décisions thérapeutiques.

Les analyses interactionnistes montrent que le diagnostic médical lui-même est un processus social impliquant communication, pouvoir symbolique et reconnaissance institutionnelle (Herzlich & Pierret, 1984). La maladie devient ainsi une réalité co-produite par les discours médicaux, les attentes sociales et les interprétations du patient.

Cette dimension souligne l'importance de la communication thérapeutique et de l'alliance soignant-soigné dans les trajectoires de guérison.

II.1.2.6. La dimension économique et politique de la maladie

La maladie possède également une dimension économique et politique, car elle mobilise des ressources, influence les politiques publiques et participe à l'organisation des systèmes de santé. L'anthropologie critique de la santé met en évidence les liens entre maladie, pauvreté et structures économiques globales. Fassin (1996) montre que la gestion sociale de la maladie reflète des choix politiques concernant la distribution des ressources et la reconnaissance des souffrances légitimes. L'accès différencié aux traitements, aux technologies médicales et à la protection sociale révèle les rapports de pouvoir inscrits dans les institutions sanitaires. Ainsi, la maladie dépasse l'individu pour devenir un enjeu de gouvernance sociale et de justice sanitaire.

II.1.2.7. La dimension identitaire de la maladie

Enfin, la maladie constitue une épreuve existentielle susceptible de transformer la perception de soi et le rapport au monde. Les approches phénoménologiques et anthropologiques montrent que l'expérience de la maladie peut provoquer une rupture biographique, obligeant l'individu à reconstruire son identité et ses projets de vie. Le Breton (2015) souligne que la souffrance corporelle modifie la relation au temps, au corps et aux autres, faisant de la maladie une expérience anthropologique fondamentale. Cette dimension met en évidence la recherche de sens, les stratégies d'adaptation et les processus de résilience qui accompagnent les trajectoires de maladie.

En conclusion, nous pouvons dire que la maladie ne peut être comprise uniquement comme un phénomène biologique. Elle constitue une réalité multidimensionnelle intégrant des dimensions biologique, subjective, sociale, culturelle, relationnelle, économique et existentielle. Cette perspective holistique permet de mieux comprendre les comportements thérapeutiques, les inégalités sanitaires et la diversité des expériences humaines face à la souffrance.

Ainsi, la maladie apparaît comme une construction à la fois corporelle, sociale et symbolique inscrite dans des contextes historiques et culturels spécifiques.

II.2. Approches théoriques et cadres analytiques

Il nous a été important de mobiliser six approches théoriques pertinentes qui permettent d'analyser à la fois la coexistence des systèmes de soins (biomédical, traditionnel, religieux, etc.), les mécanismes de collaboration entre ces systèmes, et les dynamiques sociales et culturelles qui influencent les pratiques de santé et utile pour répondre notre question de recherche.

Ainsi, la mobilisation conjointe de ces six approches permet d'appréhender la collaboration thérapeutique dans sa multidimensionnalité. Le fonctionnalisme éclaire les fonctions sociales de la pluralité thérapeutique ; le constructivisme permet d'analyser la construction des significations de la maladie et de la guérison ; la théorie de l'Acteur-Réseau rend compte des relations, négociations et traductions entre les différents acteurs ; la théorie de la coordination des soins permet d'étudier les mécanismes d'articulation des interventions autour du patient ; l'approche de l'intégration des savoirs examine les possibilités de dialogue et de reconnaissance entre différents régimes de connaissances ; enfin, la théorisation ancrée

permet de confronter ces perspectives aux données empiriques et de faire émerger un modèle explicatif enraciné dans les réalités de Mukaza et Ntahangwa. L'articulation de ces perspectives offre ainsi un cadre d'analyse permettant de comprendre simultanément les structures, les représentations, les interactions, les rapports de pouvoir, les mécanismes de coopération et les expériences thérapeutiques des acteurs concernés.

II.2.1. Le fonctionnalisme

Le fonctionnalisme développé dans le champ de la sociologie de la santé par Talcott Parsons, propose que la société soit un système intégré, où chaque institution contribue à maintenir l'équilibre social. Dans ce cadre, la médecine n'est pas uniquement un instrument thérapeutique, mais également un mécanisme de régulation sociale. Selon Parsons (1951), le rôle du malade est défini socialement : le patient est temporairement dispensé de ses obligations sociales mais doit chercher à restaurer sa santé, en collaboration avec les acteurs légitimes du soin.

Appliqué au contexte burundais, ce courant permet de comprendre que la collaboration entre systèmes thérapeutiques biomédecine, guérison traditionnelle et soins spirituels participe à la cohésion sociale locale. Les guérisseurs, médecins et patients interagissent dans un réseau fonctionnel, où chacun occupe un rôle spécifique, contribuant à la stabilité des communautés de Mukaza et Ntahangwa.

Les études récentes de Whyte, van der Geest et Hardon (2018) sur l'Afrique de l'Est soulignent que les systèmes de santé pluralistes remplissent des fonctions sociales cruciales : ils assurent la circulation des savoirs, des médicaments et des ressources thérapeutiques, et régulent les conflits potentiels entre différentes pratiques de soin. Ainsi, la collaboration thérapeutique peut être analysée comme une fonction intégratrice, garantissant à la fois la santé individuelle et le maintien de l'ordre social.

II.2.1.1. Le fonctionnalisme comme cadre d'intelligibilité des systèmes thérapeutiques

Le fonctionnalisme constitue l'un des paradigmes fondateurs des sciences sociales modernes. Émile Durkheim pose les bases de cette approche en affirmant que les institutions sociales doivent être analysées selon leur contribution à la cohésion sociale (Durkheim, 2013). Dans cette perspective, les pratiques thérapeutiques ne peuvent être comprises uniquement comme

des réponses biologiques à la maladie, mais comme des institutions participant au maintien de l'ordre social.

Durkheim considère la maladie comme un fait social dans la mesure où elle mobilise des représentations collectives et des mécanismes de solidarité. Appliquée au pluralisme thérapeutique, cette idée suggère que la coexistence de plusieurs systèmes de soins répond à des fonctions sociales différenciées. La biomédecine traite la dimension organique, tandis que les pratiques religieuses et traditionnelles participent à la restauration du lien social et moral.

Bronislaw Malinowski approfondit cette perspective en montrant que les pratiques magico-religieuses remplissent une fonction psychologique essentielle face à l'incertitude et à l'angoisse (Malinowski, 1948). Dans ses travaux sur les sociétés mélanésiennes, il démontre que la magie apparaît précisément là où la maîtrise technique atteint ses limites. Par analogie, dans les contextes africains contemporains, les recours aux guérisseurs ou aux pasteurs guérisseurs interviennent souvent lorsque la biomédecine ne fournit pas d'explication satisfaisante à la souffrance vécue.

Radcliffe-Brown (1952) développe ensuite l'idée selon laquelle les institutions sociales doivent être comprises comme des éléments interdépendants d'un système global. Le pluralisme thérapeutique peut ainsi être interprété comme une structure fonctionnelle dans laquelle chaque acteur remplit un rôle spécifique contribuant à l'équilibre social.

Dans le contexte burundais, cette perspective permet d'interpréter la collaboration thérapeutique non comme une anomalie institutionnelle, mais comme un mécanisme adaptatif assurant la continuité du soin dans un environnement socio-sanitaire complexe.

II.2.1.2. Le fonctionnalisme comme outil d'analyse des systèmes thérapeutiques

L'anthropologie médicale a largement mobilisé le fonctionnalisme pour analyser les systèmes thérapeutiques non occidentaux. Evans-Pritchard (1937), dans son étude sur la sorcellerie chez les Azandé, montre que les explications magiques de la maladie possèdent une rationalité sociale cohérente. La croyance n'est pas irrationnelle ; elle organise la compréhension collective du malheur.

Cette idée sera reprise par Janzen (1978), qui démontre que les itinéraires thérapeutiques africains reposent sur des réseaux sociaux impliquant familles, guérisseurs et communautés. Le processus de guérison devient alors une activité collective visant à restaurer l'harmonie sociale.

Ainsi, du point de vue fonctionnaliste, la collaboration entre acteurs thérapeutiques apparaît comme une nécessité systémique : chaque praticien intervient là où son système de savoir est socialement pertinent.

II.2.1.3. Le fonctionnalisme et la fonction sociale du soin

Le fonctionnalisme constitue l'un des premiers cadres analytiques permettant de comprendre la persistance des pratiques thérapeutiques multiples. Pour Durkheim (2013), toute institution sociale remplit une fonction essentielle au maintien de la cohésion collective. La maladie, loin d'être uniquement biologique, mobilise des mécanismes sociaux destinés à restaurer l'ordre moral perturbé par la souffrance. Dans cette perspective, les systèmes thérapeutiques doivent être analysés selon leur contribution à l'équilibre social.

Dans les sociétés africaines, les pratiques thérapeutiques traditionnelles et religieuses remplissent des fonctions que la biomédecine ne peut assumer seule, notamment la gestion des conflits sociaux, l'interprétation morale du malheur et la réintégration symbolique du malade.

Malinowski (1948) montre que les pratiques magico-religieuses émergent précisément dans les zones d'incertitude où la rationalité technique atteint ses limites. Cette observation éclaire la persistance contemporaine des guérisons spirituelles face aux maladies chroniques ou psychosociales.

Janzen (1978) approfondit cette lecture en démontrant que la thérapie en Afrique centrale s'organise autour de réseaux sociaux impliquant familles, spécialistes rituels et praticiens biomédicaux. Le pluralisme thérapeutique apparaît alors comme un système fonctionnel où chaque acteur intervient selon une compétence socialement reconnue. Appliquée au Burundi, cette approche permet de comprendre la collaboration thérapeutique comme une forme de régulation sociale visant à garantir la continuité du soin malgré la pluralité des interprétations de la maladie.

II.2.1.4. Le fonctionnalisme et le champ thérapeutique

L'intégration de la théorie de la pratique de Bourdieu permet d'analyser les rapports de pouvoir structurant le pluralisme thérapeutique. Selon Bourdieu (1972), la société est composée de champs sociaux où les acteurs luttent pour l'accumulation de différents capitaux. Le système de soins peut être conceptualisé comme un champ thérapeutique dans lequel médecins, religieux et tradipraticiens occupent des positions différenciées.

Les médecins disposent d'un capital scientifique reconnu par l'État, tandis que les leaders religieux mobilisent un capital spirituel fondé sur la foi collective. Les guérisseurs traditionnels, quant à eux, possèdent un capital culturel enraciné dans les cosmologies locales. La collaboration thérapeutique dépend alors de la reconnaissance mutuelle de ces formes de capital symbolique.

L'habitus thérapeutique des patients joue également un rôle central. Les individus internalisent des dispositions culturelles orientant leurs choix de soins. Ainsi, consulter plusieurs thérapeutes n'est pas perçu comme contradictoire mais comme une stratégie cohérente inscrite dans une logique pratique.

II.2.1.5. Limites du fonctionnalisme et nécessité d'un complément constructiviste

Malgré sa pertinence, le fonctionnalisme présente certaines limites. Il tend à privilégier la stabilité sociale au détriment des dynamiques de pouvoir et de la production subjective du sens. Or, le pluralisme thérapeutique implique des négociations constantes entre savoirs concurrents. C'est précisément ici que le constructivisme devient indispensable.

II.2.2. Le constructivisme : la maladie comme construction sociale

Le constructivisme trouve ses racines dans la sociologie de la connaissance développée par Berger et Luckmann (1966), selon laquelle la réalité sociale est produite par les interactions humaines. La maladie n'existe pas uniquement comme phénomène biologique ; elle est interprétée à travers des cadres culturels.

Kleinman (1980) applique cette perspective à l'anthropologie médicale en distinguant *disease* (pathologie biologique) et *illness* (expérience vécue). Cette distinction permet de comprendre pourquoi un patient peut consulter successivement un médecin, un guérisseur et un religieux : chaque acteur répond à une dimension différente de l'expérience de la maladie.

Ainsi, la collaboration thérapeutique devient un processus de co-construction du sens thérapeutique.

Si le fonctionnalisme explique la stabilité des systèmes thérapeutiques, il demeure insuffisant pour comprendre la production subjective du sens thérapeutique. Le constructivisme social apporte ici un complément décisif. Berger et Luckmann (1966) soutiennent que la réalité sociale résulte de processus d'institutionnalisation et de légitimation produits par les

interactions humaines. La maladie devient ainsi une expérience interprétée à travers des cadres culturels.

Kleinman (1980) introduit une distinction fondamentale entre *disease*, correspondant à la pathologie biomédicale, et *illness*, désignant l'expérience vécue du malade. Cette distinction explique pourquoi les patients mobilisent simultanément plusieurs systèmes thérapeutiques : chacun répond à une dimension spécifique de la souffrance. Dans le contexte burundais, une affection peut être comprise comme infection biologique, désordre relationnel ou attaque spirituelle, justifiant la consultation successive de différents spécialistes.

Les recherches africaines contemporaines montrent que les patients naviguent stratégiquement entre systèmes thérapeutiques (Whyte et al., 2002). Le choix thérapeutique ne relève pas d'une confusion cognitive mais d'une rationalité pragmatique.

Nguyen (2010) souligne que les systèmes de santé africains sont devenus des espaces hybrides où se rencontrent logiques globales et savoirs locaux. La collaboration thérapeutique apparaît alors comme une construction sociale émergente.

Au Burundi, les pratiques religieuses de guérison illustrent cette construction collective du sens, où la maladie peut être interprétée simultanément comme biologique, sociale et spirituelle.

II.2.3. Articulation entre le fonctionnalisme et constructivisme

L'originalité de notre travail repose sur l'articulation de ces deux paradigmes. Premièrement le fonctionnalisme permet de comprendre pourquoi plusieurs systèmes thérapeutiques coexistent et quelles fonctions sociales ils remplissent. En second lieu, le constructivisme permet de comprendre comment les acteurs interprètent la maladie et comment la collaboration se construit dans l'interaction.

Ainsi, la collaboration thérapeutique peut être définie comme un processus social par lequel différents systèmes thérapeutiques remplissent des fonctions complémentaires tout en coconstruisant la signification de la guérison.

II.2.4. La théorie de l'Actor-Network ou théorie de l'acteur-réseaux

La théorie de l'Actor-Network Theory (ANT), développée principalement par Bruno Latour, Michel Callon et John Law, constitue une approche socio-anthropologique majeure pour comprendre les dynamiques complexes qui structurent les pratiques sociales contemporaines,

notamment dans le domaine de la santé. Contrairement aux approches classiques qui opposent structures sociales et individus, l'ANT propose une vision relationnelle selon laquelle la réalité sociale émerge des interactions entre une multiplicité d'acteurs humains et non humains formant des réseaux dynamiques (Latour, 2005). Dans cette perspective, un système thérapeutique ne peut être compris uniquement à travers les institutions biomédicales ou les thérapeutes traditionnels pris isolément, mais plutôt comme un assemblage d'éléments interdépendants incluant patients, guérisseurs, médecins, médicaments, croyances religieuses, normes culturelles, dispositifs médicaux et politiques publiques.

Cette théorie permet de dépasser la hiérarchisation implicite entre médecine moderne et médecines traditionnelles héritée du paradigme colonial. Latour (1991) insiste sur la symétrie analytique entre les formes de savoir, suggérant que toutes les pratiques doivent être étudiées selon leurs modes d'association et leur capacité à produire des effets sociaux. Dans le contexte du pluralisme thérapeutique au Burundi, cette approche est particulièrement pertinente car les itinéraires thérapeutiques des patients ne suivent pas une logique linéaire mais reposent sur des négociations constantes entre plusieurs univers thérapeutiques. Comme l'ont montré Whyte, Van der Geest et Hardon (2002), les patients africains construisent leurs parcours de soins en mobilisant simultanément des réseaux sociaux, spirituels et biomédicaux.

Ainsi, la collaboration thérapeutique peut être analysée comme un processus de traduction entre acteurs, où chaque intervenant tente d'inscrire ses intérêts dans le réseau collectif de soins. Les agents de santé communautaires, les tradipraticiens et les responsables religieux deviennent alors des médiateurs capables de stabiliser ou de transformer les relations thérapeutiques. L'ANT permet donc d'examiner empiriquement comment les alliances, les tensions et les négociations façonnent la coopération entre systèmes médicaux dans les communes de Mukaza et Ntakangwa.

II.2.5. La théorie de la Coordination des Soins (Care Coordination)

La théorie de la coordination des soins s'inscrit dans les recherches contemporaines en sociologie de la santé et en santé publique visant à comprendre comment différents acteurs sanitaires coopèrent afin d'assurer une continuité thérapeutique efficace. Selon Kodner et Spreeuwenberg (2002), la coordination des soins désigne l'organisation intentionnelle des activités entre plusieurs prestataires afin de garantir des services adaptés aux besoins

complexes des patients. Cette approche rompt avec la vision fragmentée des systèmes de santé en mettant l'accent sur l'interdépendance institutionnelle et relationnelle.

La coordination ne constitue pas seulement un mécanisme administratif, mais un processus social fondé sur la confiance, la reconnaissance mutuelle et la légitimité culturelle des acteurs (Strauss, 1985). Les travaux d'Anselm Strauss sur l'« ordre négocié » montrent que les pratiques médicales résultent d'ajustements permanents entre professionnels possédant des rationalités différentes. Dans les contextes africains caractérisés par le pluralisme thérapeutique, cette coordination devient encore plus cruciale puisque les patients naviguent entre plusieurs systèmes de soins selon leurs ressources économiques, leurs croyances et leurs expériences sociales.

Des chercheurs comme Frenk (2010) et Valentijn et al. (2013) soulignent que l'intégration et la coordination des soins améliorent l'efficacité des systèmes de santé en réduisant les ruptures thérapeutiques et les conflits entre prestataires. Appliquée au Burundi, cette théorie permet d'analyser comment les centres de santé biomédicaux, les guérisseurs traditionnels et les structures religieuses peuvent collaborer à travers des mécanismes informels de référence, de communication ou de complémentarité thérapeutique. Elle met également en lumière les obstacles structurels tels que le manque de reconnaissance institutionnelle des tradipraticiens ou l'absence de cadres réglementaires favorisant la coopération.

Ainsi, la coordination des soins apparaît comme une grille analytique essentielle pour comprendre la qualité des interactions thérapeutiques locales et la manière dont les pratiques collaboratives émergent malgré les frontières épistémologiques entre systèmes médicaux.

II.2.6. La théorie de l'Intégration des Savoirs

La théorie de l'intégration des savoirs s'inscrit dans les débats contemporains sur la reconnaissance de la pluralité épistémologique en santé. Inspirée des travaux d'anthropologie médicale critique et des perspectives décoloniales, elle postule que les connaissances biomédicales, traditionnelles et spirituelles constituent des systèmes de savoir complémentaires plutôt que concurrents. Kleinman (1980) fut l'un des premiers à proposer le modèle des « systèmes de soins » distinguant secteur populaire, secteur professionnel et secteur traditionnel, démontrant que la maladie est interprétée différemment selon les cadres culturels.

Dans cette perspective, l'intégration des savoirs repose sur la reconnaissance que les représentations locales de la maladie possèdent une rationalité propre ancrée dans l'expérience sociale et symbolique des populations. Good (1994) souligne que la maladie n'est pas seulement un phénomène biologique mais une construction culturelle dotée de significations morales et sociales. Les approches contemporaines de la santé globale, notamment celles défendues par De Sousa Santos (2014), plaident pour une « écologie des savoirs », c'est-à-dire un dialogue horizontal entre connaissances scientifiques et savoirs locaux afin de corriger les asymétries héritées du colonialisme épistémique.

Dans le contexte du pluralisme thérapeutique burundais, l'intégration des savoirs permet d'analyser comment les patients articulent les traitements hospitaliers, rituels religieux et pratiques traditionnelles dans une logique pragmatique de guérison. Les travaux de Bodeker et Kronenberg (2002) montrent que l'intégration respectueuse des médecines traditionnelles peut renforcer l'accessibilité et l'acceptabilité des soins dans les sociétés africaines. Cette théorie offre ainsi un cadre pour étudier les conditions sociales permettant une collaboration effective entre thérapeutes, notamment la reconnaissance institutionnelle, la formation interculturelle et la construction d'un langage commun entre systèmes médicaux.

En définitive, l'intégration des savoirs constitue une approche analytique essentielle pour comprendre la collaboration thérapeutique comme un processus de négociation cognitive et culturelle où différents régimes de vérité coexistent et contribuent collectivement au bien-être social.

II.2.7. La théorisation ancrée

La théorisation ancrée (*Grounded Theory*) constitue un cadre méthodologique particulièrement pertinent pour l'étude de la *collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi*. Ce courant a été développé par Glaser et Strauss (1967), dans leur ouvrage fondateur *The Discovery of Grounded Theory*. Selon ces auteurs, la théorie ne doit pas être imposée à partir de cadres conceptuels préétablis, mais doit émerger progressivement des données empiriques recueillies sur le terrain grâce à un processus rigoureux de codification, de comparaison constante et d'analyse inductive. Ainsi, la connaissance scientifique se construit à partir des réalités observées et des significations attribuées par les acteurs sociaux à leurs pratiques.

Dans le contexte burundais, caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de soins tels que la médecine biomédicale, les pratiques traditionnelles, les recours religieux et l'automédication, la théorisation ancrée se révèle particulièrement adaptée. En effet, la collaboration entre ces différents acteurs thérapeutiques ne peut être comprise à travers des modèles explicatifs importés, car elle dépend largement des réalités socioculturelles locales, des représentations de la maladie, des rapports de confiance, des contraintes économiques et des normes communautaires propres aux communes Mukaza et Ntahangwa. Dans cette perspective, cette approche méthodologique permet de faire émerger, à partir des données de terrain, une compréhension contextualisée des dynamiques de collaboration, de complémentarité ou parfois de rivalité entre les différents recours thérapeutiques.

Par ailleurs, la théorisation ancrée accorde une place centrale à la parole des enquêtés, aux interactions sociales et aux expériences vécues, ce qui correspond pleinement à la démarche socioanthropologique. Elle permet d'identifier les stratégies développées par les ménages burundais pour naviguer entre plusieurs offres de soins et pour combiner différents itinéraires thérapeutiques selon la nature de la maladie, les ressources disponibles ou les croyances familiales. Dès lors, le recours à ce courant dans ce mémoire se justifie par sa capacité à produire une théorie enracinée dans les réalités sociales locales, fidèle aux pratiques observées et scientifiquement fondée sur les données empiriques (Glaser & Strauss, 1967).

Dans notre recherche, chacune de ces théories répond à une dimension particulière de notre question de recherche :

Approche	Ce qu'elle nous a permis principalement d'expliquer
Fonctionnalisme	Pourquoi les différents systèmes thérapeutiques coexistent et quelles fonctions sociales ils remplissent ?
Constructivisme	Comment les acteurs construisent les significations de la maladie, de la guérison et de la collaboration ?
Actor-Network Theory	Comment se constituent les réseaux, alliances, négociations et rapports entre les acteurs ?

Approche	Ce qu'elle nous a permis principalement d'expliquer
Coordination des soins	Comment les différents acteurs peuvent concrètement articuler leurs interventions autour du patient ?
Intégration des savoirs	Comment différents savoirs thérapeutiques peuvent être reconnus, négociés et articulés ?
Théorisation ancrée	Comment construire à partir du terrain un modèle explicatif contextualisé de la collaboration thérapeutique ?

II.3. Revue de la littérature

Le pluralisme thérapeutique, défini comme la coexistence de plusieurs systèmes de soins dans un même espace géographique ou social, constitue une caractéristique majeure des sociétés contemporaines, en particulier dans les pays africains. Dans le contexte burundais, où cohabitent médecine moderne et médecine traditionnelle, la collaboration entre ces systèmes apparaît comme un levier crucial pour améliorer l'accès aux soins et renforcer la résilience sanitaire des populations. La littérature scientifique, tant du Nord global que du Sud global, met en évidence les avantages et les limites de cette coexistence, tout en soulignant les enjeux culturels, sociaux et institutionnels qui la façonnent. Cette revue de la littérature vise ainsi à comprendre le pluralisme thérapeutique et ses dynamiques de collaboration, en mobilisant des

II.3.1. Composantes du pluralisme thérapeutique

Le pluralisme thérapeutique se définit comme la coexistence et l'interaction de différentes formes de soins au sein d'une société. Selon Helman (2007), il comprend trois composantes principales : la médecine moderne ou biomédicale, la médecine traditionnelle et les médecines alternatives ou complémentaires.

La médecine moderne repose sur les connaissances scientifiques et les technologies médicales, tandis que la médecine traditionnelle inclut les savoirs locaux, les pratiques spirituelles et l'utilisation des plantes médicinales. Les médecines alternatives, comme la phytothérapie, l'acupuncture ou l'homéopathie, peuvent compléter ces deux approches (Bodeker & Kronenberg, 2002).

Dans le Sud global, Langwick (2011) souligne que le pluralisme thérapeutique n'est pas seulement un choix individuel, mais une réponse aux contraintes sociales et économiques, où les patients combinent souvent plusieurs pratiques pour optimiser leurs chances de guérison.

Du point de vue du Nord global, Lock et Nguyen (2018) insistent sur la dimension culturelle et sociale : la coexistence de systèmes thérapeutiques reflète la diversité des croyances et des représentations collectives de la santé et de la maladie.

II.3.2. Pluralisme thérapeutique

Monteillet (2005), s'intéresse aux systèmes thérapeutiques au Cameroun. Il dresse le bilan d'un siècle de changement affectant l'offre thérapeutique dans la région de la haute Sanaga, au centre du Cameroun. Dans son bilan, il disait qu'il y a plusieurs systèmes de soins et les dynamiques affectant leurs changements. Cependant, il a analysé les comportements thérapeutiques en ville dans un contexte pluraliste. De ce fait, il souligne que l'offre est alimentée par la médecine familiale ou de voisinage, les *mbembela*, guérisseurs locaux plus ou moins spécialiste de certaines défaillances de santé ; les pharmacies, ce que Monteillet appelle la pharmacie « du panier », c'est-à-dire l'ensemble des médicaments provenant principalement du Nigeria, de chine ou des pays occidentaux, et qui se trouvent en vente libre dans les échoppes, l'hôpital public et enfin les cliniques privées.

L'auteur parle des *nganga* et des mouvements religieux dans la mesure où ils prétendent s'affronter à la sorcellerie. Il conclut que les comportements face à la maladie ne se distinguent pas en fonction du milieu urbain et rural.

Il se révèle à travers la position de chacun de ces auteurs que, l'ethnomédecine et la thérapeutique de telle maladie, tel trouble varient d'un savoir ou d'une science à un autre ; d'une conception de la maladie et d'une approche de la thérapie et de la prévention diverse.

Mais le but de guérir reste la base de toutes les discussions. Surtout la thérapie axée sur l'aspect physique du malade. Car elle se présente comme une aspiration universelle avec une orientation qui touche à une dimension de l'homme, celle du « bien portant » qui épouse la démarche biologique.

L'étude, précisément celle de la thérapeutique doit tenir compte de la dimension sociale et culturelle, non seulement avec les approches biomédicales, mais également des approches de l'ethnomédecine ou de la médecine traditionnelle.

Les chercheurs, notamment des sciences de la santé, pour un intérêt, valorise leur science ou leur médecine. Toutefois, certains ont évoqué le traitement traditionnel dans leurs propos. Le cas de Djibril (2008), qui souligne que le traitement chirurgical biomédical a des conséquences, le blocage du traitement local. C'est-à-dire, la médecine traditionnelle ne peut plus trouver de solution à une patiente, lorsque celle-ci a subi de traitement chirurgical par l'hystérectomie. Mais, dans ce propos, le constat est que seule la valorisation de type biochimique est prise en compte.

Ils ont mis de côté les protocoles thérapeutiques des tradipraticiens, ainsi que les systèmes symboliques auxquels les savoirs et les pratiques sont étroitement liés. Sont ainsi ignorés ou négligés, le contexte, les spécificités des protocoles de fabrication des médicaments et à l'identification des tradipraticiens. Notre recherche prend alors en compte ces derniers aspects. Car, nous disait Didier (1996) : « *Les traditions médicales sont imbriquées à d'autres secteurs de la vie sociale, matérielle et immatérielle. Les modalités d'apprentissage, les structures causales, l'étiologie des maladies et les modèles thérapeutiques sont une expression directe des normes et des valeurs, de représentation et des jeux de pouvoir qui constituent le ciment de l'édifice socioculturel. Ces traditions de santé sont au croisement des lignes de force de la société.* »

II.3.3. Importance sociale et culturelle du pluralisme thérapeutique

Le pluralisme thérapeutique joue un rôle central dans la cohésion sociale et la résilience sanitaire. Selon Comaroff (1997), les pratiques locales ne se limitent pas à la guérison biologique, mais assurent également un rôle symbolique et communautaire, renforçant les liens sociaux. Dans le Sud global, Bodeker & Kronenberg (2002) montrent que la médecine traditionnelle permet de compenser les carences du système de santé formel, offrant un accès rapide et culturellement acceptable aux soins.

Dans le contexte burundais, le pluralisme thérapeutique favorise la continuité des soins et contribue à l'inclusion sociale des populations marginalisées. Il permet également de préserver et valoriser les savoirs locaux, tout en facilitant l'adaptation des pratiques de santé publique aux réalités culturelles et socio-économiques (Langwick, 2011).

II.3.4. Le Professionnel de santé

Le professionnel de santé peut être défini comme un acteur social spécialisé dont la fonction principale consiste à préserver, restaurer ou promouvoir la santé individuelle et collective à travers des savoirs reconnus socialement et institutionnellement. Au-delà d'une simple compétence technique, il incarne une position sociale construite historiquement, culturellement et politiquement. Dans une perspective socio-anthropologique, le professionnel de santé ne se réduit pas à un agent biomédical appliquant des protocoles scientifiques ; il constitue un médiateur entre le corps biologique, les normes sociales et les représentations culturelles de la maladie. Selon Freidson (1984), les professions de santé se caractérisent par un monopole de compétence légitimé par la société, reposant sur la reconnaissance d'un savoir expert et d'une autorité morale dans la gestion du corps et de la souffrance humaine.

En Afrique, les pratiques thérapeutiques sont diversifiées et fortement ancrées dans les traditions locales. Vandebroek & Balick (2012) distinguent la pharmacopée traditionnelle (utilisation de plantes médicinales), les pratiques spirituelles et les interventions sociales des guérisseurs. Dans le contexte burundais, les savoirs locaux et la médecine hospitalière coexistent, mais leur articulation reste souvent informelle (Ministère de la Santé Publique du Burundi, 2019). La médecine traditionnelle s'appuie sur des connaissances transmises de génération en génération, intégrant des rituels et une approche holistique centrée sur le patient et sa communauté (De Smet, 2016).

Le professionnel de santé évolue dans un environnement marqué par la coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques. Au Burundi, il partage l'espace du soin avec les tradipraticiens et les acteurs religieux, ce qui redéfinit son rôle social. Il n'est plus seulement détenteur d'un savoir scientifique, mais aussi participant d'un réseau thérapeutique pluraliste. Fassin (1992) montre que les professionnels de santé africains doivent constamment négocier entre exigences biomédicales, attentes culturelles et contraintes économiques. Leur légitimité dépend autant de leur compétence technique que de leur capacité relationnelle et culturelle.

Par ailleurs, la médecine moderne offre des soins standardisés dans des structures hospitalières ou cliniques, mais son accès est limité dans certaines zones urbaines et rurales, ce qui pousse les populations à recourir simultanément à plusieurs systèmes (WHO, 2013). Ainsi, au Burundi, le pluralisme thérapeutique se traduit par un recours mixte aux pratiques locales et biomédicales, particulièrement dans les communes de Mukaza et Ntahangwa.

L'anthropologie de la santé montre que la figure du professionnel de santé est le produit d'un processus historique lié à l'institutionnalisation de la médecine moderne. En Europe comme en Afrique, la médicalisation progressive des sociétés a transformé les modes traditionnels de prise en charge de la maladie en systèmes professionnels structurés. Foucault (1963) explique que l'émergence du regard médical a instauré une nouvelle relation entre savoir, pouvoir et corps, conférant au professionnel de santé une autorité scientifique sur la définition du normal et du pathologique. Cette transformation a également redéfini les frontières entre savoirs profanes et savoirs experts, plaçant le professionnel de santé au centre des dispositifs modernes de gestion de la vie et de la santé publique.

II.3.4.1. Le rôle social du professionnel de santé

Dans une approche socio-anthropologique, le professionnel de santé occupe une fonction sociale essentielle : celle de régulation de la souffrance et de maintien de l'ordre social. La maladie étant un événement perturbateur des rôles sociaux, l'intervention du soignant vise non seulement la guérison biologique mais aussi la réintégration sociale du malade. Parsons (1951) souligne que le médecin joue un rôle normatif en aidant l'individu malade à retrouver sa capacité fonctionnelle au sein de la société. Ainsi, le professionnel de santé agit comme un agent de stabilisation sociale en légitimant l'état de maladie et en encadrant le processus de retour à la normalité.

Le statut du professionnel de santé repose également sur une dimension éthique forte. La relation thérapeutique implique des principes de bienfaisance, de respect de la personne, de confidentialité et de responsabilité sociale.

L'anthropologie morale du soin souligne que le soignant est investi d'une mission sociale fondée sur la confiance collective. Ricoeur (1990) insiste sur la dimension éthique du soin comme relation fondée sur la sollicitude et la reconnaissance de la vulnérabilité humaine. Le professionnel de santé devient ainsi un acteur moral confronté à des dilemmes liés aux inégalités sociales, aux ressources limitées et aux différences culturelles.

II.3.4.2. Le professionnel de santé face aux transformations contemporaines

La mondialisation, les politiques de santé publique et l'évolution des attentes sociales transforment profondément le rôle du professionnel de santé. Celui-ci devient un acteur de prévention, d'éducation sanitaire et de promotion du bien-être collectif. Hours (2001) souligne que la santé contemporaine dépasse la logique curative pour intégrer des dimensions sociales, psychologiques et communautaires. Le professionnel de santé est ainsi appelé à travailler en interdisciplinarité et en collaboration avec divers acteurs sociaux, renforçant son rôle d'interface entre institutions sanitaires et populations.

Le professionnel de santé apparaît comme une figure complexe située à l'intersection du savoir scientifique, du pouvoir social et de la médiation culturelle. Il ne se limite pas à un technicien du corps mais constitue un acteur social chargé de donner sens à la maladie, de restaurer l'ordre social et de négocier les significations culturelles du soin. Dans le contexte burundais, cette fonction prend une dimension particulière en raison du pluralisme thérapeutique, qui exige du professionnel de santé une compétence à la fois biomédicale, sociale et interculturelle.

II.3.5. La collaboration dans le pluralisme thérapeutique

Dans une perspective organisationnelle et interprofessionnelle, la collaboration peut être définie comme un processus dynamique d'interaction entre plusieurs acteurs qui mettent en commun leurs connaissances, leurs compétences et leurs ressources afin d'atteindre un objectif partagé. Pour D'Amour et al. (2005), la collaboration interprofessionnelle renvoie à un processus dans lequel des professionnels appartenant à différentes disciplines travaillent ensemble et développent des relations de coopération, de confiance et de coordination autour d'objectifs communs. Dans notre recherche sur pluralisme thérapeutique, cette conception permet de distinguer clairement la collaboration de la simple coexistence des systèmes de soins. La coexistence renvoie à la présence simultanée de plusieurs systèmes thérapeutiques dans un même espace social, tandis que la collaboration suppose l'existence d'interactions effectives, d'échanges d'informations, d'orientations ou de références réciproques, de négociations, de reconnaissance mutuelle et, dans une certaine mesure, de coordination des interventions autour du patient. Ainsi, dans la présente recherche, la collaboration thérapeutique sera entendue comme un processus relationnel par lequel les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux établissent des interactions, formelles ou informelles,

visant à articuler leurs ressources et leurs compétences dans l'intérêt du parcours et de la prise en charge du patient. Selon Reeves et al. (2017), la collaboration interprofessionnelle améliore significativement les résultats cliniques lorsqu'elle repose sur la communication, la reconnaissance mutuelle des compétences et la responsabilité partagée. En Europe, les systèmes de santé intégrés, notamment au Royaume-Uni, ont introduit des équipes multidisciplinaires réunissant médecins, psychologues et travailleurs sociaux pour la gestion des maladies chroniques. Reeves examine scientifiquement si la collaboration interprofessionnelle entre professionnels de santé améliore la qualité des soins, la pratique professionnelle, les résultats pour les patients. Elle analyse plusieurs études expérimentales et quasi-expérimentales dans différents systèmes de santé. Avec ses collègues, Reeves définit la collaboration interprofessionnelle comme un processus où plusieurs professionnels de disciplines différentes travaillent ensemble avec les patients et les communautés pour produire de meilleurs soins. Cela inclut les médecins, les infirmiers, les psychologues, les travailleurs sociaux, et les agents communautaires. Les résultats montrent que la collaboration peut améliorer la coordination des soins, réduire les erreurs médicales, renforcer la communication clinique, améliorer la satisfaction des patients.

Cependant, les effets varient selon le contexte organisationnel. L'étude souligne que la collaboration ne dépend pas seulement de la bonne volonté des professionnels mais aussi de la culture organisationnelle, le leadership, la formation interprofessionnelle, les politiques de santé. Ces auteurs insistent sur la nécessité d'une formation commune dès les études de santé afin de développer une confiance mutuelle, la compréhension des rôles professionnels, et des compétences collaboratives.

Aux États-Unis, Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2021) montre que la formation interprofessionnelle réduit les erreurs médicales et améliore l'adhésion thérapeutique. Par exemple, dans les programmes communautaires de santé mentale, médecins et conseillers spirituels collaborent pour accompagner les patients souffrant de dépression.

En Afrique, la collaboration prend une forme différente. Moshabela et al. (2016) démontrent en Afrique du Sud que les guérisseurs traditionnels jouent un rôle clé dans le référencement des patients VIH vers les structures biomédicales. Cette collaboration repose moins sur des protocoles formels que sur des relations de confiance locales. Moshabela et ses collaborateurs analysent comment les patients vivant avec le VIH naviguent entre différents systèmes de

soins, notamment la biomédecine (hôpitaux, ARV), médecine traditionnelle, guérison religieuse, soins communautaires.

Dans ses travaux, il cherche à comprendre les logiques sociales derrière ces choix thérapeutiques et montre que consulter plusieurs types de thérapeutes n'est pas un comportement irrationnel. Au contraire, les patients cherchent à répondre simultanément à des causes biologiques, causes sociales et des causes spirituelles de la maladie.

Les itinéraires thérapeutiques sont complexes car les patients passent souvent par plusieurs étapes premièrement dans les soins traditionnels, puis consultation biomédicale, guérison religieuse et au retour vers le système formel. Ces trajectoires dépendent des conseils familiaux, des croyances culturelles, de l'accessibilité des services. Ces auteurs insistent donc sur la nécessité de collaboration entre systèmes thérapeutiques et l'importance des acteurs communautaires comme les leaders religieux et guérisseurs qui jouent un rôle clé dans l'orientation des patients, l'acceptation du traitement et la réduction de la stigmatisation.

La Collaboration dans d'autres pays africains est déjà observable à partir des expériences menées au Sénégal, Cameroun, Ghana et Rwanda qui illustrent diverses stratégies de collaboration. Moshabela et al. (2016) décrivent des programmes intégrés où les guérisseurs traditionnels participent à la détection précoce des maladies et au suivi des patients.

II.3.6. Déontologie des pratiques thérapeutiques

La déontologie constitue le fondement normatif qui encadre les pratiques thérapeutiques et garantit la protection du patient dans tout système de soins. Selon Benoist, J. (1993), la pratique médicale moderne repose sur quatre principes universels : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice qui structurent l'éthique biomédicale contemporaine aux États-Unis et en Europe. L'idée centrale défendue par ces auteurs est que toute intervention thérapeutique doit être moralement justifiable et orientée vers le bien-être du patient. Par exemple, dans les systèmes hospitaliers américains, les décisions cliniques impliquant plusieurs intervenants nécessitent des comités d'éthique afin d'éviter les conflits de pratiques thérapeutiques.

Cependant, l'anthropologie médicale montre que la déontologie ne se limite pas aux normes biomédicales occidentales. Kleinman (2012) soutient que chaque système thérapeutique possède sa propre éthique culturelle fondée sur les valeurs sociales et cosmologiques locales.

En Afrique, la responsabilité morale du guérisseur repose davantage sur l'harmonie sociale que sur la seule guérison biologique. Par exemple, chez les thérapeutes traditionnels d'Afrique de l'Est étudiés par Langwick (2018) en Tanzanie, la réussite thérapeutique inclut la restauration des relations sociales perturbées.

Dans les pratiques religieuses, la déontologie est souvent liée à une mission spirituelle. Koenig (2015) démontre que les intervenants religieux s'appuient sur une éthique pastorale fondée sur la compassion, la confidentialité et l'accompagnement moral. Aux États-Unis, les chaplains hospitaliers travaillent selon des codes professionnels reconnus, intégrés dans les services de santé mentale.

Cette observation montre que la déontologie religieuse peut être institutionnalisée sans perdre sa dimension spirituelle car la religiosité est souvent associée à moins de dépression, meilleure résilience psychologique, réduction de l'anxiété, meilleure adaptation face au stress et aux crises existentielles. La religion agit comme ressource symbolique et sociale de coping. Koenig défend l'idée que les professionnels de santé devraient reconnaître les croyances spirituelles des patients, intégrer l'histoire spirituelle dans l'évaluation clinique, adopter une approche holistique du soin. Cela rejoint les approches de médecine centrée sur la personne.

Dans le contexte africain, Olivier de Sardan (2021) souligne que la coexistence de plusieurs régimes normatifs crée une pluralité d'éthiques thérapeutiques parfois complémentaires mais aussi conflictuelles. Au Burundi, l'autorisation du Ministère de la Santé Publique constitue la référence légale dominante pour les intervenants biomédicaux, tandis que les tradipraticiens et acteurs religieux opèrent souvent dans un cadre normatif communautaire implicite.

En Europe, la professionnalisation médicale s'est historiquement construite par la monopolisation du savoir thérapeutique, processus analysé par Freidson (2001) qui montre que la médecine moderne repose sur une autorité institutionnelle reconnue par l'État. Par exemple, en France, les codes de déontologie médicale encadrent strictement la prescription et l'exercice clinique afin de garantir la sécurité sanitaire.

Cependant, cette conception normative du soin ne correspond pas toujours aux réalités sociales observées dans les sociétés africaines. Fassin (2004) démontre que les pratiques thérapeutiques en Afrique subsaharienne s'inscrivent dans une pluralité morale où les dimensions sociales, spirituelles et symboliques du soin participent également de la responsabilité thérapeutique.

Ainsi, chez les tradipraticiens africains, la déontologie ne repose pas sur une codification écrite mais sur une légitimité communautaire et cosmologique. Janzen (1978) montre, dans son étude au Zaïre, que les guérisseurs sont soumis à des obligations morales liées aux ancêtres et à la communauté, constituant une forme d'éthique relationnelle.

Dans le champ religieux, la déontologie repose sur une autorité spirituelle. Csordas (2002) explique que les guérisons charismatiques pentecôtistes obéissent à une responsabilité morale fondée sur la foi et la vocation divine plutôt que sur la certification académique. Dans *Body/Meaning/Healing*, Csordas cherche à comprendre comment la guérison agit à travers l'expérience corporelle et symbolique. Il propose une approche qui dépasse l'opposition classique entre biologique, psychologique, culturel. Pour lui, le corps est le lieu premier de l'expérience humaine.

Il développe le paradigme de l'embodiment ou incorporation, pour affirmer que la culture n'est pas seulement pensée ou représentée plutôt elle est vécue à travers le corps. Le corps devient sujet d'expérience, moyen de perception du monde, espace où se construit le sens. Dans ce cas la guérison devient comme transformation du sens et ne dépend pas uniquement d'un traitement médical, mais aussi d'un processus où les significations changent, l'expérience de la maladie est réinterprétée, le patient retrouve une cohérence existentielle.

Ainsi, les rituels religieux ou thérapeutiques fonctionnent parce qu'ils restructurent l'expérience vécue. À partir d'études sur des mouvements charismatiques catholiques, Csordas montre que la parole, le geste, l'émotion collective, l'attention portée au corps produisent une efficacité thérapeutique réelle. Il parle d'efficacité symbolique incarnée.

Au Burundi, l'autorisation officielle délivrée par le Ministère de la Santé Publique aux tradipraticiens constitue une reconnaissance institutionnelle formelle, mais les ils opèrent souvent dans un espace semi-régulé, révélant une coexistence de régimes déontologiques multiples. Le Conseil des ministres¹ qui s'est réuni le mercredi 28 et jeudi 29 novembre 2018 a statué sur quatre projets lois : projet d'ordonnance ministérielle portant modalités d'évaluation et d'homologation des remèdes traditionnels , projet d'ordonnance ministérielle portant autorisation d'ouverture d'un établissement de soins en médecine traditionnelle , projet d'ordonnance ministérielle portant création et fonctionnement du Réseau National des

¹ COMMUNIQUE DE PRESSE DE LA REUNION DU CONSEIL DES MINISTRES DU MERCREDI 28 ET JEUDI 29 NOVEMBRE 2018

Associations des Tradipraticiens au Burundi , projet d'ordonnance ministérielle portant mise en place du système de pharmacovigilance pour les remèdes traditionnels au Burundi.

Tous ces quatre projets ont été présentés par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Ces projets viennent mettre en application le décret n°100/253 du 11 Novembre 2014 portant réglementation de la Médecine Traditionnelle et l'Art de Tradipraticien.

Au Burundi comme partout ailleurs en Afrique, l'usage de la médecine traditionnelle est très répandu et revêt une importance sanitaire croissante. Certains guérisseurs traditionnels se sont même regroupés dans des associations tandis que d'autres prestent encore isolément ou dans la clandestinité. Le médicament traditionnel tout comme le médicament classique est un produit assez particulier qui présente en même temps des effets bénéfiques pouvant guérir et des effets indésirables et néfastes pouvant même tuer lorsqu'il est mal utilisé.

Les pouvoirs publics doivent donc s'assurer que les tradipraticiens agissent selon les normes de la pratique de l'art et qu'ils remplissent correctement leurs obligations professionnelles. C'est dans ce cadre que le décret n°100/253 du 11 Novembre 2014 portant réglementation de la Médecine Traditionnelle et l'Art de Tradipraticien a été mis en place. Mais ce décret nécessite des textes d'application pour garantir l'efficacité, la sécurité et la qualité des soins traditionnels fournis par les tradipraticiens, ainsi que le contrôle de l'enregistrement, de la formation et de l'exercice de l'art des tradipraticiens. C'est la raison d'être de ces projets d'ordonnances. Après échange, le Conseil a adopté ces projets moyennant de légères corrections à y apporter

II.3.7. Le référencement des patients

Le référencement constitue un mécanisme central du pluralisme thérapeutique. Selon Greenhalgh et Papoutsi (2018), les systèmes de santé complexes fonctionnent grâce à des réseaux d'orientation plutôt qu'à des structures hiérarchiques rigides. L'idée principale est que le patient circule entre différents thérapeutes selon l'évolution de sa maladie. En Afrique, Moshabela et al. (2016) montrent que les guérisseurs traditionnels réfèrent volontairement les patients vers les hôpitaux lorsque les symptômes dépassent leurs compétences thérapeutiques. Un exemple sud-africain révèle que cette pratique a amélioré le dépistage précoce du VIH.

Dans les contextes religieux, Omenyo (2020) observe au Ghana que les pasteurs orientent certains fidèles vers des soins médicaux tout en maintenant un accompagnement spirituel parallèle. Cette double prise en charge illustre une collaboration pragmatique plutôt qu'une concurrence thérapeutique.

Le référencement constitue un indicateur clé de collaboration thérapeutique. Kleinman (1980) introduit la notion d'itinéraire thérapeutique (*therapy management group*), montrant que les décisions de soins sont collectives. En Afrique, le référencement informel est fréquent : un guérisseur peut orienter vers l'hôpital lorsque la maladie dépasse son domaine symbolique (Janzen, 1978). Au Burundi, ce processus reste largement non institutionnalisé, créant des retards thérapeutiques mais aussi des complémentarités fonctionnelles. Les succès de la collaboration sont liés à la formation conjointe, aux politiques publiques inclusives et à la participation communautaire. Les limites incluent la faible standardisation des pratiques, la résistance institutionnelle et les conflits de paradigmes (Bodeker & Kronenberg, 2002).

II.3.8. Synthèse critique de la littérature

La littérature converge vers plusieurs constats majeurs. Premièrement, la déontologie thérapeutique varie selon les systèmes de soins, la biomédecine reposant sur une régulation institutionnelle tandis que les pratiques traditionnelles et religieuses s'appuient sur une légitimité sociale et spirituelle. Deuxièmement, la collaboration thérapeutique constitue une tendance globale observable en Europe, aux États-Unis et en Afrique, bien que ses formes diffèrent selon les contextes socioculturels. Troisièmement, le référencement des patients apparaît comme le mécanisme concret par lequel le pluralisme thérapeutique devient opérationnel. Enfin, les débats contemporains montrent une évolution vers des modèles intégratifs reconnaissant la complémentarité des savoirs thérapeutiques.

Les recherches convergent sur l'importance de la collaboration pour améliorer l'accès aux soins et renforcer la résilience sanitaire. Elles divergent toutefois sur les modalités concrètes de mise en œuvre, en fonction du contexte culturel et institutionnel (WHO, 2013 ; Langwick, 2011).

II.3.9. Lacunes identifiées dans la recherche sur le Burundi

La littérature identifie un manque d'études empiriques détaillées sur le Burundi, en particulier sur la collaboration entre praticiens dans des zones urbaines spécifiques comme Mukaza et

Ntahangwa. Peu de recherches explorent également l'impact socio-culturel et économique de ces collaborations.

La présente recherche se positionne donc comme une contribution originale visant à : conceptualiser la collaboration thérapeutique comme système relationnel ; analyser empiriquement les interactions entre acteurs au Burundi ; proposer un modèle théorique contextualisé.

II.3.10. Conclusion du deuxième chapitre

En résumé, la littérature existante montre que le pluralisme thérapeutique constitue un phénomène complexe, structuré par des interactions entre savoirs traditionnels et médecine moderne, influencé par des facteurs sociaux, culturels et institutionnels. La collaboration entre ces systèmes de soins apparaît comme un levier stratégique pour améliorer l'accès aux soins, renforcer la résilience sanitaire et valoriser les savoirs locaux. Cependant, les études révèlent également des obstacles importants liés aux conflits de paradigmes, à l'absence de cadres réglementaires clairs et aux inégalités de pouvoir entre praticiens.

Cette synthèse met en évidence les lacunes spécifiques à l'expérience burundaise, notamment dans les communes de Mukaza et Ntahangwa, où peu de recherches empiriques ont été menées. Ces constats justifient la nécessité d'une investigation méthodique sur le terrain, afin de comprendre concrètement les dynamiques de collaboration, les facteurs facilitants et les contraintes rencontrées.

C'est dans ce contexte que se situe la question centrale de notre recherche : *Comment se manifeste la collaboration entre les différents acteurs du pluralisme thérapeutique dans les communes de Mukaza et Ntahangwa, et quels sont les facteurs et représentations sociales facilitants et les obstacles qui influencent cette collaboration dans le contexte socio-culturel et institutionnel burundais ?* Cette interrogation vise à comprendre concrètement les pratiques collaboratives, à identifier les représentations sociales qui les favorisent ou les entravent, et à contribuer à l'amélioration des politiques de santé adaptées à la réalité locale.

Ainsi, cette revue de littérature prépare naturellement la transition vers le chapitre méthodologique, où seront détaillés les choix de terrain, les outils de collecte de données et les stratégies analytiques qui guideront cette étude.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette recherche intitulée : « *La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : cas des communes Mukaza et Ntahangwa de la Province de Bujumbura* ».

Il expose successivement la démarche méthodologique de production et d'analyse des données, le type de recherche, le terrain d'étude, la population cible, les techniques d'échantillonnage, les instruments de collecte des données, les méthodes d'analyse, les considérations éthiques ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain.

Dans cette perspective, la recherche s'appuie sur la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) développée par Barney Glaser et Anselm Strauss, qui nous a aidé à produire une compréhension théorique à partir des données recueillies sur le terrain. Cette orientation méthodologique a favorisé une analyse inductive des pratiques et des interactions observées dans le contexte burundais du pluralisme thérapeutique. Cette posture méthodologique nous a poussé également de faire émerger progressivement les concepts explicatifs à partir des discours, des pratiques observées et des interactions sociales recueillies au cours de l'enquête.

Compte tenu de la nature du phénomène étudié, à savoir les interactions pratiques de collaboration entre médecine biomédicale, pratiques thérapeutiques traditionnelles et itinéraires de soins des populations urbaines, cette recherche a privilégié la compréhension des logiques sociales, des représentations culturelles et des rapports de pouvoir qui structurent les rapports de coopération thérapeutique en contexte burundais.

L'approche qualitative alors nous est devenu indispensable pour recueillir les opinions, représentations, logiques d'action et expériences vécues des acteurs concernés : tradipraticiens,

professionnels biomédicaux, patients, responsables administratifs et leaders communautaires. Elle met l'accent sur la qualité des informations plutôt que sur leur quantité.

Cette étude adopte également une logique inductive, dans la mesure où les interprétations sont construites à partir des réalités observées sur le terrain.

Cette partie renvoie aux stratégies et aux techniques mises au point sous forme de processus ou démarche, nous permettant d'atteindre nos résultats.

L'anthropologie a alors donné naissance à une somme impressionnante de technique de collecte de données et de théories. Elle est une rubrique essentielle de la recherche.

Pour Genest (1979) : *Les spécialistes s'accordent pour considérer les techniques comme outils premiers de cueillette des données et situation de recherche. Grace à l'utilisation des techniques variées, l'anthropologie parvient à recueillir des informations sur les Sujets qui intéressent. On peut citer à titre d'exemple l'interview, le questionnaire, les histoires de vie ; les interventions démographiques.*

Ainsi à la lumière de cette définition, il serait judicieux pour nous dans cette partie d'utiliser une posture logique en vue de raisonner de manière scientifique dans un champ clair et démontrable.

III.1. Démarche méthodologique de production et d'analyse des données

Dans le cadre de notre recherche portant sur la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi, la théorisation ancrée a été mobilisée comme une démarche méthodologique de production, de traitement et d'analyse progressive des données empiriques. Conformément à l'approche proposée initialement par Glaser et Strauss (1967), l'objectif a été de construire progressivement une compréhension théorique de la collaboration thérapeutique à partir des discours, des pratiques et des interactions observés sur le terrain.

III.1.1. Entrée sur le terrain et diversification des sites d'enquête

La collecte des données a été réalisée auprès de plusieurs catégories d'acteurs et dans différents espaces institutionnels et thérapeutiques afin de saisir la pluralité des points de vue et des pratiques. Les investigations ont notamment été conduites auprès de tradipraticiens de Buterere et kinama de la commune Ntakangwa, auprès de tradipraticiens et d'autres acteurs thérapeutiques de Jabe de la commune Mukaza, dans des structures biomédicales, notamment la Clinique Prince Louis Rwagasore, Clinique Roi David et le Centre Hospitalo-Universitaire

de Kamenge (CHUK) ainsi que dans les églises comme Bethel Revival International de Buterere, Eglise Gospel Church International, Eglise de Repos et de la Repentance en Jésus Christ de Mutakura et de Jabe, Eglise Synagogue Church de Cibitoke .

Des investigations ont également été menées auprès du Ministère de la Santé publique, notamment auprès des services et responsables concernés par la médecine traditionnelle, ainsi qu'auprès du Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique, en particulier dans les services concernés par les questions relatives aux confessions religieuses.

La diversification des lieux d'enquête répondait à la nécessité de ne pas limiter l'analyse à un seul système thérapeutique. Elle a permis de confronter les discours des professionnels de la biomédecine à ceux des tradipraticiens, des responsables institutionnels et des acteurs intervenant dans le champ religieux. Cette stratégie de diversification a également permis d'observer les différences entre les discours institutionnels sur la collaboration et les pratiques effectivement réalisées sur le terrain.

III.1.2. Production des données empiriques

La production des données a principalement reposé sur les entretiens semi-directifs, les échanges avec les acteurs thérapeutiques et institutionnels ainsi que sur l'observation des pratiques et des interactions dans les différents espaces enquêtés.

Les entretiens ont porté notamment sur les représentations de la maladie et de la guérison, les pratiques thérapeutiques, les relations entre acteurs, les mécanismes d'orientation des patients, les expériences de collaboration, les situations de concurrence ou de méfiance et les difficultés rencontrées dans les relations entre biomédecins, tradipraticiens et acteurs religieux.

Une attention particulière a été accordée aux expériences concrètes des enquêtés. Il ne s'agissait donc pas seulement de demander aux acteurs s'ils étaient favorables ou défavorables à la collaboration, mais de les amener à décrire des situations vécues : un patient orienté vers un autre thérapeute, une demande de conseil, une référence, un refus de collaboration, une situation de conflit, une coopération informelle ou encore une expérience de prise en charge impliquant plusieurs systèmes thérapeutiques.

Cette orientation empirique a permis de passer progressivement d'une analyse des opinions déclarées à une analyse des pratiques effectives de collaboration.

III.1.3. Le codage initial des données

Après chaque série d'entretiens et d'observations, les données recueillies ont fait l'objet d'une première lecture analytique. Nous avons procédé à un codage initial, consistant à identifier dans les discours les idées, actions, pratiques, perceptions et situations susceptibles d'être pertinentes pour la question de recherche. Les codes ont été construits autant que possible à partir du vocabulaire utilisé par les enquêtés eux-mêmes.

Des expressions relatives à la confiance, à la méfiance, à l'orientation des patients, au respect des compétences, à la concurrence, à la complémentarité, à la reconnaissance institutionnelle, aux différences de conception de la maladie ou encore aux relations entre thérapeutes ont progressivement constitué des unités d'analyse.

À titre illustratif, les propos relatifs au fait qu'un tradipraticien conseille un patient de se rendre à l'hôpital ont pu être codés comme « orientation vers la biomédecine ». Les discours relatifs à la reconnaissance réciproque des compétences ont été regroupés autour du code « reconnaissance professionnelle », tandis que les situations dans lesquelles un acteur refuse de reconnaître la légitimité d'un autre ont été associées au code « méfiance/concurrence ».

III.1.4. La comparaison constante

Une opération centrale de la démarche a consisté à mettre en œuvre le principe de comparaison constante développé par Glaser et Strauss (1967).

Les discours des médecins ont ainsi été comparés à ceux des tradipraticiens et des acteurs religieux. De même, les discours institutionnels recueillis au Ministère de la Santé publique et au Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique ont été confrontés aux expériences rapportées par les acteurs directement engagés dans les pratiques thérapeutiques.

Cette comparaison nous a permis d'identifier à la fois des convergences et des divergences.

Par exemple, lorsqu'un acteur institutionnel du ministère de la sante publique présentait la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle comme une possibilité encouragée par les politiques publiques, cette information a été confrontée aux expériences concrètes des tradipraticiens et des professionnels biomédicaux afin de déterminer si cette collaboration était effectivement pratiquée, sous quelles formes et avec quelles limites.

La comparaison a également été effectuée entre les différents sites d'enquête. Les expériences rapportées à Buterere ont ainsi été confrontées à celles recueillies à Jabe, puis aux données provenant des établissements biomédicaux tels que la Clinique Prince Louis et le CHUK.

III.1.5. Du codage ouvert à la construction des catégories

Le regroupement progressif des codes a conduit à la construction de catégories analytiques plus générales. Des codes tels que « confiance », « reconnaissance », « échange d'informations »,

« orientation », « conseil entre thérapeutes » et « soutien au patient » ont progressivement été rapprochés autour d'une catégorie plus large pouvant être désignée comme « mécanismes de collaboration ».

De la même manière, les codes relatifs à la méfiance, à la concurrence, au refus de reconnaissance, aux conflits de légitimité et aux divergences de représentations ont été regroupés autour de la catégorie « tensions inter-thérapeutiques ».

D'autres catégories ont émergé autour de la reconnaissance institutionnelle, des représentations de la maladie, des rapports de confiance, des itinéraires thérapeutiques, de la médiation entre systèmes de soins et des rapports de pouvoir entre savoirs thérapeutiques.

III.1.6. Le codage axial et la mise en relation des catégories

Une deuxième étape analytique a consisté à rechercher les relations entre les catégories précédemment construites.

Nous avons notamment cherché à comprendre dans quelles conditions la collaboration apparaissait, quels facteurs la favorisaient, quelles situations conduisaient à la concurrence et comment les acteurs négociaient leurs différences.

Les données ont ainsi permis de mettre progressivement en relation plusieurs dimensions : les perceptions des acteurs, la confiance ou la méfiance, les interactions, les mécanismes d'orientation et de référence, la coordination des interventions et les effets sur le parcours thérapeutique du patient.

Parallèlement, certaines conditions contextuelles sont apparues comme susceptibles d'influencer ces relations, notamment la reconnaissance institutionnelle, les différences de savoirs, les représentations culturelles de la maladie, les croyances religieuses, les expériences antérieures de collaboration et les rapports de pouvoir entre acteurs.

III.1.7. L'émergence progressive des catégories centrales

Au cours de notre analyse, certaines catégories se sont révélées particulièrement structurantes pour comprendre l'ensemble des données.

La collaboration ne s'est pas présentée comme une relation permanente, formalisée et institutionnalisée entre les différents acteurs. Les données ont plutôt fait apparaître une collaboration sélective, situationnelle, négociée et souvent informelle, qui dépend des caractéristiques du patient, de la nature du problème de santé, de la confiance entre les acteurs et de la reconnaissance de leurs compétences respectives.

Cette observation empirique a conduit à considérer la négociation des légitimités thérapeutiques comme une dimension importante de la dynamique étudiée. Les acteurs ne collaborent pas simplement parce qu'ils appartiennent à des systèmes différents ; ils collaborent lorsque certaines conditions relationnelles et contextuelles permettent de reconnaître, au moins partiellement, la pertinence de l'intervention de l'autre.

III.1.8. La saturation théorique

La saturation théorique a constitué un autre principe important de la démarche. La collecte et l'analyse des données ont été poursuivies tant que les nouveaux entretiens et les nouvelles observations permettaient de faire émerger des propriétés ou dimensions nouvelles des catégories analytiques.

Au fur et à mesure de la comparaison des données provenant des tradipraticiens de Buterere et de Jabe, des professionnels rencontrés à la Clinique Prince Louis et au CHUK, ainsi que des acteurs institutionnels du Ministère de la Santé publique et du Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique chargés des questions relatives aux confessions religieuses, les nouvelles données ont progressivement confirmé, précisé ou nuancé les catégories déjà construites.

La saturation n'a donc pas été comprise comme une simple répétition des réponses, mais comme le moment où les nouvelles données n'apportaient plus de propriétés substantiellement nouvelles aux catégories centrales et où les relations entre ces catégories devenaient suffisamment stabilisées pour permettre une conceptualisation du phénomène.

III.1.9. Passage des données empiriques au modèle explicatif

La dernière étape de la démarche a consisté à passer de la description des données à leur conceptualisation.

L'analyse montre progressivement que la collaboration thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa ne peut être expliquée uniquement par l'existence de plusieurs systèmes de soins. Elle semble plutôt résulter d'un processus dans lequel interviennent simultanément plusieurs dimensions : les représentations de la maladie, la légitimité attribuée aux différents thérapeutes, les rapports de confiance ou de méfiance, les expériences antérieures d'interaction, les mécanismes d'orientation des patients, le contexte institutionnel et les besoins du patient.

À partir de ces résultats, nous pouvons formuler un modèle explicatif de la manière suivante : pluralisme thérapeutique → coexistence de plusieurs savoirs et légitimités → interactions entre acteurs → négociation et reconnaissance mutuelle → collaboration ou concurrence → orientation et articulation des parcours thérapeutiques → conséquences sur la continuité et la prise en charge du patient.

Ce processus est cependant influencé par des facteurs contextuels tels que les normes institutionnelles, les représentations socioculturelles de la maladie, les croyances religieuses, les ressources disponibles, les rapports de pouvoir et le degré de confiance entre les acteurs.

Le modèle obtenu à partir des données nous a permis ainsi de comprendre la collaboration thérapeutique comme un processus social émergent, contextualisé et négocié, plutôt que comme un dispositif institutionnel préexistant.

III.2. Recherche documentaire

La recherche documentaire a constitué une étape fondamentale dans la réalisation de cette étude. Elle a permis de collecter et d'exploiter des informations pertinentes relatives au pluralisme thérapeutique, à la collaboration entre les différents acteurs de santé ainsi qu'aux pratiques de soins observées dans divers contextes socioculturels.

Cette démarche a consisté à consulter une variété de sources documentaires, notamment des ouvrages scientifiques, des articles de revues, des mémoires et thèses universitaires, des rapports institutionnels, des textes législatifs et réglementaires ainsi que des documents produits par des organisations nationales et internationales œuvrant dans le domaine de la santé.

L'analyse de ces documents a contribué à la construction du cadre théorique et conceptuel de la recherche, à la compréhension des connaissances existantes sur le phénomène étudié et à l'identification des lacunes scientifiques justifiant la présente étude.

Elle a également facilité l'élaboration des outils de collecte des données et l'interprétation des résultats obtenus sur le terrain. Ainsi, la recherche documentaire a servi de support essentiel pour enrichir l'analyse socio-anthropologique de la collaboration dans le pluralisme thérapeutique dans les communes de Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura.

III.3. Type recherche

La présente étude est à la fois descriptive, exploratoire et compréhensive.

Elle est descriptive parce qu'elle vise à décrire les formes de collaboration existantes entre les professionnels de santé biomédicale, les tradipraticiens et les responsables religieux.

Elle est exploratoire dans la mesure où peu d'études ont abordé de manière approfondie la question du pluralisme thérapeutique collaboratif au Burundi.

Elle est compréhensive car elle cherche à saisir les significations que les acteurs attribuent à leurs pratiques thérapeutiques et à leurs relations professionnelles.

III.4. Choix de la théorisation ancrée

La théorisation ancrée a été retenue comme stratégie méthodologique centrale, car elle permet de produire une conceptualisation enracinée dans les données empiriques. Contrairement aux démarches hypothético-déductives qui testent des hypothèses formulées à l'avance, la théorisation ancrée procède de manière inductive et itérative : la collecte, le codage, l'analyse et l'interprétation se développent simultanément (Glaser & Strauss, 1967).

Dans le cadre de cette étude, ce choix se justifie par le fait que la collaboration entre médecine moderne, médecine traditionnelle et religieuse au Burundi demeure peu documentée de manière approfondie. Il s'agit donc moins de vérifier un modèle théorique existant que de faire émerger, à partir des récits des acteurs, les formes locales de coopération, de concurrence, de méfiance, de complémentarité ou de négociation thérapeutique.

Ainsi, les catégories analytiques telles que « confiance thérapeutique », « circulation des patients », « légitimité soignante », « coexistence pragmatique » ou encore « hiérarchie symbolique des savoirs » ont émergées progressivement du terrain.

III.5. Population d'étude

La population concernée par cette recherche comprend les médecins et infirmiers, leaders religieux, les tradipraticiens, les patients ou usagers des soins et les autorités administratives ou sanitaires locales impliqués dans les questions de santé.

Cette diversité d'acteurs permet d'obtenir une vision globale des relations entre systèmes thérapeutiques.

Dans la logique de la théorisation ancrée, l'échantillonnage ne vise pas la représentativité statistique, mais la pertinence théorique. Il s'agit de sélectionner progressivement les participants susceptibles d'éclairer les catégories en construction (Strauss & Corbin, 1998). L'échantillonnage est donc dit théorique, car les enquêtés sont choisis en fonction de leur capacité à enrichir l'analyse.

Les catégories d'acteurs concernées comprennent : les professionnels de santé biomédicale (médecins, infirmiers, gestionnaires de structures sanitaires), les tradipraticiens, les patients ayant eu recours à plusieurs systèmes de soins, les responsables administratifs locaux ainsi que certains leaders communautaires ou religieux impliqués dans les questions de santé.

La collecte a pris fin lorsque la saturation théorique a été atteinte, c'est-à-dire lorsque les nouvelles données n'apportaient plus d'éléments substantiellement nouveaux.

III.6. Echantillonnage

Un échantillon est une portion de la population cible. C'est la représentation exacte de la population mère à la qu'elle s'est administrée l'enquête. Déterminer l'échantillon d'une population, c'est sélectionner une portion ayant les caractéristiques de la population mère. Pour cela, nous avons identifié l'approche d'échantillonnage et déterminé les informateurs clés, les intermédiaires et les informateurs spécialisés.

III.6.1. Procédure d'échantillonnage

Cette recherche a utilisé un échantillonnage intentionnel. Les enquêtés ont été sélectionnés en fonction de leur profil, expérience, de leur implication dans les pratiques thérapeutiques ainsi que de leur connaissance du phénomène étudié.

Le choix des tradipraticiens, des professionnels de santé et des responsables religieux a été motivé par leur rôle actif dans la prise en charge des malades et dans les dynamiques de collaboration thérapeutique. Quant aux patients, ils ont été retenus en raison de leur expérience du recours simultané ou alternatif à plusieurs systèmes de soins.

Après le choix des personnes d'informateurs, il a fallu que nous déterminions le moyen par quel nous devons accéder aux informations proprement dit. L'étude a recours à un échantillonnage selon la pertinence théorique. Les participants sont sélectionnés en fonction de leur expérience, de leur rôle social et de leur connaissance du phénomène étudié.

Nos enquêtés devraient remplir les critères de sélection suivants : exercer ou avoir exercé dans le domaine de la santé ; résider ou travailler dans Mukaza ou Ntahangwa ; avoir une expérience du recours à plusieurs systèmes de soins ; accepter librement de participer. Avant d'aller sur le terrain, nous avons entrevu de recourir au plus grand nombre possible d'informateurs, en tenant compte de la saturation pour conclure notre opération de collecte de données.

III.6.2. Choix de l'échantillon

Le choix de l'échantillonnage consiste à s'orienter vers des personnes ressources ayant la connaissance parfaite du phénomène étudié. Cette démarche nous a facilité la collecte des données en évitant de tourner en rond, de multiplier des séances de passation des entrevues une fois l'étape de la saturation constatée, mais également de réguler les informateurs utiles, nécessaire pour comprendre l'objectif de recherche. Le choix de l'échantillon en ce qui concerne notre recherche se justifie par le fait que les répondants ont été choisis par rapport à la pertinence théorique et la diversité des profils.

III.6.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est le nombre des personnes ressources auprès desquelles les entretiens ont été menés. A chaque composante de l'échantillon a été adossée en un nombre précis d'informateurs. La saturation théorique a été constatée sur le terrain car les derniers entretiens n'apportaient plus de catégories nouvelles. Nos enquêtes sont répartis comme suit : 6 médecins ; 10 infirmiers ; 19 tradipraticiens ; 6 responsables religieux ; 8 patients ; 1 cadre du Ministère de la Santé Publique ; 1 cadre du Ministère de l'Intérieur en charge des confessions religieuses. Au total, notre étude a porté sur 51 enquêtés.

Le tableau ci-dessous présente des informateurs obtenus sur le terrain lors de la recherche pour ce travail.

	catégories	Nombre d'enquêtés
Informateurs clés	Les professionnels de santé biomédicale (médecins, infirmiers, responsables de centres de santé)	16
	Les tradipraticiens	19
	Les religieux	6
Intermédiaires	Les patients	8
Spécialisés	cadre du Ministère de la Santé Publique	1
	cadre du Ministère de l'Intérieur en charge des confessions religieuses	1
Total		51

III.7. Techniques de collecte des données

III.7.1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif a constitué la principale technique de collecte des données. Il a permis de recueillir les perceptions, les expériences et les représentations des enquêtés concernant la collaboration entre les différents systèmes thérapeutiques.

Celui-ci a pris un nombre important de temps et ils se faisait en parallèle avec l'observation directe. D'abord à l'arrière en face d'un informateur, nous nous présentons le but de notre présence sur le terrain, demandons son accord pour l'entretien avec l'usage des outils à utiliser. Une fois acceptée, nous lançons l'entretien. Au cours de cette phase nous avons eu des entretiens de 30 à 45 minutes de façon multiples avec les informateurs dont la profondeur des informations nous semblait utile. Ils nous ont permis d'utiliser les questions établies dès le départ sur le terrain afin de discuter avec les informateurs en les interrogeant dessus.

III.7.2. L'observation directe

L'observation directe constitue également une technique essentielle. L'observation a été réalisée dans plusieurs espaces correspondant aux principaux pôles du pluralisme thérapeutique étudié. Elle a notamment concerné les milieux de pratique des tradipraticiens à Buterere et Jabe, ainsi que des structures biomédicales telles que la Clinique Prince Louis et le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK). Dans les milieux de médecine traditionnelle, notamment à Buterere et Jabe, l'observation a porté sur l'environnement de travail des tradipraticiens, l'organisation de leur espace de consultation, l'accueil des patients, les modalités d'écoute et d'interrogation des personnes malades, les pratiques thérapeutiques

mobilisées ainsi que les échanges entre le thérapeute, le patient et, lorsque cela était pertinent, les accompagnateurs du patient.

Une attention particulière a été accordée aux situations dans lesquelles le tradipraticien reconnaissait les limites de son intervention ou recommandait au patient de consulter une structure biomédicale. Ces situations étaient particulièrement importantes pour comprendre les mécanismes informels d'orientation et de complémentarité entre les systèmes thérapeutiques.

Dans les églises l'observation a porté sur les activités religieuses au cours desquelles les questions de santé, de maladie et de guérison étaient évoquées ou prises en charge. Une attention particulière a été accordée aux cultes, aux séances de prière pour les malades, aux moments d'écoute et de conseil pastoral, ainsi qu'aux situations dans lesquelles les fidèles sollicitaient directement l'intervention d'un responsable religieux en raison d'un problème de santé ou d'une souffrance personnelle. Elle a permis de saisir les interactions dans les centres de santé, les pratiques de référencement informel, les attitudes des patients et certaines formes implicites de coexistence entre thérapeutes.

Enfin, une analyse documentaire a complété les données de terrain. Nous avons consulté les textes juridiques relatifs à la santé, les documents administratifs, les rapports institutionnels et les travaux scientifiques portant sur la médecine traditionnelle ou le système sanitaire burundais.

III.7.3. Récits de vie

Cette technique de collecte d'informations nous a permis d'avoir une description détaillée de la manière de prise en charge des personnes malades, les recours aux soins et les raisons socioculturelles du choix des itinéraires thérapeutique et les perceptions socioculturelles chez les patients.

La technique des récits de vie a été utilisée dans le cadre de cette recherche afin de mieux comprendre les expériences vécues par les patients dans leur parcours thérapeutique.

Cette méthode qualitative permet de recueillir des témoignages détaillés sur les trajectoires de soins, les perceptions de la maladie, les choix thérapeutiques ainsi que les interactions entre les différents systèmes de prise en charge mobilisés par les individus.

À travers les récits de vie, les enquêtés ont été amenés à retracer les différentes étapes de leur expérience de la maladie, depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'aux recours successifs à la médecine moderne, à la médecine traditionnelle et aux pratiques religieuses ou spirituelles.

Cette approche a permis de mettre en évidence les logiques sociales, culturelles et symboliques qui orientent les comportements thérapeutiques des patients, ainsi que les facteurs influençant leur circulation entre plusieurs systèmes de soins. Les récits de vie ont ainsi constitué une source importante d'informations pour appréhender la complexité du pluralisme thérapeutique et comprendre la manière dont les patients construisent et donnent sens à leurs itinéraires thérapeutiques dans les communes de Mukaza et Ntakangwa.

III.8. Outils de collectes des données

Les outils de collecte des données sont les supports au travers desquels les informations ont été recueillies et conservées. Nous avons utilisé : le guide d'entretien, qui a servi à travers son contenu pour recueillir les informations auprès des enquêtés, le guide d'observation ou grille d'observation, nous avons observé les instances thérapeutiques, et méthodes de diagnostic et de thérapie (les mode de traitement par les plantes médicinale et les racines des plantes utilisés dans le traitement de la maladie buccodentaire, nous avons également observé le sanctuaire, les chambres d'hospitalisation où sont logé les malade, le magnétophone, qui nous a permis de faire les enregistrements des dires durant les entretiens ; l'appareil photo, qui nous a servi pour la prise de vue (des images) le journal de terrain, qui a permis de noter les informations observées ou entendue après observation sur le terrain.

III.9. Traitement des données de terrain

Les données recueillies ont été analysées selon une démarche de la théorisation ancrée.

Les entretiens ont été retranscrits, codifiés puis regroupés en catégories thématiques afin d'identifier les principales logiques sociales, culturelles et institutionnelles structurant les relations entre les différents acteurs thérapeutiques.

L'analyse a porté notamment sur les formes de collaboration ; les perceptions mutuelles entre acteurs ; les conflits et complémentarités thérapeutiques ; les représentations sociales de la maladie ; les enjeux institutionnels et culturels du pluralisme thérapeutique. L'analyse des données a suivi les principales étapes de la théorisation ancrée. La première étape a consisté en un codage ouvert, visant à fragmenter les données en unités de sens. Chaque entretien sera

examiné ligne par ligne afin d'identifier les actions, perceptions, tensions ou stratégies évoquées par les participants.

La seconde étape a relevé du codage axial, consistant à établir des liens entre les catégories issues du codage ouvert. Nous avons procédé à relier la méfiance institutionnelle à l'absence de cadre juridique, ou encore la complémentarité thérapeutique à l'accessibilité économique des soins.

Enfin, le codage sélectif qui a permis d'identifier une catégorie centrale capable d'intégrer l'ensemble du phénomène étudié. Cette catégorie a pu, selon les données recueillies, prendre la forme d'une « collaboration pragmatique sous tension » ou d'un « pluralisme thérapeutique négocié ».

Tout au long du processus, des mémos analytiques ont été rédigés afin de consigner les intuitions théoriques, les comparaisons entre cas et l'évolution des concepts.

III.10. Considérations éthiques

Nous avons respecté les principes de l'éthique, de la première étape de notre recherche jusqu'à la publication des résultats. Notre recherche, portant sur les pratiques thérapeutiques, les perceptions de la maladie et de la guérison ainsi que sur les pratiques religieuses et spirituelles, a été conduite dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique de la recherche en sciences sociales et de la recherche impliquant des données relatives à la santé. Une attention particulière a été accordée au respect de la dignité, de l'autonomie, de la vie privée et de la sécurité des personnes enquêtées. Avant chaque entretien ou observation impliquant directement des participants, les objectifs de l'étude, la nature de leur participation, l'utilisation des informations recueillies ainsi que leur droit de refuser de participer ou de se retirer de l'étude ont été expliqués. Le consentement libre et éclairé des participants a été expliqué avant la collecte des données. La confidentialité et l'anonymat ont également été garantis par la non-divulgence des noms et des informations permettant d'identifier directement les personnes interrogées. Les données recueillies ont été utilisées exclusivement à des fins scientifiques et ont été traitées avec la prudence requise compte tenu du caractère parfois sensible des informations relatives à la santé, aux croyances religieuses, aux pratiques thérapeutiques et aux expériences personnelles de maladie.

Sur le plan institutionnel, l'accès aux différents sites d'enquête a été effectué après l'obtention des autorisations nécessaires auprès des autorités et responsables compétents. Des démarches

administratives ont notamment été entreprises auprès des structures sanitaires concernées, des services du Ministère de la Santé publique compétents en matière de médecine traditionnelle, ainsi qu'auprès des services du Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique chargés des questions relatives aux confessions religieuses. Pour les structures sanitaires et les espaces religieux directement visités, l'accord des responsables des établissements, des services concernés a été sollicité avant la réalisation des entretiens et des observations.

Ces démarches avaient pour objectif de garantir la légitimité institutionnelle de l'enquête et de faciliter un accès respectueux aux différents milieux étudiés.

III.11. Difficultés rencontrées

Au cours du terrain, certaines difficultés ont été observées, notamment la réticence de certains tradipraticiens à partager leurs connaissances thérapeutiques ; les contraintes de disponibilité de certains professionnels de santé ; la sensibilité des questions liées aux croyances religieuses et aux pratiques traditionnelles ; les difficultés d'accès à certaines informations institutionnelles.

Malgré ces contraintes, des stratégies d'adaptation fondées sur la confiance, l'écoute et la confidentialité ont permis de poursuivre efficacement la recherche.

Nous avons aussi rencontré un certain nombre des difficultés dans le milieu d'étude. Les difficultés du terrain portent sur la réalité sociale vécue au quotidien par le chercheur considéré comme perturbateur de " l'ordre social qui régné dans le milieu étudié. Nous avons eu des difficultés à rencontrer les personnels soignants pour les entretiens car tous étaient toujours occupés, leurs emplois de temps est toujours saturé, plusieurs rendez-vous ont été ainsi reportés et d'autre carrément annulé, nous obligeant à adopter une stratégie de substitution.

Conclusion du chapitre

Au terme de ce chapitre consacré à la méthodologie de recherche, il convient de rappeler que l'approche qualitative adoptée, nous a permis de recueillir des données riches et diversifiées auprès des différents acteurs impliqués dans le pluralisme thérapeutique dans les communes de Mukaza et Ntahangwa.

Les techniques de collecte que nous avons mobilisées, notamment les entretiens semi-directifs et les récits de vie, ont favorisé une compréhension approfondie des perceptions, des expériences et des interactions entre les praticiens de la médecine moderne, les tradipraticiens, les responsables religieux, les patients ainsi que les représentants des institutions publiques. Les données ainsi recueillies constituent une base empirique solide pour l'analyse de la collaboration entre les différents systèmes thérapeutiques.

Dès lors, le chapitre suivant est consacré à la présentation, à l'analyse et à l'interprétation des résultats de l'enquête de terrain. Il mettra en lumière les principales représentations de la maladie et de la guérison, les formes de collaboration existantes, les obstacles rencontrés ainsi que les perspectives envisagées pour renforcer la complémentarité des soins dans un contexte marqué par la coexistence de multiples références thérapeutiques.

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

IV.1. Présentation et analyse des résultats.

Ce chapitre présente et analyse les résultats issus des enquêtes de terrain réalisées dans les communes Mukaza et Ntakangwa de la Province de Bujumbura dans le cadre de notre étude intitulée : « *La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi* ». L'analyse porte principalement sur les interactions entre les acteurs biomédicaux, les tradipraticiens et les responsables religieux, tout en intégrant les données recueillies auprès des acteurs institutionnels concernés par l'organisation et la régulation des pratiques thérapeutiques et religieuses.

Conformément à la démarche de théorisation ancrée, l'analyse n'a pas consisté à classer mécaniquement les données selon les concepts définis avant l'enquête. Elle a plutôt procédé par codage initial, comparaison constante, regroupement des codes, construction des catégories et mise en relation progressive de leurs propriétés et dimensions (Charmaz, 2014 ; Glaser & Strauss, 1967). Cette démarche a permis de faire émerger plusieurs catégories analytiques structurantes : les mécanismes de collaboration, les tensions inter-thérapeutiques, la reconnaissance institutionnelle, les représentations de la maladie et de la guérison, les rapports de confiance, les itinéraires thérapeutiques, la médiation entre systèmes de soins et les rapports de pouvoir entre savoirs thérapeutiques.

L'analyse révèle que le pluralisme thérapeutique observé dans le contexte étudié ne correspond pas simplement à la coexistence de plusieurs systèmes de soins. Il constitue un espace d'interactions dans lequel les acteurs peuvent simultanément coopérer, négocier, s'éviter, se concurrencer ou se reconnaître mutuellement. La collaboration apparaît ainsi comme un phénomène variable selon les situations, les acteurs concernés et les caractéristiques des patients.

IV.1.1. Les mécanismes de collaboration entre les acteurs thérapeutiques

La première catégorie émergente concerne les mécanismes de collaboration. Les codes associés à cette catégorie comprennent notamment la confiance, la reconnaissance des compétences, l'échange d'informations, l'orientation des patients, le conseil entre thérapeutes, le soutien au patient et certaines formes de référence informelle. Les données de terrain montrent d'abord que la collaboration existe effectivement entre les différents acteurs, mais qu'elle ne prend pas nécessairement la forme d'une coopération institutionnalisée.

Dans les espaces de médecine traditionnelle de Buterere et de Jabe, certaines situations rapportées et observées montrent que les tradipraticiens peuvent reconnaître les limites de leurs propres interventions et recommander à certains patients de consulter une structure biomédicale. Inversement, les patients fréquentant les structures biomédicales peuvent continuer à mobiliser des ressources traditionnelles ou religieuses dans leur parcours de soins.

Cette situation est importante pour notre analyse car elle remet en question une représentation dichotomique opposant systématiquement biomédecine et médecine traditionnelle. Le terrain révèle plutôt des formes de porosité entre les différents systèmes thérapeutiques. La frontière entre les systèmes existe, mais elle peut être franchie dans certaines circonstances.

Cette observation rejoint les travaux de Kleinman (1980), pour qui les systèmes de soins doivent être compris comme des ensembles interconnectés dans lesquels les patients et les professionnels participent à différentes formes de recours thérapeutique. Dans cette perspective, la collaboration ne doit pas nécessairement être recherchée uniquement dans les dispositifs officiels de coordination ; elle peut également apparaître dans les pratiques quotidiennes des acteurs.

Du côté biomédical, notamment dans les structures enquêtées telles que la Clinique Prince Louis et le CHUK, la relation avec les autres systèmes thérapeutiques apparaît plus ambivalente. La biomédecine bénéficie d'une légitimité institutionnelle et scientifique particulière, mais les professionnels sont confrontés à une réalité sociale dans laquelle les patients utilisent plusieurs recours thérapeutiques. Le chercheur observe ici un décalage entre la logique institutionnelle de séparation des compétences et la réalité des parcours thérapeutiques des patients.

Partant de ces analyses et enseignements du terrain, nous pouvons dire que la collaboration thérapeutique ne doit pas être réduite à une structure formelle de partenariat. Elle peut être discrète, occasionnelle et construite autour d'un cas particulier. Une orientation d'un patient, un conseil donné par un thérapeute ou la reconnaissance des limites de son propre système constituent déjà des formes élémentaires de collaboration.

Cette constatation permet de définir la collaboration comme un continuum, allant de la simple tolérance de l'autre système jusqu'à une véritable coordination des interventions. Entre ces deux pôles existent différentes formes d'interactions : connaissance mutuelle, orientation, conseil, référence informelle et coopération ponctuelle.

Cette catégorie répond directement à la première question spécifique de la recherche relative aux formes de collaboration entre les systèmes thérapeutiques.

IV.1.2. Les tensions inter-thérapeutiques : entre concurrence, méfiance et conflits de légitimité

La deuxième catégorie concerne les tensions inter-thérapeutiques. Les données ont fait émerger plusieurs codes associés : méfiance, concurrence, refus de reconnaissance, conflits de légitimité, divergences de représentations et réserves concernant les pratiques de l'autre. un médecin affirme: *“La première difficulté est la confiance. Certains professionnels de santé pensent que les tradipraticiens utilisent des traitements dont la composition et les effets ne sont pas toujours connus. Lorsqu'un patient arrive à l'hôpital après avoir pris plusieurs produits traditionnels, il devient parfois difficile de savoir ce qui a été administré et à quelle dose. Cela peut compliquer la prise en charge”*.

Les investigations montrent que la coexistence des différents systèmes thérapeutiques ne produit pas automatiquement de la coopération. Elle peut également générer des tensions liées aux différences de savoirs, de pratiques et de conceptions de la maladie.

Les professionnels biomédicaux peuvent considérer certaines pratiques traditionnelles ou spirituelles comme insuffisamment fondées sur les connaissances scientifiques. De leur côté, certains tradipraticiens peuvent percevoir la biomédecine comme ne prenant pas suffisamment en considération les dimensions sociales, culturelles et spirituelles de la maladie. Dans les espaces religieux, la guérison peut être interprétée selon des catégories qui ne correspondent pas toujours aux classifications biomédicales.

Le conflit n'est donc pas uniquement un conflit entre personnes. Il est aussi un conflit entre régimes de légitimité. Chaque système dispose de critères propres pour déterminer ce qui constitue une maladie, une cause de maladie, un traitement efficace et une guérison acceptable.

Dans le champ thérapeutique, les acteurs ne disposent pas des mêmes ressources symboliques. Le médecin bénéficie généralement de la reconnaissance institutionnelle du diplôme et de l'État, tandis que le tradipraticien tire sa légitimité de la connaissance des pratiques héritées et de la reconnaissance communautaire. Le responsable religieux, quant à lui, mobilise une autorité fondée notamment sur la foi, la reconnaissance communautaire et la fonction spirituelle. Dans notre recherche, nous avons considéré que ces tensions ne constituent pas nécessairement l'opposé absolu de la collaboration.

Elles peuvent paradoxalement devenir une condition de négociation. C'est précisément parce que les acteurs possèdent des conceptions différentes qu'ils doivent parfois négocier leurs rôles et leurs frontières.

Ainsi, le terrain suggère que la collaboration ne naît pas nécessairement de l'absence de conflit. Elle peut émerger à travers la gestion et la négociation du conflit.

Cette constatation est importante pour la construction du modèle explicatif final : la relation entre les acteurs doit être pensée comme dynamique, oscillant entre coopération et concurrence.

IV.1.3. La reconnaissance institutionnelle : une condition de légitimation de la collaboration

La troisième catégorie émergente concerne la reconnaissance institutionnelle des différents systèmes thérapeutiques.

Les investigations réalisées auprès des services du Ministère de la Santé publique ont permis de replacer la médecine traditionnelle dans un environnement institutionnel plus large. Elles montrent que la collaboration entre les systèmes thérapeutiques ne dépend pas seulement de la volonté individuelle des praticiens. Elle est également influencée par la manière dont les institutions publiques définissent, reconnaissent et réglementent les différentes pratiques de soins.

Cette dimension est particulièrement importante pour les tradipraticiens. Leur intégration dans un système de santé formel pose des questions relatives à la reconnaissance des compétences, à la réglementation des pratiques, à la formation, à la sécurité des patients et à la responsabilité professionnelle.

De surcroît un tradipraticien a dit sa manière de collaboration : « *Oui, parfois même des conflits viennent souvent du fait que certains médecins ne reconnaissent pas les tradipraticiens. De notre côté aussi, nous estimons parfois que nos pratiques sont sous-estimées. Cela crée un manque de confiance. Mais j'ai confiance dans les médecins, surtout pour les cas graves. J'ai aussi confiance dans les responsables religieux pour le soutien moral. Mais je pense que chaque système a ses limites et doit être respecté* ».

Il a en plus contextualisé le défi majeur dont il fait face : « *Le principal obstacle est le manque de reconnaissance officielle des tradipraticiens et le manque de communication entre les différents acteurs de santé. Chacun travaille de son côté sans coordination.* »

Hours (2001) montre que dans les contextes africains, le pluralisme thérapeutique représente une rationalité pratique plutôt qu'une hésitation culturelle. La collaboration existe donc principalement à travers l'expérience du patient, qui devient médiateur entre les différents systèmes de soins.

La question de la reconnaissance apparaît également dans le domaine religieux. Les investigations menées auprès des services concernés par les confessions religieuses au Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique permettent de situer les Églises dans un cadre institutionnel et administratif plus large.

L'analyse montre que la collaboration thérapeutique ne peut pas être construite uniquement à partir des relations interpersonnelles. Elle nécessite également un environnement institutionnel favorable.

Autrement dit, un médecin et un tradipraticien peuvent entretenir une relation de confiance et collaborer autour d'un patient, mais cette collaboration restera fragile si elle ne bénéficie d'aucun cadre institutionnel permettant de définir les responsabilités, les modalités d'orientation et les limites professionnelles.

Cette observation rejoint les perspectives de la coordination des soins, selon lesquelles la coopération entre acteurs dépend également de mécanismes organisationnels permettant de structurer les interactions (D'Amour et al., 2005).

IV.1.4. Les représentations de la maladie et de la guérison

Une autre catégorie centrale concerne les représentations de la maladie et de la guérison.

Les données montrent que les différents acteurs ne donnent pas nécessairement le même sens à la maladie. Dans la biomédecine, la maladie est principalement appréhendée à partir de signes cliniques, de diagnostics, de connaissances physiopathologiques et de protocoles thérapeutiques. Cette perception s'inscrit dans la logique biomédicale qui privilégie les causes biologiques, infectieuses ou physiologiques des maladies. L'infirmier de la Clinique Prince Louis Rwagasore témoigne : « *Les maladies ont des causes multiples. Nous observons principalement des maladies infectieuses, des maladies métaboliques, des maladies* »

cardiovasculaires et diverses pathologies chroniques. Les facteurs environnementaux, les habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, le stress et certaines prédispositions génétiques jouent également un rôle important. Ensuite pour le traitement il y a un protocole qui doit être respectée : « Nous commençons par l'interrogatoire du patient afin de comprendre son histoire médicale. Ensuite, nous procédons à l'examen clinique et, si nécessaire, à des examens complémentaires de laboratoire. Après le diagnostic, nous prescrivons un traitement approprié. Nous insistons également sur la prévention, l'éducation sanitaire et le suivi médical. Dans certains cas, nous faisons appel à d'autres spécialistes lorsque la situation l'exige. »

En revanche, plusieurs tradipraticiens et responsables religieux développent une conception plus holistique de la maladie. Pour eux, certaines maladies sont liées aux déséquilibres sociaux, spirituels ou culturels. Un tradipraticien de Buterere a déclaré : *« Certaines maladies viennent des forces invisibles ou des conflits spirituels. »*

Chez les tradipraticiens, les interprétations peuvent mobiliser des connaissances relatives aux plantes, aux pratiques héritées et aux conceptions culturelles du corps et de la maladie.

Dans les représentations burundaises traditionnelles, la maladie dépasse fréquemment la causalité naturelle pour s'inscrire dans un univers symbolique et cosmologique.

Elle peut être interprétée comme la conséquence d'un déséquilibre social, d'une transgression morale ou d'une rupture des relations avec les ancêtres (*abazimu*). Un pharmacien tradipraticien s'est exprimé sur les causes de consultation de ses clients : *« Les maladies peuvent avoir des causes très variées. Certaines sont liées aux infections, à une mauvaise alimentation ou à des problèmes d'hygiène. D'autres résultent des conditions de vie difficiles, du stress ou des conflits familiaux. Dans notre société, certaines personnes attribuent également certaines maladies à des causes spirituelles ou à des déséquilibres dans les relations sociales. Pour moi, chaque situation doit être examinée avec attention afin de comprendre les différents facteurs qui influencent la santé du patient. »*

La guérison ne se limite pas à la disparition des symptômes biologiques, mais correspond avant tout à une restauration de l'équilibre entre l'individu, la communauté et l'ordre cosmique. L'anthropologie africaine montre que la santé est conçue comme un état d'harmonie relationnelle impliquant le corps, le social et le spirituel. La guérison intervient

lorsque les déséquilibres à l'origine de la maladie conflits familiaux, transgressions sociales ou ruptures symboliques sont réparés.

Cette conception holistique rejoint l'analyse de Laplantine (1992), selon laquelle les sociétés non occidentales interprètent la guérison comme un processus de réintégration sociale et symbolique plutôt que comme une simple réparation organique.

Au Burundi, être guéri signifie souvent « redevenir en relation » avec les autres et retrouver sa place dans le tissu social. « *La guérison signifie le retour à un état d'équilibre et de bien-être. Une personne guérie retrouve sa capacité à travailler, à participer aux activités familiales et à vivre sans souffrance excessive. La guérison ne concerne pas uniquement le corps. Elle implique aussi la tranquillité d'esprit, la stabilité émotionnelle et de bonnes relations avec l'entourage.* » affirme-t-il le tradipraticien directeur de la société Suisderm Burundi située à la chausse prince Louis Rwagasore N°-39 spécialisée dans la prévention et traitement des maladies par des cellules souches dénommées : “S-Factor”

L'anthropologie africaine souligne que la santé est perçue comme un état d'harmonie entre l'individu, la communauté et le monde invisible (Sindzingre, 1991). Certaines affections sont ainsi attribuées à la sorcellerie, à la jalousie sociale ou à des conflits relationnels non résolus.

Cette interprétation ne constitue pas une opposition à la médecine moderne, mais une logique explicative complémentaire permettant de donner sens à la souffrance. La maladie devient alors un langage social exprimant tensions familiales, crises morales ou déséquilibres communautaires.

Dans les espaces religieux, la souffrance peut également être interprétée dans une dimension spirituelle, morale ou relationnelle.

Cette pluralité des interprétations contribue à expliquer pourquoi les patients peuvent rechercher plusieurs types de soins.

Kleinman (1980) distingue à cet égard la *disease*, qui renvoie à la pathologie telle qu'elle est construite par la biomédecine, et l'*illness*, qui correspond à l'expérience vécue de la maladie. Cette distinction permet de comprendre pourquoi une même situation de santé peut recevoir plusieurs interprétations sans que celles-ci soient nécessairement perçues comme contradictoires par le patient.

Le terrain nous a conduit à considérer la pluralité des représentations non comme un obstacle automatique, mais comme l'une des raisons fondamentales de l'existence du pluralisme thérapeutique.

Un patient peut rechercher auprès du médecin une explication biologique, auprès du tradipraticien une réponse liée à son univers culturel et auprès du responsable religieux un soutien spirituel ou moral. Les différents recours peuvent donc répondre à des dimensions différentes de la souffrance.

La collaboration devient alors possible lorsque les acteurs acceptent que leur intervention ne couvre pas nécessairement l'ensemble de l'expérience vécue par le patient.

IV.1.5. Les rapports de confiance comme fondement de la collaboration

La confiance constitue une catégorie particulièrement importante dans les données analysées.

Les relations entre patients et thérapeutes semblent fortement influencées par la confiance accordée à l'acteur, mais également par la confiance entre les différents acteurs thérapeutiques. La confiance peut être construite à partir de l'expérience antérieure, de la réputation, de la proximité sociale, de l'efficacité perçue des soins et de la capacité du thérapeute à écouter le patient.

Dans les espaces religieux observés, la confiance peut être associée à la proximité du responsable religieux avec les fidèles, à son rôle d'écoute et d'accompagnement et à la croyance dans l'efficacité de la prière. Dans les espaces biomédicaux, elle peut être associée à la compétence professionnelle, au diagnostic et à la capacité du professionnel à proposer une prise en charge jugée efficace. Chez les tradipraticiens, la confiance peut être liée à la réputation, à la transmission du savoir thérapeutique et à l'expérience communautaire.

La confiance apparaît ainsi comme une infrastructure relationnelle de la collaboration. Sans elle, l'échange d'informations, l'orientation d'un patient ou la reconnaissance des compétences d'un autre acteur deviennent difficiles.

Nous avons constaté donc que la collaboration ne dépend pas seulement de la complémentarité objective des compétences. Elle dépend également de la capacité des acteurs

à considérer l'autre comme un interlocuteur suffisamment légitime pour intervenir dans le parcours du patient.

IV.1.6. Les itinéraires thérapeutiques : le patient comme acteur de l'articulation des systèmes

Les données recueillies permettent également de dégager la catégorie des itinéraires thérapeutiques.

Le parcours du patient ne suit pas nécessairement une trajectoire linéaire allant du domicile vers le centre de santé puis vers la guérison. Il peut être caractérisé par des déplacements entre différents espaces de soins.

Un patient peut commencer par une automédication ou un recours familial, consulter ensuite un tradipraticien, se rendre dans une structure biomédicale et rechercher parallèlement un accompagnement religieux. L'ordre de ces recours peut varier selon la nature du problème de santé, les ressources économiques, les croyances, les expériences antérieures et les recommandations de l'entourage.

Cette réalité confirme l'intérêt de l'approche de Janzen (1978), qui montre que les processus thérapeutiques africains doivent être analysés en tenant compte des réseaux sociaux dans lesquels s'inscrit la recherche de soins.

Un résultat particulièrement important est que le patient ne constitue pas un simple bénéficiaire passif de la collaboration entre thérapeutes. Il est lui-même un acteur de l'articulation des systèmes.

C'est souvent le patient ou sa famille qui transporte l'information d'un système à l'autre. Le patient devient ainsi un médiateur involontaire entre des univers thérapeutiques qui ne communiquent pas nécessairement directement.

Cette observation nous a conduit à déplacer légèrement le regard analytique : la collaboration thérapeutique doit être étudiée non seulement à partir des relations entre professionnels, mais également à partir du rôle actif des patients dans la construction de leurs parcours.

IV.1.7. La médiation entre les systèmes thérapeutiques

La catégorie de médiation thérapeutique est apparue à travers l'analyse des situations dans lesquelles certains acteurs facilitent le passage du patient d'un système à un autre. Les responsables religieux peuvent, dans certaines situations, encourager leurs fidèles à rechercher des soins biomédicaux.

Les tradipraticiens peuvent également recommander une consultation médicale lorsque certaines situations dépassent leur domaine d'intervention. Les familles et les patients eux-mêmes peuvent jouer un rôle similaire.

La médiation apparaît donc comme un mécanisme permettant de franchir les frontières entre les systèmes.

Dans la perspective de la théorie de l'acteur-réseau, ces processus peuvent être interprétés comme des opérations de traduction, au cours desquelles différents acteurs tentent de rendre compatibles leurs intérêts et leurs interventions (Callon, 1986; Latour, 2005).

L'intérêt de cette catégorie est qu'elle nous a permis d'identifier des acteurs qui ne sont pas nécessairement considérés comme des professionnels de la coordination, mais qui jouent concrètement ce rôle.

Le patient, la famille, le responsable religieux ou le tradipraticien peuvent devenir des médiateurs thérapeutiques.

La médiation constitue ainsi un mécanisme intermédiaire entre la simple coexistence et la véritable coordination institutionnelle.

IV.1.8. Les rapports de pouvoir entre les savoirs thérapeutiques

Une autre dimension importante concerne les rapports de pouvoir entre les différents savoirs thérapeutiques.

Les données montrent que tous les systèmes thérapeutiques ne bénéficient pas de la même reconnaissance sociale et institutionnelle. La biomédecine dispose d'une forte légitimité institutionnelle liée aux diplômes, aux établissements de santé, aux normes professionnelles et à la reconnaissance étatique.

Les savoirs traditionnels reposent davantage sur la transmission intergénérationnelle, l'expérience et la reconnaissance communautaire. Les savoirs religieux reposent quant à eux sur des références spirituelles, théologiques et communautaires.

Ces différences de légitimité peuvent influencer les relations entre les acteurs.

Les acteurs disposent de ressources différentes leur permettant de faire reconnaître leur position et leur savoir comme légitimes.

L'analyse nous a montrée que la collaboration ne peut être véritablement harmonieuse si elle repose sur une hiérarchisation systématique des savoirs. Une coopération durable suppose plutôt une reconnaissance différenciée mais réciproque des compétences.

Il ne s'agit pas nécessairement de considérer tous les savoirs comme équivalents sur le plan scientifique ou clinique. Il s'agit plutôt de reconnaître que chaque système possède une place sociale spécifique et que les patients peuvent leur attribuer des fonctions différentes.

Cette distinction est essentielle pour éviter deux écueils : une idéalisation naïve de toutes les pratiques thérapeutiques et, à l'inverse, une disqualification systématique des savoirs traditionnels et religieux.

IV.1.9. Mise en relation des catégories : vers un modèle explicatif émergent

La mise en relation des catégories permet de dépasser leur présentation séparée et de construire une interprétation globale du phénomène. Les résultats suggèrent que la collaboration thérapeutique se construit à partir d'une interaction entre plusieurs dimensions.

Au départ se trouve le pluralisme thérapeutique, caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de connaissances et de pratiques. Cette coexistence produit des représentations différentes de la maladie et de la guérison.

Ces différences peuvent générer soit de la méfiance et de la concurrence, soit une recherche de complémentarité. La transformation de la coexistence en collaboration dépend alors de plusieurs conditions : confiance, reconnaissance mutuelle, légitimité, communication, orientation des patients et médiation. L'ensemble de ces relations est lui-même influencé par des facteurs contextuels : reconnaissance institutionnelle, rapports de pouvoir, normes sociales, croyances religieuses, ressources économiques et expériences antérieures de collaboration.

IV.1.10. La négociation des légitimités thérapeutiques

La mise en relation des catégories permet finalement d'identifier une catégorie particulièrement structurante : la négociation des légitimités thérapeutiques.

Les données montrent que les acteurs ne collaborent pas simplement parce que plusieurs systèmes de soins existent simultanément. La collaboration apparaît lorsque les acteurs parviennent, dans certaines situations, à reconnaître la pertinence de l'intervention de l'autre tout en maintenant leur propre identité professionnelle, culturelle ou religieuse.

Les données révèlent l'existence de formes de collaboration informelles entre les différents acteurs thérapeutiques.

Plusieurs médecins ont affirmé recevoir des patients orientés par des tradipraticiens ou des responsables religieux lorsque les cas deviennent graves. De leur côté, certains tradipraticiens ont déclaré référer des patients vers les structures biomédicales lorsqu'ils estiment que les traitements modernes sont nécessaires.

Un tradipraticien interrogé a affirmé : « *Lorsque je vois qu'un malade a besoin d'exams médicaux, je l'oriente vers l'hôpital. J'utilise principalement des plantes médicinales que je récolte moi-même ou que je cultive. Je prépare des décoctions, des infusions, des poudres ou des pommades selon le problème présenté.* » Il ajoute : « *J'accorde également beaucoup d'importance à l'écoute du patient et à la compréhension de son environnement familial. Dans certains cas, je donne des conseils concernant l'alimentation ou les habitudes de vie. Lorsque je constate qu'une maladie dépasse mes compétences, je recommande au patient de consulter un médecin.* »

Ces formes de collaboration demeurent cependant individuelles et non institutionnalisées.

La collaboration est donc un processus négocié. Cette négociation peut porter sur plusieurs dimensions : qui est légitime pour traiter le problème ? Quand faut-il orienter le patient ? Quel savoir doit être mobilisé ? Quelle intervention doit être prioritaire ? Comment préserver l'identité professionnelle ? Comment répondre aux attentes du patient ?

Dans ce sens, la collaboration apparaît comme le résultat provisoire d'un équilibre entre complémentarité et concurrence, confiance et méfiance, reconnaissance et rapports de pouvoir. Le principal apport que nous avons tiré de cette analyse est donc de montrer que la collaboration thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa n'est ni une simple coexistence des systèmes ni une intégration complète de ceux-ci.

Elle se présente plutôt comme une forme de coopération sélective, situationnelle, négociée et souvent informelle, dont l'intensité dépend des relations entre acteurs, des caractéristiques du patient, de la nature du problème de santé et du contexte institutionnel.

Le modèle émergent peut dès lors être formulé autour de la proposition suivante : dans un contexte de pluralisme thérapeutique, la collaboration entre acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux émerge lorsque la pluralité des savoirs et des pratiques est transformée, par des mécanismes de confiance, de reconnaissance, de médiation et d'orientation, en une

négociation des légitimités thérapeutiques permettant une articulation des interventions autour du patient.

En conclusion, l'analyse des résultats montre que le pluralisme thérapeutique dans les espaces étudiés à Bujumbura constitue un système dynamique dans lequel les acteurs biomédicaux, traditionnels, religieux et institutionnels entretiennent des relations variables.

Les résultats font apparaître simultanément des mécanismes de collaboration et des tensions inter-thérapeutiques. La confiance, la reconnaissance mutuelle, l'orientation, la médiation et les itinéraires thérapeutiques favorisent l'articulation des systèmes, tandis que la méfiance, la concurrence, les divergences de représentations et les asymétries de légitimité peuvent la limiter.

L'analyse met également en évidence l'importance du contexte institutionnel et des rapports de pouvoir entre les différents savoirs. La collaboration ne peut donc être comprise comme une relation exclusivement interpersonnelle : elle est également déterminée par les conditions sociales, culturelles et institutionnelles dans lesquelles les acteurs exercent leurs pratiques.

Enfin, la théorisation progressive des données nous a conduit à retenir la négociation des légitimités thérapeutiques comme catégorie centrale. La collaboration apparaît ainsi comme un processus sélectif, situationnel, négocié et contextualisé, construit à travers les interactions entre acteurs et autour des besoins et des trajectoires des patients.

IV.2. Discussion des résultats

Cette partie est consacrée à la discussion des résultats obtenus au cours de notre recherche sur la collaboration thérapeutique dans le contexte du pluralisme thérapeutique au Burundi, particulièrement dans les communes de Mukaza et Ntakangwa. Alors que la partie précédente a présenté et analysé les catégories émergentes du terrain, cette discussion vise à mettre ces résultats en perspective avec les cadres théoriques mobilisés et avec les travaux antérieurs en anthropologie médicale, en sociologie de la santé et en sciences sociales.

La question générale de cette recherche était de savoir comment les différents acteurs thérapeutiques, les médecins, les tradipraticiens et les responsables religieux perçoivent la collaboration dans le contexte du pluralisme thérapeutique au Burundi, et quelles pratiques, difficultés et opportunités se dégagent de cette coopération au bénéfice des patients dans les communes de Mukaza et Ntakangwa.

Les résultats montrent que la collaboration thérapeutique ne correspond ni à une séparation stricte des systèmes de soins ni à leur intégration complète. Elle apparaît plutôt comme un phénomène sélectif, situationnel, négocié et souvent informel, déterminé par la confiance, la reconnaissance des compétences, les représentations de la maladie, les rapports de pouvoir, les mécanismes d'orientation et les conditions institutionnelles.

Notre discussion a été organisée autour des principales catégories ayant émergé de l'analyse : les mécanismes de collaboration, les tensions inter-thérapeutiques, la reconnaissance institutionnelle, les représentations de la maladie et de la guérison, la confiance, les itinéraires thérapeutiques, la médiation et les rapports de pouvoir entre les savoirs thérapeutiques. Elle a abouti à une proposition interprétative centrée sur la négociation des légitimités thérapeutiques.

Elle met en relation les résultats empiriques issus des entretiens, des observations directes et des investigations institutionnelles avec les six perspectives théoriques mobilisées dans cette étude : le fonctionnalisme, le constructivisme, la théorie de l'acteur-réseau, la théorie de la coordination des soins, la théorie de l'intégration des savoirs et la théorisation ancrée.

La discussion a été également organisée autour des questions spécifiques et des objectifs de recherche. Elle permet enfin d'apprécier la portée des hypothèses formulées au départ et de dégager un modèle explicatif contextualisé de la collaboration thérapeutique.

IV.2.1. Une collaboration thérapeutique sélective, situationnelle et négociée

Le résultat général de cette recherche montre que les différents systèmes thérapeutiques coexistent dans les espaces étudiés, mais que leur coexistence ne signifie pas automatiquement collaboration. Les données recueillies auprès des acteurs biomédicaux, des tradipraticiens, des responsables religieux et des acteurs institutionnels montrent l'existence de pratiques d'orientation, de conseil, de soutien au patient et, dans certaines situations, de communication entre acteurs.

Cependant, cette collaboration demeure généralement informelle et dépendante des situations. Elle semble fortement influencée par la confiance entre acteurs, la nature du problème de santé, les représentations de la maladie, l'expérience antérieure de collaboration et le degré de reconnaissance accordé à chaque système. Ce résultat permet de répondre à la question générale de recherche en montrant que les acteurs thérapeutiques ne perçoivent pas la collaboration de manière uniforme.

Certains reconnaissent l'utilité d'autres systèmes dans certaines circonstances, tandis que d'autres manifestent des réserves liées aux différences de savoirs, de pratiques et de légitimité.

Du point de vue du fonctionnalisme, cette coexistence peut être comprise comme une réponse à la pluralité des besoins sociaux et sanitaires. Durkheim (2013) considère que les institutions sociales remplissent des fonctions nécessaires à la vie collective, tandis que Parsons (1951) montre que les institutions de santé participent à la régulation sociale.

Le terrain confirme partiellement cette perspective : chaque système thérapeutique semble répondre à des besoins spécifiques de la population.

Toutefois, le fonctionnalisme ne suffit pas à expliquer pourquoi ces systèmes collaborent dans certaines situations et entrent en concurrence dans d'autres. Les résultats révèlent des rapports de pouvoir et des négociations qui nécessitent une lecture complémentaire.

Le constructivisme permet ici de comprendre que les acteurs ne donnent pas nécessairement le même sens à la maladie et à la guérison. Berger et Luckmann (1966) montrent que les réalités sociales sont construites à travers les interactions et les processus de légitimation. Kleinman (1980) distingue quant à lui la *disease*, comme construction biomédicale de la pathologie, de l'*illness*, comme expérience vécue de la maladie.

Ainsi, le résultat général confirme que le pluralisme thérapeutique constitue aussi un pluralisme des significations de la maladie.

IV.2.2. Les formes et mécanismes de collaboration entre les différents acteurs thérapeutiques.

Les résultats montrent que les formes de collaboration identifiées sont principalement l'orientation des patients, le conseil entre thérapeutes, le soutien aux patients, la reconnaissance ponctuelle des compétences de l'autre et certains échanges d'informations.

Cette constatation confirme que la collaboration ne doit pas être définie uniquement comme une intégration institutionnelle complète. Elle peut exister sous des formes beaucoup plus simples et quotidiennes.

La théorie de la coordination des soins permet particulièrement d'interpréter ce résultat. D'Amour et al. (2005) montrent que la collaboration repose sur des relations d'interdépendance, de communication et de coordination entre les acteurs. Dans notre terrain, les mécanismes d'orientation apparaissent comme des formes élémentaires de coordination.

La théorie de l'acteur-réseau apporte un complément important. Pour Latour (2005), les réseaux sont construits par les relations entre une pluralité d'acteurs. Dans notre cas, le patient, le médecin, le tradipraticien, le responsable religieux, la famille et les institutions peuvent participer à la construction du parcours thérapeutique.

Le résultat permet donc de nuancer l'idée selon laquelle il n'existerait pas de collaboration entre les systèmes thérapeutiques au Burundi. Il existe bien des pratiques collaboratives, mais celles-ci restent principalement relationnelles et situationnelles.

IV.2.3. Les facteurs influençant la collaboration

Les résultats identifient plusieurs facteurs déterminants : la confiance, la reconnaissance, les représentations de la maladie, les expériences antérieures, les différences de savoirs, les rapports de pouvoir et la reconnaissance institutionnelle.

La théorie du constructivisme permet d'expliquer le rôle des représentations. Lorsque les acteurs partagent certaines conceptions de la maladie ou reconnaissent la complémentarité de leurs interventions, la coopération semble plus facilement envisageable.

À l'inverse, lorsque les systèmes produisent des interprétations incompatibles de la maladie, les possibilités de collaboration diminuent.

La théorie de l'intégration des savoirs permet également d'interpréter ces résultats. Kleinman (1980) montre que différents systèmes de soins peuvent coexister au sein d'un même contexte social. Bodeker et Kronenberg (2002) soulignent pour leur part l'importance de la reconnaissance des médecines traditionnelles dans les systèmes de santé.

Le résultat majeur est que la collaboration dépend moins de la simple présence de plusieurs systèmes que de leur capacité à reconnaître leurs différences tout en construisant des espaces de complémentarité.

Ainsi, la collaboration apparaît comme une relation conditionnelle entre les différences de savoirs, la nécessité de négociation, la confiance/reconnaissance et la possibilité de collaboration.

IV.2.4. Les perceptions des acteurs

Les résultats montrent une forte ambivalence des perceptions. Les acteurs ne rejettent pas nécessairement les autres systèmes, mais leur reconnaissance demeure souvent conditionnelle. Un acteur peut reconnaître l'utilité d'un autre système tout en contestant certains de ses fondements ou certaines de ses pratiques.

Cette situation est particulièrement importante du point de vue du constructivisme. Les perceptions sont produites à partir des expériences, des connaissances et des cadres culturels des acteurs.

Dans ces résultats, nous avons considéré que la question n'est donc pas simplement de savoir si les acteurs sont « favorables » ou « défavorables » à la collaboration.

Il faut plutôt demander : “dans quelles conditions un acteur considère-t-il l'autre comme suffisamment légitime pour collaborer avec lui ?”

IV.2.5. Les effets sur les parcours thérapeutiques

Les résultats montrent que les patients naviguent entre plusieurs systèmes thérapeutiques. Les orientations, les conseils et les médiations peuvent contribuer à faciliter cette circulation.

Ces résultats rejoignent Janzen (1978), qui montre que les parcours thérapeutiques africains sont inscrits dans des réseaux sociaux et familiaux.

Ils rejoignent également Kleinman (1980), selon lequel le secteur populaire, le secteur professionnel et le secteur traditionnel participent tous à l'organisation des soins.

Le patient apparaît donc comme un acteur central de l'articulation des systèmes. Cependant, lorsque les acteurs ne communiquent pas ou lorsque leurs recommandations sont contradictoires, le parcours peut devenir fragmenté.

La collaboration peut donc produire deux effets opposés comme la collaboration, la continuité, complémentarité, orientation et de l'autre cote l'absence de collaboration, la fragmentation, les retards, les incompréhensions et les ruptures possibles.

Le résultat permet ainsi de confirmer que la collaboration ne concerne pas seulement les relations entre thérapeutes, elle possède des conséquences directes sur l'expérience du patient.

IV.2.6. Les difficultés et tensions

Les principales difficultés identifiées sont la méfiance, la concurrence, les différences de représentations, les conflits de légitimité, les asymétries institutionnelles et les rapports de pouvoir entre les savoirs.

Ils sont compatibles avec l'Actor-Network Theory, puisque les relations entre acteurs sont constamment négociées et peuvent être stabilisées ou déstabilisées.

Dans notre recherche nous pouvons dire que la tension ne constitue pas nécessairement l'opposé de la collaboration. Elle peut en être une composante.

En effet, lorsqu'un médecin, un tradipraticien ou un responsable religieux conteste la légitimité de l'autre, une négociation devient nécessaire. La collaboration peut donc émerger non pas de l'absence de conflit, mais de la capacité à transformer le conflit en négociation.

IV.2.7. Les stratégies de renforcement

Les résultats suggèrent plusieurs pistes : amélioration du dialogue entre acteurs, mécanismes d'orientation, reconnaissance institutionnelle, formation interculturelle, clarification des responsabilités et développement de mécanismes de coordination centrés sur le patient.

Ces résultats rejoignent directement la théorie de la coordination des soins. D'Amour et al. (2005) montrent que la collaboration nécessite des objectifs partagés, des relations de confiance et une certaine formalisation des interactions.

La théorie de l'intégration des savoirs permet également de défendre l'idée d'un dialogue entre différents régimes de connaissances, sans nécessairement supprimer leurs spécificités.

Toutefois, les résultats conduisent à éviter une conception simpliste de l'intégration.

Il ne s'agit pas de fusionner la biomédecine, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses en un seul système. Il s'agit plutôt de construire des interfaces de collaboration sécurisées, dans lesquelles les compétences et les limites de chaque acteur sont clairement définies. La stratégie pertinente serait donc une coordination pluraliste, et non une fusion des systèmes.

En conclusion, la discussion des résultats montre que les données empiriques confirment globalement l'existence d'un pluralisme thérapeutique caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de soins et par des relations complexes entre leurs acteurs.

Le pluralisme thérapeutique influence effectivement les perceptions de la maladie, les choix thérapeutiques et les itinéraires des patients. Les interactions entre acteurs produisent simultanément des possibilités de complémentarité et des situations de concurrence.

Toutefois, le résultat le plus important est que ces deux dimensions ne sont pas séparées car la complémentarité et tension peuvent coexister dans une même relation thérapeutique.

La collaboration ne dépend pas simplement de la présence de plusieurs systèmes thérapeutiques. Elle apparaît lorsque les acteurs reconnaissent, au moins partiellement, la pertinence de l'intervention de l'autre.

Dans le contexte burundais de pluralisme thérapeutique, la collaboration entre les systèmes biomédical, traditionnel et religieux se construit comme un processus social, relationnel et situationnel de négociation des légitimités thérapeutiques. Cette collaboration devient plus probable lorsque les acteurs développent des relations de confiance, reconnaissent partiellement les compétences de l'autre et disposent de mécanismes de médiation, d'orientation et de communication. Elle demeure cependant limitée par les asymétries institutionnelles, les divergences de représentations de la maladie, les rapports de pouvoir et la concurrence entre savoirs thérapeutiques.

La négociation des légitimités thérapeutiques apparaît ainsi comme le mécanisme central permettant d'expliquer le passage de la simple coexistence des systèmes à des formes de coopération. La collaboration thérapeutique au Burundi peut dès lors être comprise comme une réalité relationnelle, situationnelle et négociée, construite autour des parcours et des besoins des patients.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de notre recherche consacrée à la collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : cas des communes Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura, il apparaît que la question de la prise en charge de la maladie ne peut être appréhendée à partir du seul modèle biomédical. Dans le contexte étudié, les individus et les communautés mobilisent plusieurs ressources thérapeutiques, notamment biomédicales, traditionnelles et religieuses, qui coexistent, s'influencent, se complètent, mais peuvent également entrer en concurrence. Le pluralisme thérapeutique constitue ainsi une réalité sociale, culturelle et institutionnelle qui structure les perceptions de la maladie, les choix thérapeutiques et les parcours de soins.

L'objectif général de cette recherche était d'analyser les dynamiques de collaboration entre les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux dans le contexte du pluralisme thérapeutique à Mukaza et Ntahangwa, en examinant leurs perceptions, les formes et facteurs de collaboration, les obstacles et tensions qui la limitent, ainsi que les opportunités de coopération et leurs implications sur les parcours thérapeutiques et la prise en charge des patients. Pour atteindre cet objectif, l'étude s'est appuyée sur une démarche qualitative inspirée de la théorisation ancrée, complétée par des entretiens, des observations directes et des investigations auprès de différents acteurs concernés par les pratiques thérapeutiques. L'analyse progressive des données, à travers le codage initial, le regroupement des codes, la construction des catégories, le codage axial et la mise en relation des catégories, a permis de faire émerger une compréhension contextualisée de la collaboration thérapeutique.

Les résultats montrent en premier lieu que la coexistence des systèmes thérapeutiques ne signifie pas automatiquement leur collaboration. Les acteurs biomédicaux, traditionnels et religieux évoluent dans des univers professionnels, culturels et institutionnels différents. Malgré ces différences, des formes de collaboration existent dans la pratique quotidienne, notamment à travers l'orientation des patients, les conseils, la médiation certaines formes d'échange d'informations. Toutefois, ces pratiques restent principalement informelles, ponctuelles et dépendantes des relations interpersonnelles entre les acteurs.

En deuxième lieu, l'étude met en évidence le rôle déterminant de la confiance et de la reconnaissance mutuelle. Les acteurs collaborent plus facilement lorsque leurs compétences respectives sont reconnues et lorsque leurs relations sont fondées sur la confiance. À l'inverse,

la méfiance, les préjugés, la concurrence professionnelle et les divergences concernant l'interprétation de la maladie peuvent limiter les possibilités de coopération.

La collaboration apparaît donc moins comme un état permanent que comme un processus relationnel continuellement négocié.

En troisième lieu, les résultats montrent que les représentations de la maladie et de la guérison occupent une place centrale dans les parcours thérapeutiques. Une même situation de maladie peut être interprétée différemment selon les acteurs et les contextes sociaux.

L'étude montre également que le patient occupe une position centrale dans l'articulation des différents systèmes thérapeutiques. Loin d'être un simple bénéficiaire passif des soins, il participe à la construction de son itinéraire thérapeutique en mobilisant différentes ressources selon la nature de sa maladie, ses croyances, son expérience antérieure, les conseils de son entourage et ses possibilités économiques.

Les résultats révèlent par ailleurs l'existence de tensions inter-thérapeutiques. Ces tensions sont liées notamment aux différences de légitimité, à la hiérarchisation des savoirs, à la reconnaissance institutionnelle inégale des différents acteurs et aux divergences entre les modèles explicatifs de la maladie. La biomédecine bénéficie d'une forte reconnaissance institutionnelle et scientifique, alors que les savoirs traditionnels et certaines pratiques religieuses disposent principalement d'une légitimité culturelle, communautaire ou spirituelle. Cette asymétrie contribue à produire des rapports de pouvoir qui influencent les possibilités de collaboration.

La confrontation des résultats aux théories mobilisées permet de dégager plusieurs enseignements. Le fonctionnalisme permet de comprendre pourquoi les différents systèmes thérapeutiques persistent et remplissent des fonctions sociales spécifiques dans la prise en charge de la maladie. Le constructivisme montre que les significations attribuées à la maladie et à la guérison sont socialement et culturellement construites. La théorie de l'acteur-réseau permet de comprendre la manière dont patients, thérapeutes, institutions, savoirs, objets thérapeutiques et dispositifs de soins s'articulent dans des réseaux évolutifs. La théorie de la coordination des soins met en évidence la nécessité de mécanismes d'orientation, de communication et de coordination permettant d'assurer une certaine continuité des soins. La perspective de l'intégration des savoirs ouvre quant à elle la possibilité d'un dialogue entre différents régimes de connaissances sans nécessairement imposer leur fusion. Enfin, la

théorisation ancrée a permis de construire l'explication à partir des données empiriques et des significations produites par les acteurs eux-mêmes.

L'un des principaux apports de cette recherche est ainsi l'identification de la négociation des légitimités thérapeutiques comme catégorie centrale permettant de comprendre la collaboration dans le contexte étudié. Les données montrent que les acteurs ne collaborent pas simplement parce qu'ils appartiennent à un même environnement sanitaire. Ils collaborent lorsque certaines conditions permettent de reconnaître, au moins partiellement, la pertinence et les limites de l'intervention de l'autre. La collaboration est donc le résultat d'un processus de négociation dans lequel interviennent la confiance, la reconnaissance, les représentations, les rapports de pouvoir, les expériences antérieures et le contexte institutionnel.

À partir de cette catégorie centrale, cette recherche propose de comprendre la collaboration thérapeutique comme un processus social, relationnel, situationnel et négocié, situé entre deux pôles : la complémentarité et la concurrence. Cette dynamique est constamment influencée par les facteurs culturels, religieux, institutionnels, économiques et sociaux.

Concernant les hypothèses de recherche, les résultats permettent de retenir globalement l'hypothèse générale, selon laquelle les interactions entre les systèmes biomédical, traditionnel et religieux participent simultanément à des mécanismes de complémentarité et à des situations de tension dans la gestion de la santé.

Sur le plan pratique, notre recherche montre qu'une amélioration de la collaboration thérapeutique ne devrait pas nécessairement chercher à fusionner les différents systèmes de soins. Une telle démarche risquerait d'effacer leurs spécificités épistémologiques, culturelles et professionnelles. Il serait plutôt pertinent de développer des mécanismes de coordination et de dialogue entre systèmes, fondés sur la reconnaissance mutuelle, la formation interculturelle, l'orientation des patients, la communication entre acteurs et la définition de cadres de collaboration adaptés au contexte burundais. Une telle approche devrait rester centrée sur la sécurité, la dignité, les droits et les besoins des patients.

Notre recherche présente néanmoins certaines limites. La démarche qualitative et contextualisée de notre étude ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du Burundi. Les réalités observées à Mukaza et Ntakangwa peuvent également différer de celles d'autres provinces, notamment des espaces ruraux où les conditions d'accès aux soins, les réseaux sociaux et les formes de recours thérapeutique peuvent être différents. Par ailleurs, la

sensibilité de certaines pratiques religieuses et traditionnelles peut influencer la manière dont les acteurs présentent leurs expériences.

Ces limites ne remettent cependant pas en cause la pertinence de l'approche qualitative adoptée; elles invitent plutôt à considérer les résultats comme une compréhension approfondie et contextualisée d'une réalité sociale particulière.

En définitive, notre étude montre que le pluralisme thérapeutique à Mukaza et Ntakangwa ne doit pas être considéré uniquement comme la coexistence de plusieurs offres de soins, mais comme un espace d'interactions, de négociations, de médiations et de rapports de pouvoir entre différents acteurs et différents savoirs. La collaboration thérapeutique y apparaît comme une construction sociale fragile mais possible, qui dépend largement de la capacité des acteurs à reconnaître leurs différences, à établir des relations de confiance et à construire des mécanismes de coordination adaptés aux réalités locales.

Ainsi, l'enjeu majeur pour le système de santé à Mukaza et Ntakangwa n'est pas de choisir entre la biomédecine, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses, mais de comprendre les conditions dans lesquelles ces différents univers thérapeutiques peuvent interagir de manière responsable, complémentaire et centrée sur le patient.

La contribution fondamentale de cette recherche est précisément de montrer que cette collaboration peut être construite à partir du terrain, à travers la négociation des légitimités thérapeutiques, la reconnaissance des savoirs et la mise en place de mécanismes de médiation et de coordination.

La recherche ouvre enfin des perspectives pour de futures études portant sur l'élaboration de mécanismes institutionnels de collaboration entre professionnels biomédicaux, tradipraticiens et acteurs religieux, sur l'expérience des patients face à ces dispositifs, ainsi que sur les conditions permettant de construire, au Burundi, un modèle de pluralisme thérapeutique respectueux à la fois des exigences de santé publique, des savoirs locaux et des réalités socioculturelles des populations.

RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats obtenus et des analyses effectuées, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'améliorer la collaboration entre les acteurs thérapeutiques et d'optimiser la qualité de la prise en charge des patients dans un contexte de pluralisme thérapeutique.

1. Au Ministère de la Santé Publique

- Il est recommandé de mettre en place un cadre légal et institutionnel clair et actif régissant les relations entre la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle et les pratiques religieuses.
- Le ministère devrait également créer des plateformes officielles de concertation entre ces différents acteurs afin de favoriser la coordination des soins.
- En outre, il est nécessaire d'envisager un système de reconnaissance et d'encadrement des tradipraticiens, ainsi que la promotion de politiques d'intégration progressive des pratiques efficaces dans le système de santé national.
- Le renforcement des programmes d'éducation sanitaire à l'échelle communautaire doit également être une priorité.

2. Aux tradipraticiens

- Les tradipraticiens sont encouragés à renforcer l'organisation de leur pratique à travers des associations reconnues et structurées par le Ministère de la sante publique.
- Ils devraient également collaborer davantage avec les structures de santé modernes en référant les cas graves ou dépassant leurs compétences.
- Une documentation plus systématique de leurs savoirs et pratiques est recommandée afin de faciliter leur valorisation scientifique et leur intégration progressive dans les stratégies de santé publique.

3. Aux responsables religieux

- Les responsables religieux devraient jouer un rôle actif dans l'éducation sanitaire des fidèles en collaborant avec le Ministère de la santé publique.
- Il est recommandé de renforcer la collaboration avec les structures sanitaires en orientant les patients vers les services appropriés lorsque cela est nécessaire.
- Ils sont également invités à éviter les discours pouvant retarder le recours aux soins médicaux modernes et à promouvoir une approche complémentaire de la guérison.

4. Aux professionnels biomédicaux

- Les professionnels de la santé biomédicale sont appelés à adopter une approche plus ouverte et culturellement sensible envers les pratiques traditionnelles et religieuses.
- Ils devraient améliorer la communication avec les patients afin de mieux comprendre leurs croyances et leurs parcours thérapeutiques.
- Il est également recommandé de renforcer la collaboration avec les tradipraticiens et les responsables religieux dans une logique de complémentarité, notamment à travers des échanges professionnels et des mécanismes de référence.

5. Aux chercheurs

- Les chercheurs sont encouragés à approfondir les études sur le pluralisme thérapeutique en utilisant des approches comparatives et interdisciplinaires.
- Il est recommandé de mener des recherches sur l'efficacité de certaines pratiques traditionnelles.
- Une attention particulière devrait être accordée aux études permettant de suivre les parcours thérapeutiques des patients dans le temps.

6. Aux patients et communautés

- Les patients et les communautés doivent être sensibilisés à l'importance d'un recours précoce aux services de santé appropriés.
- Il est recommandé de renforcer leur niveau d'information sur les risques liés aux retards thérapeutiques et à l'automédication non encadrée.

- Ils sont également encouragés à adopter une démarche de santé responsable, en combinant de manière réfléchie les différents systèmes thérapeutiques et en privilégiant la consultation des structures reconnues en cas de maladies graves.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Ouvrages généraux

1. **Abayomi, S. (1996).** *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*. Paris : Karthala.
2. **Benoist, J. (1993).** *Anthropologie médicale : Un parcours, des concepts*. Presses Universitaires de France.
3. **Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966).** *The social construction of reality : A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
4. **Bourdieu, P. (1972).** *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Librairie Droz.
5. **Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1968).** *Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques*. Mouton.
6. **Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014).** *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles* (2e éd.). Dunod.
7. **Callon, M. (1986).** Some elements of a sociology of translation : Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. In J. Law (Ed.), *Power, action and belief : A new sociology of knowledge ?* (Pp. 196–223). Routledge & Kegan Paul.
8. **Canguilhem, G. (1966).** *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
9. **Charmaz, K. (2014).** *Constructing grounded theory* (2nd ed.). SAGE.
10. **Csordas, T. J. (2002).** *Body/meaning/healing*. Palgrave Macmillan.
11. **De Sousa Santos, B. (2014).** *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Routledge.
12. **Dejours, C. (2000).** *Travail, usure mentale : Essai de psychopathologie du travail* (3e éd.). Bayard.
13. **Durkheim, É. (2013).** *Les règles de la méthode sociologique*. Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1895)

14. **Evans-Pritchard, E. E. (1937).** *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Clarendon Press.
15. **Fassin, D. (1992).** *Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Presses Universitaires de France.
16. **Fassin, D. (1996).** *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*. Presses Universitaires de France.
17. **Fassin, D. (2004).** *Afflictions : L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Karthala.
18. **Foucault, M. (1963).** *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.
19. **Freidson, E. (2001).** *Professionalism : The third logic*. University of Chicago Press.
20. **Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967).** *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. Aldine.
21. **Good, B. J. (1994).** *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
22. **Helman, C. G. (2007).** *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
23. **Herzlich, C. (1969).** *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Mouton.
24. **Hours, B. (2001).** *Systèmes et politiques de santé : De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala.
25. **Interprofessional Education Collaborative. (2021).** *Core competencies for interprofessional collaborative practice : Version 3*. Interprofessional Education Collaborative.
26. **Janzen, J. M. (1978).** *The quest for therapy in Lower Zaire*. University of California Press.
27. **Kleinman, A. (1980).** *Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
28. **Koenig, H. G. (2015).** Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19–26.
29. **Langwick, S. A. (2011).** *Bodies, politics, and African healing : The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.
30. **Laplantine, F. (1992).** *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot.

31. **Latour, B. (2005).** *Reassembling the social : An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
32. **Le Breton, D. (2015).** *Anthropologie du corps et modernité*. Presses Universitaires de France.
33. **Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2018).** *An anthropology of biomedicine* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
34. **Malinowski, B. (1948).** *Magic, science and religion and other essays*. Free Press.
35. **Olivier de Sardan, J.-P. (2021).** *La rigueur du qualitatif*. Louvain-la-Neuve
36. **Parsons, T. (1951).** *The social system*. Free Press.
37. **Quivy, R., Van Campenhoudt, L., & Marquet, J. (2011).** *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). Dunod.
38. **Radcliffe-Brown, A. R. (1952).** *Structure and function in primitive society : Essays and addresses*. Free Press.
39. **Ricoeur, P. (1990).** *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.
40. **Strauss, A. (1985).** Work and the division of labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1–19.
41. **Whyte, S. R., van der Geest, S., & Hardon, A. (2002).** *Social lives of medicines*. Cambridge University Press.

II. Articles scientifiques

1. **Benoist, J. (1993).** Itinéraires thérapeutiques en situation de pluralisme médical. *Sciences Sociales et Santé*, 11(1).
2. **Herzlich, C., & Pierret, J. (1984).** Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : De la mort collective au devoir de guérison. *Sciences Sociales et Santé*, 2(2), 10–14.
3. **Marcellini, A., et al. (2005).** Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. *Corps et Culture*.
4. **Sindzingre, N. (1991).** La dimension sociale et culturelle de la maladie en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, 9(1), 5-22.
5. **Strauss, A. (1985).** Work and the division of labor in hospitals. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.

3. Rapports

1. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé.
2. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé.
3. OMS Afrique. (2001). *Reconnaissance des tradipraticiens en Afrique*.
4. Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Médecine traditionnelle : cadre stratégique*. Genève
5. Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Santé communautaire en Afrique : cadres et pratiques*. Genève
6. Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023*. Genève
7. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au Burundi : une innovation en phase de progrès !*
8. Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Pour la santé holistique et le bien-être des populations : la contribution de la médecine traditionnelle est de mise*.
9. Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Stratégie de coopération pays 2024–2027 : Burundi*.
10. World Council of Churches. (2026). *National Council of Churches of Burundi*.

IV. Documents institutionnels

1. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au Burundi : une innovation en phase de progrès !* Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
2. Ministère de la Santé Publique du Burundi. (2018). *Politique nationale de santé*. Bujumbura : Ministère de la Santé Publique.
3. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2018). *Loi n°1/012 du 30 mai 2018 portant Code de l'offre des soins et services de santé au Burundi*.
4. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2020). *Décret n°100/093 du 9 novembre 2020 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA*.
5. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2014). *Décret n°100/253 du 11 novembre 2014 portant réglementation de la médecine traditionnelle et l'art de tradipraticien au Burundi*

6. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2020). *Loi n°1/11 du 8 mai 2020 portant réglementation de l'exercice de la pharmacie et du médicament à usage humain.*
7. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2023). *Politique sectorielle de santé 2023–2027.*
8. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. (2019). *Plan national de développement sanitaire 2019–2023.*

V. Webographie

1. **Bodeker, G., & Kronenberg, F. (2002).** A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1582–1591. Consulté le 15 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.10.1582>
2. **D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005).** The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 116–131. Consulté le 10 juin 2026 sur : <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
3. **Falisse, J.-B., Masino, S., & Ngenzebuke, R. (2018).** Indigenous medicine and biomedical health care in fragile settings: Insights from Burundi. *Health Policy and Planning*, 33(4), 483–493. Consulté le 15 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1093/heapol/czy010>
4. **Frenk, J. (2010).** The global health system : Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000089. Consulté le 15 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000089>
5. **Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018).** Studying complexity in health services research : Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, Article 95, Consulté le 8 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
6. **Kleinman, A. (2012).** Medical anthropology and mental health : Five questions for the next fifty years. In M. C. Inhorn & E. A. Wentzell (Eds.), *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures* (pp. 116–128). Duke University Press. Consulté le 10 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1215/9780822395478-008>

7. **Kodner, D. L., & Spreuwenberg, C. (2002).** Integrated care : Meaning, logic, applications, and implications. A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. Consulté le 14 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
8. **Langwick, S. A. (2018).** A politics of habitability: Plants, healing, and sovereignty in a toxic world. *Cultural Anthropology*, 33(3), 415–443. Consulté le 18 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.14506/ca33.3.06>
9. Marcellini, A., et al. (2005). *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine*. <http://corpsetculture.revues.org/710>
10. **Ngezahayo, J., Havyarimana, F., Hari, L., Stévigny, C., & Duez, P. (2015).** Medicinal plants used by Burundian traditional healers for the treatment of microbial diseases. *Journal of Ethnopharmacology*, 173, 338–351. Consulté le 10 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1016/j.jep.2015.07.028>
11. **Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017).** Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD000072. Consulté le 26 Avril 2026 sur : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
12. **Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013).** Understanding integrated care : A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010. Consulté le 19 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
13. **Vandebroek, I., & Balick, M. J. (2012).** Globalization and loss of plant knowledge : Challenging the paradigm. *PLoS ONE*, 7(5), e37643. Consulté le 12 juin 2026 sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037643>
14. **Ventevogel, P., Niyonkuru, J., Ndayisaba, A., & Reis, R. (2018).** Change and continuity in Burundian divinatory healing. *Journal of Eastern African Studies*, 12(1), 22–43. Consulté le 10 mai 2026 sur : <https://doi.org/10.1080/17531055.2017.1408324>

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : LA COLLABORATION DANS LE PLURALISME THÉRAPEUTIQUE

Cas Des Communes Mukaza Et Ntahangwa de La Province De Bujumbura

Introduction

Bonjour et merci pour votre disponibilité. Je m'appelle J. Marie Iradukunda, étudiant à l'Université du Burundi dans le cycle de master en Socio anthropologie. Cet entretien porte sur les pratiques de soins au Burundi et la manière dont différents acteurs de santé (médecins, prêtres/pasteurs, tradipraticiens) interagissent. Votre expérience nous aidera à mieux comprendre les dynamiques actuelles. L'entretien est confidentiel.

I. Profil de l'enquêté

- Nom et prénom :
- Âge :
- Sexe :
- Profession ou fonction :
- Zone d'activité :
- Nombre d'années d'expérience :

II. Représentations de la maladie et de la guérison

1. Que signifie pour vous "être malade" ?
2. Quelles sont, selon vous, les causes principales des maladies ?

3. Quelles méthodes ou approches utilisez-vous pour aider une personne malade ?

4. quels types de maladies soignez-vous ?

5. Quelle est votre conception de la « guérison » ?

6. comment avez-vous acquis le pouvoir ou les compétences de guérison ?

III. Perception sur la collaboration thérapeutique

5. Avez-vous déjà eu des échanges ou des cas partagés avec :

- Un médecin ?

- Un pasteur/prêtre ?

- Un tradipraticien ?

6. Si oui, comment cela s'est-il passé ?

7. Quels sont les avantages ou inconvénients de cette collaboration ?

8. Y a-t-il eu des malentendus ou conflits ? Pourquoi ?

9. Avez-vous confiance dans les autres types d'intervenants ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

IV. Obstacles à la collaboration

10. Qu'est-ce qui empêche selon vous une bonne coopération entre intervenants ?

11. Y a-t-il des différences de vision ou de légitimité qui créent des tensions ?

12. Est-ce que les patients eux-mêmes sollicitent plusieurs intervenants ? Que pensez-vous de cela ?

V. Perspectives et propositions

13. Pensez-vous qu'une collaboration formalisée serait possible ?

14. Accepteriez-vous de travailler dans un cadre mixte avec d'autres intervenants ?

15. Que recommanderiez-vous pour améliorer la complémentarité des soins au Burundi ?

VERSION EN KIRUNDI

INTEGURO YO GUKORA IKIGANIRO

ICIGWA : *uko abantu babona ugufatanya mu vyo kuvura hagati y’abavura mu masengero, ubuvuzi bwo kwa muganga n’abavuzi imiti y’ikirundi : isuzuma rya socio-anthropologie mu burundi*

Intangamarara

Ndabaramukije. Nitwa Jean marie Iradukunda nkaba nkurikira ivyirwa muri Kaminuza y’Uburundi mu gice ca kabiri.

Ndashimiye kuba mwemeye kuganira natwe. Iki kiganiro gifatiye ku kuntu ibikorwa vyo kuvura bikorwa mu Burundi n’ukuntu abatanga ubuvuzi butandukanye (abaganga, abapasitori/abapadiri, abarangi b’imiti y’ikirundi) bakorana canke baturira ku murwayi. Ivyo muri muzi n’ivyo mwahuye navyo bizodufasha gutahura neza ingene ivyo bikorwa bihagaze ubu. Iki kiganiro ni ibanga kandi nta wundi azomenya ivyo twaganiye

I. Ibiranga uwuganira

Izina n’iry’amatazirano:

Imyaka :

Igitsina :

Umurimo/ikibanza akoreramwo :

Akarere akoreramwo :

Igihe amaze akora muri uwo murimo :

II. Uko abona indwara n’ukuvura

1. Kubwawe, bisigura iki “kuvuga ko umuntu arwaye” ?
2. Ni ibiki wibazako bitera indwara aha iwanyu ?
3. Ni izihe nzira canke uburyo ukoresha mu gufasha umurwayi ?
4. Kubwawe, “gukira” bisigura iki ?
5. Ubushobozi bwo gukuvura waburonse gute ?

III. Uko mukorana n’abandi batanga ubuvuzi

1. Wigeze ukorana canke ugirana ibiganiro n’Umuganga ?Umupasitori/umupadiri ?Umuvuzi w’imiti y’ikirundi ?
2. Nimba vyarabaye, vyagenze gute ?
3. Ni izihe nyungu canke ingorane ubona muri uko gukorana ?
4. Woba wizigira abandi batanga ubwo buvuzi butandukanye ? Kubera iki canke kubera iki atari ko ubibona ?

IV. Intambanyi mu gufatanya mukuvura

1. Kubwawe, ni iki gituma gufatanya bitagenda neza hagati y’abatanga ubuvuzi ?
2. Abarwayi boba bama basaba imfashanyo mu bajejwe ubuvuzi butandukanye icarimwe ? Kubwawe uvyibazako iki ?

V. Ivyiyumviro n’ivyifuzo

1. Woba witeguye gukorera mu rwego ruhurikiyemwo abatanga ubuvuzi butandukanye ?
2. Ni ibihe vyiyumviro wotanga kugira ngo ugukorera hamwe mu buvuzi mu Burundi burushirize kuba vyiza ?

LISTE DES ENQUETES

Mémoire : *La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : cas des communes Mukaza et Ntakangwa de la Province de Bujumbura*

1. Médecins enquêtés

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Ndayizeye Emmanuel	Masculin	45 ans	Médecin généraliste	Commune Mukaza	15 ans	Le 6/05/2026
2	Hakizimana Diane	Féminin	39 ans	Médecin interniste	Commune Ntakangwa	11 ans	Le 07/05/2026
3	Nkurunziza Jean Claude	Masculin	50 ans	Médecin spécialiste	Commune Mukaza	22 ans	Le 6/05/2026
4	Irakoze Sandrine	Féminin	34 ans	Médecin généraliste	Commune Ntakangwa	9 ans	Le 07/05/2026
5	Barutwanayo Patrice	Masculin	42 ans	Médecin urgentiste	Commune Mukaza	15 ans	Le 06/05/2026

La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : étude menée dans les communes Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura

6	Niyonsaba Clarisse	Féminin	37 ans	Médecin pédiatre	Commune Ntahangwa	11 ans	Le 07/05/2026
---	--------------------	---------	--------	------------------	-------------------	--------	---------------

2. Infirmiers enquêtés

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Bizimana Alexis	Masculin	36 ans	Infirmier	Commune Mukaza	10 ans	Le 60/05/2026
2	Uwimana Chantal	Féminin	31 ans	Infirmière	Commune Ntahangwa	7 ans	Le 07/05/2026
3	Nshimirimana David	Masculin	40 ans	Infirmier	Commune Mukaza	9 ans	Le 4/05/2026
4	Munezero Béatrice	Féminin	29 ans	Infirmière	Commune Ntahangwa	5 ans	Le 05/05/2026
5	Sindayigaya Olivier	Masculin	43 ans	Infirmier	Commune Mukaza	16 ans	Le 4/05/2026
6	Ntirampeba Josiane	Féminin	35 ans	Infirmière	Commune Ntahangwa	9 ans	Le 05/05/2026

La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : étude menée dans les communes Mukaza et Ntahangwa de la province de Bujumbura

7	Habonimana Pascal	Masculin	38 ans	Infirmier	Commune Mukaza	12 ans	Le 4/05/2026
8	Nduwimana Alice	Féminin	33 ans	Infirmière	Commune Ntahangwa	8 ans	Le 05/05/2026
9	Ndikumana Eric	Masculin	41 ans	Infirmier	Commune Mukaza	15 ans	Le 4/05/2026
10	Nishimwe Lydia	Féminin	30 ans	Infirmière	Commune Ntahangwa	6 ans	Le 05/05/2026

3. Tradipraticiens enquêtés

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Nduwamungu Richard	Masculin	32 ans	Tradipraticien Directeur de la société Suisderm	Commune Mukaza	6 ans	Le 02/05/2026
2	Nyandwi Vestine	Féminin	49 ans	Tradipraticienne	Commune Ntahangwa	21 ans	Le 9/05/2026
3	Ndayizeye Renovat	Masculin	32 ans	Tradipraticien a la socite suisderm	Commune Mukaza	6 ans	Le 11/05/2026
4	Nahimana Espérance	Féminin	46 ans	Tradipraticienne	Commune Ntahangwa	18 ans	Le 14/05/2026
5	Havyarimana Sylvestre	Masculin	54 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	26 ans	Le 12/05/2026
6	Ciza Jacqueline	Féminin	43 ans	Tradipraticienne	Commune Ntahangwa	17 ans	Le 7/05/2026
7	Nsabimana Laurent	Masculin	57 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	28 ans	Le 14/05/2026
8	Irakunda Florence	Féminin	40 ans	Tradipraticienne	Commune Ntahangwa	14 ans	Le 25/04/2026
9	Ntakirutimana Jérôme	Masculin	52 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	24 ans	Le 03/05/2026
10	Ndayisenga Odette	Féminin	47 ans	Tradipraticienne	Commune Ntahangwa	19 ans	Le 15/05/2026
11	Rurimubenshi André	Masculin	55 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	27 ans	Le 12/05/2026

La collaboration dans le pluralisme thérapeutique au Burundi : étude menée dans les communes Mukaza et Ntakangwa de la province de Bujumbura

12	Mukeshimana Solange	Féminin	44 ans	Tradipraticienne	Commune Ntakangwa	16 ans	Le 16/05/2026
13	Nduwayo Ferdinand	Masculin	42ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	13 ans	Le 8/05/2026
14	Uwamahoro Denise	Féminin	42 ans	Tradipraticienne	Commune Ntakangwa	15 ans	Le 12/2026
15	Manirambona Pierre	Masculin	51 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	23 ans	Le 08/05/2026
16	Nizigama Rachel	Féminin	39 ans	Tradipraticienne	Commune Ntakangwa	12 ans	Le 12/05/2026
17	Ntibashirakandi Jean Marie	Masculin	56 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	29 ans	Le 08/05/2026
18	Bukuru Angeline	Féminin	48 ans	Tradipraticienne	Commune Ntakangwa	20 ans	Le 12/05/2026
19	Niyukuri Samuel	Masculin	53 ans	Tradipraticien	Commune Mukaza	25 ans	Le 08/05/2026

4. Religieux enquêtés

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Pasteur Ndayizeye Jonas	Masculin	48 ans	Responsable religieux	Commune Ntahangwa	20 ans	Le 14/05/2026
2	Sœur Mukantabana Claire	Féminin	45 ans	Religieuse catholique	Commune Ntahangwa	18 ans	Le 7/05/2026
3	Pasteur Nshimirimana Elie	Masculin	52 ans	Responsable religieux	Commune Mukaza	24 ans	Le 2/05/2026
4	Abbé Nduwimana Célestin	Masculin	50 ans	Prêtre catholique	Commune Ntahangwa	22 ans	Le 9/05/2026
5	Pasteure Uwase Déborah	Féminin	38 ans	Responsable religieuse	Commune Ntahangwa	11 ans	Le 3/05/2026
6	Imam Habonimana Saidi	Masculin	47 ans	Responsable religieux	Commune Ntahangwa	19 ans	Le 13/05/2026

5. Patients enquêtés

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Date d'enquête
1	Nkurikiye Jean Bosco	Masculin	37 ans	Commerçant	Commune Mukaza	Le 27/04/2026
2	Niyomugabo Alice	Féminin	29 ans	Enseignante	Commune Ntahangwa	Le 17/04/2026
3	Habimana Patrick	Masculin	41 ans	Chauffeur	Commune Mukaza	Le 23/04/2026
4	Niyokwizera Béatrice	Féminin	35 ans	Couturière	Commune Ntahangwa	Le 15/05/2026
5	Ndorimana Samuel	Masculin	46 ans	Agriculteur	Commune Mukaza	Le 27/04/2026
6	Uwimana Chloé	Féminin	32 ans	Restauratrice	Commune Ntahangwa	Le 3/05/2026
7	Ndayishimiye Eric	Masculin	39 ans	Fonctionnaire	Commune Mukaza	Le 11/05/2026
8	Mukandayisenga Ruth	Féminin	28 ans	Étudiante	Commune Ntahangwa	Le 28/04/2026

6. Cadre du Ministère de la Santé Publique

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Nduwimana Gérard	Masculin	55 ans	Cadre du Ministère de la Santé Publique	Bujumbura	27 ans	Le 12/05/2026

7. Cadre du Ministère de l'Intérieur en charge des confessions religieuses

N°	Nom et prénom	Sexe	Âge	Profession	Zone d'activité	Années d'expérience	Date d'enquête
1	Ntibagirirwa Emmanuel	Masculin	51 ans	Cadre du Ministère de l'Intérieur chargé des confessions religieuses	Bujumbura	23 ans	Le 15/05/2026

AUTORISATION DE RECHERCHE



UNIVERSITE DU BURUNDI
FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
B.P 5142
BUJUMBURA – BURUNDI

ATTESTAION DE RECHERCHE

Je soussigné, Pr MBERAMIHIGO Ferdinand, Doyen de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines (FLSH), atteste, par la présente, que le nommé **IRADUKUNDA J Marie** est étudiant de Master 2 en Socioanthropologie et qu'il effectue des recherches sur le thème : **La Collaboration dans le Pluralisme Thérapeutique au Burundi : cas des Communes de Mukaza et Ntahangwa de la Province de Bujumbura**

A cet effet, je sollicite votre bienveillance pour autoriser l'accès aux données et au terrain de recherche. Cet étudiant chercheur respectera toutes les consignes que vous lui recommanderez ainsi que le droit individuel y afférant.

Espérant une suite favorable, je vous vous d'agréer Monsieur, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Sous couvert de :

Dr NSENGIYUMVA Venerand

Directeur de mémoire

Fait à Bujumbura, le 21/10/2026

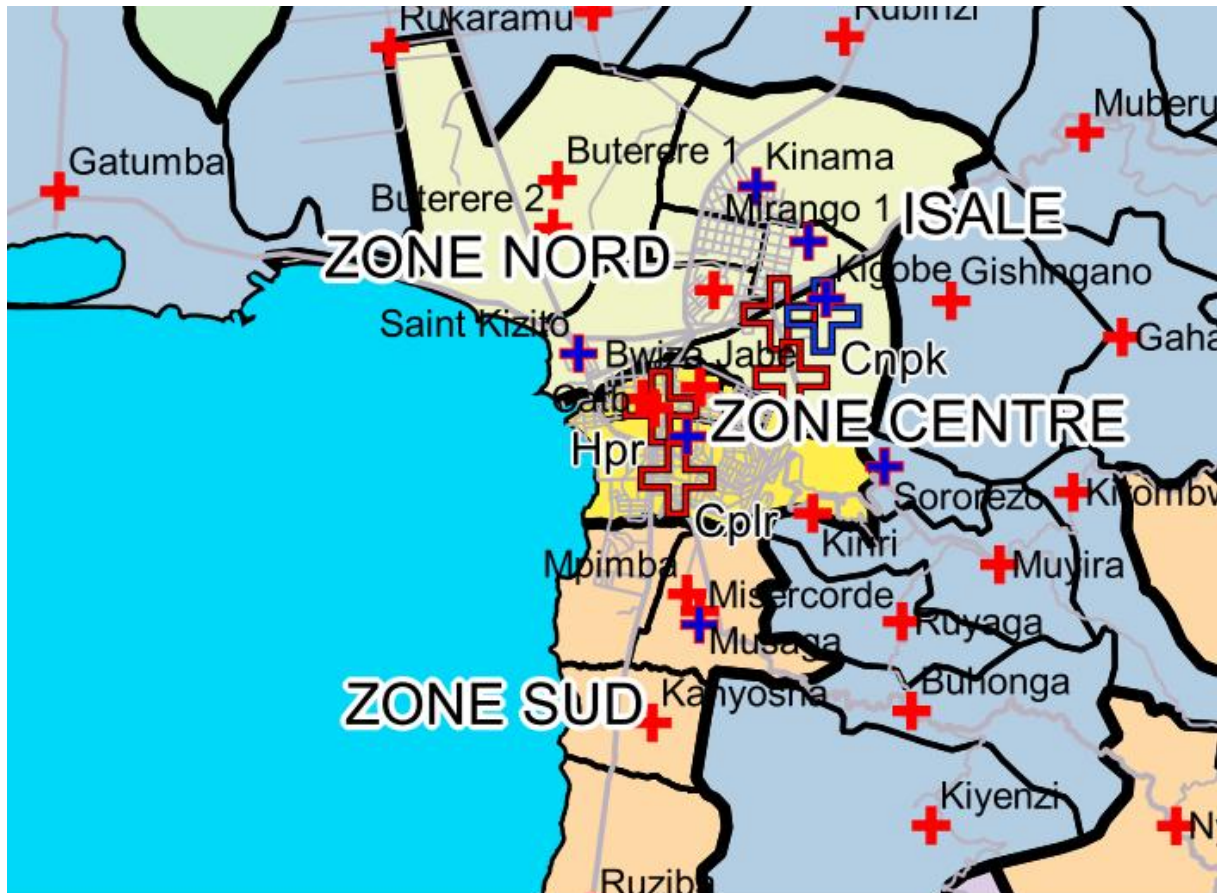
Le Doyen

Pr MBERAMIHIGO Ferdinand

Roselette MBERAMIHIGO
Vice Doyenne



LA CARTE DE ZONE D'ETUDE



Source : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS), Carte sanitaire du Burundi

Légende de la carte

- **+** Croix rouge : établissement/formation sanitaire ;
- **+** Croix bleue : autre structure ou point de prestation sanitaire ;
- **Zone Nord** : aire sanitaire de Bujumbura Nord ;
- **Zone Centre** : aire sanitaire de Bujumbura Centre ;
- **Zone Sud** : aire sanitaire de Bujumbura Sud ;
- **Limites noires** : limites administratives ;
- **Fond bleu clair** : espaces extérieurs à la zone urbaine représentée ;
- **Noms en noir** : localités, zones ou secteurs géographiques.