



**HAL**  
open science

## L'offre de soins des tradipraticiens : logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou

Sidbeniwende Esaïe Yanogo, Aude Nikiema

► **To cite this version:**

Sidbeniwende Esaïe Yanogo, Aude Nikiema. L'offre de soins des tradipraticiens : logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2023, 10.4000/rfst.1876 . hal-04713164

**HAL Id: hal-04713164**

**<https://hal.science/hal-04713164v1>**

Submitted on 28 Sep 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



---

# L'offre de soins des tradipraticiens : logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou

Sidbeniwende Esaïe Yanogo et Aude Nikiema

---



## Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1876>

DOI : 10.4000/rfst.1876

ISSN : 2492-3672

## Traduction(s) :

The provision of care by traditional healers: the rationale for setting up in the city of Ouagadougou -

URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1906> [en]

## Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Ce document vous est offert par Institut de recherche pour le développement (IRD)



## Référence électronique

Sidbeniwende Esaïe Yanogo et Aude Nikiema, « L'offre de soins des tradipraticiens : logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 22 novembre 2023, consulté le 28 novembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/1876> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1876>

---

Ce document a été généré automatiquement le 24 novembre 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

---

# L'offre de soins des tradipraticiens : logique d'implantation dans la ville de Ouagadougou

Sidbeniwende Esaïe Yanogo et Aude Nikiema

---

## Introduction

- 1 Les moyens mis en œuvre par les systèmes de santé publique africains ont longtemps reposé sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire. Le but visé était de permettre à un large pan de la population de bénéficier de services de soins jugés, par les autorités sanitaires, plus efficaces que la médecine traditionnelle. Celle-ci a en effet souffert d'une « marginalisation soutenue par une lecture dichotomique » avec la médecine dite moderne dont le système de valeur ne reposait pas sur les mêmes principes (Adedzi, 2019). La disponibilité de l'offre de soins biomédicale a donc constitué une priorité ciblée lors de la mise en place de la politique d'Alma-Ata à la fin des années 1980 (OMS, 2002). L'initiative de Bamako, au cours des années 1990, est venue renforcer l'accès aux soins par la mise en place de mécanismes de gestion et de financement des systèmes de santé (Yaya et Ileká-Priouzeau, 2011) afin d'impulser le recours effectif à l'offre de soins conventionnels par les populations.
- 2 Cependant, la biomédecine n'a « aucunement bouleversé le système des stratégies des malades, si ce n'est pour le complexifier... » (Fainzang, 1985, p. 108). Il n'y a pas eu de rejet des soins traditionnels par les populations qui ont continué à les solliciter (Monnais-Rousselot, 2006). Sans doute parce qu'il existe dans la représentation des maladies en Afrique un lien fort entre environnements et maladie révélé par les études anthropologiques (Dozon et Sindzingre, 1990).
- 3 Le maintien des représentations locales des maladies et le recours à des modes de soins appropriés a convaincu l'OMS d'encourager les collaborations entre praticiens au cours des années 1970, favorisant la mise en place, de façon progressive, des dynamiques de reconnaissance de la médecine traditionnelle et ses praticiens (Didier, 2015). Ainsi, en

1975, une résolution demande que les politiques nationales de santé « s'orientent vers le secteur des soins primaires en utilisant le maximum de ressources locales disponibles » (Bibeau et Corin, 2016).

- 4 Au Burkina Faso, il faut toutefois attendre 1994 pour que la médecine traditionnelle soit définitivement reconnue par la loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé Publique. Mais son intégration effective au système de soins est encore plus tardive, en témoignent la création d'une direction de la promotion de la médecine au sein du ministère de la Santé en 2004 et le premier plan stratégique national consacré à la médecine traditionnelle défini pour la période 2019-2023.
- 5 Les capacités d'adaptation des tradipraticiens aux maladies contemporaines ont participé à ce maintien (CRDI, 1979). « Ces médecines ont toujours emprunté dans la mesure du possible ce qui leur manquait, et ne sont donc pas restées sans dynamisme » (Bado, 1999). Le portrait du tradipraticien dans la ville africaine actuelle est caractéristique de cette évolution. La médecine traditionnelle présente dans ce milieu un profil « hybride » (Sissoko, 2016) associant des « pratiques séculaires à l'usage de médicaments modernes ».
- 6 Gruénais (2002) et Sanou (2012) ont montré le profil composite des méthodes utilisées par certains de ces spécialistes, qualifiés de « néo-tradipraticiens », particulièrement visibles dans les villes où « ce type d'offre se multiplie » et adopte des comportements concurrentiels.
- 7 La préférence accordée par les populations aux soins traditionnels a souvent été documentée (de Sardan et Jaffré, 1999; Bonnet, 1999). En revanche, les connaissances sur l'implantation urbaine des tradipraticiens sont plus rares. Or, l'enjeu actuel des politiques de santé est de promouvoir une médecine aux pratiques sûres et efficaces. Au Burkina Faso, si les équipements biomédicaux font l'objet de déclarations officielles et de recensements géolocalisés réguliers, l'offre de soins traditionnels n'est que partiellement connue par les autorités sanitaires. Cette méconnaissance constitue une contrainte à l'intégration de la médecine traditionnelle aux documents de planification puisque les autorités ne disposent pas d'informations précises sur ses praticiens notamment sur leur implantation géographique et ses logiques pour mieux desservir les populations.
- 8 Ainsi se pose la question suivante : comment les tradipraticiens s'implantent-ils à Ouagadougou ? L'objectif est de comprendre si leur présence sur le territoire urbain a conduit à une forme d'assimilation offrant une image identique aux caractéristiques du domaine biomédical. Dans ce cas il s'agit d'analyser comment se construit leur accessibilité dans un milieu urbain où la notion de distance à l'offre de soins<sup>1</sup> prend moins de sens qu'en milieu rural.

## Une méthode de collecte adaptée à l'objet d'étude en ville

### Zone d'étude

- 9 Les résultats présentés dans ce texte sont issus d'une thèse en cours de réalisation à l'université Joseph Ki-Zerbo. Les travaux ont été menés dans la ville de Ouagadougou. Capitale du Burkina Faso, sa population de 2 453 496 habitants en 2019 est caractérisée

par une forte croissance annuelle, 7 % (INSD, 2020). Elle fait écho à une forte croissance spatiale. Le territoire est en effet passé d'une superficie de 32,69 km<sup>2</sup> en 1961 (Fournet et al., 2008) à 600 km<sup>2</sup> en 2018 (Ky, 2018). Cette dynamique a constitué une contrainte à l'aménagement urbain qui se concrétise par une ville à deux vitesses. Il existe, en effet, une ville lotie qui s'oppose à la ville non lotie et que les politiques et plans d'urbanisme n'ont jamais pu résorber. Des travaux réalisés sur Ouagadougou (Fournet et al., 2008 ; Boyer et Delaunay, 2009) montrent un centre-ville vieillissant, d'un point de vue démographique, mais qui dispose de nombreux équipements collectifs grâce aux multiples plans d'aménagement qui se sont succédés au cours des décennies. Son image se modernise peu à peu grâce à la création d'une zone d'activités commerciales, la ZACA, avec l'imposition de plans architecturaux associant des immeubles à plusieurs étages. Ce projet ZACA, selon Lefebvre (2019), répond à la volonté de construire la ville selon les modèles internationaux. A la suite du centre-ville, les quartiers périphériques lotis se distinguent par des styles architecturaux plus modernes que certains vieux quartiers centraux construits en matériaux précaires. A mesure que l'on se déplace vers les marges urbaines, les parcelles sont moins nombreuses à être mises en valeur et ne disposent que partiellement de services en réseau. Enfin, on trouve sur les marges les quartiers non lotis. Il s'agit d'espaces accueillant de petites parcelles mises en valeur par des habitations aux matériaux précaires, disposées sans plan réel à l'image des habitations en milieu rural, et dont les populations n'ont pas ou peu accès aux équipements en réseaux (eau et électricité) et sociaux de base (établissements scolaires, équipements sanitaires, etc.).

### Définition des catégories de tradipraticiens

- 10 Dans cette étude, la définition des tradipraticiens s'appuie sur l'article 142 de la loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé Publique qui le désigne comme « une personne reconnue, par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales, minérales et des métaux ainsi que d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel de cette société ». Ce texte est complété par l'arrêté 2005 233/MSS/CAB portant modalités d'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso, qui, dans son article 2, reconnaît comme tradipraticiens de santé : le naturothérapeute, l'accoucheuse traditionnelle, l'herboriste, le médico-droguiste, le rebouteux, le ritualiste. « La médecine populaire ou traditionnelle avec ses "tradithérapeutes" est, pour l'OMS, une médecine d'herboristes et de rebouteux, une médecine de symptômes » (Bonnet, 1999, p. 8) desquels l'organisation exclut les marabouts et devins trop éloignés de la médecine.

### Données collectées

- 11 Les données collectées reposent sur une géolocalisation exhaustive des tradipraticiens réalisée en 2020 sur l'ensemble du territoire ouagalais, à laquelle a été associée une enquête quantitative. Chaque rue a été sillonnée pour localiser les lieux d'exercice. Afin d'être exhaustif ce recueil s'est appuyé sur les panneaux publicitaires, quand ils existaient, complétés par la liste des tradipraticiens de santé autorisés à exercer au Burkina Faso, délivrée par le ministère de la Santé, et la liste des membres délivrée par les responsables des associations des tradipraticiens. Par ailleurs, les pairs identifiés

étaient interrogés sur la localisation de leurs confrères et des personnes ressources dans les quartiers (les chefs coutumiers, les responsables religieux, les personnes âgées, les représentants administratifs) étaient mobilisées pour servir de guide. Les praticiens traditionnels exerçant dans les marchés n'ont pas été pris en compte en raison du profil différent du lieu d'exercice qui s'éloigne du cadre de la consultation observés ailleurs en ville. Le questionnaire adressé aux tradipraticiens a permis de connaître leur profil sociodémographique, les périodes et les raisons d'installation, les différentes maladies soignées, l'appartenance à une association et la reconnaissance du ministère de la Santé, etc.

- 12 Les coordonnées géographiques des structures de soins biomédicales, collectées dans le cadre du projet PIGEO en 2014, ont servi de comparatif pour apprécier la distribution spatiale des lieux d'exercice des tradipraticiens. Leur profil, public et privé, a servi de base pour le calcul des indices de dispersion.

### Analyse spatiale des équipements de soins

- 13 L'analyse de la répartition spatiale de l'offre de soins traditionnels a été réalisée à l'aide du système d'information géographique ArcGIS qui donne accès à deux types d'outils pour mieux comprendre la dispersion spatiale. Le premier est l'*Average Nearest Neighbor* (moyenne du plus proche voisin). Il a été utilisé pour définir les caractéristiques de la distribution spatiale : dispersée, concentrée ou aléatoire, de chaque type d'offre de soins (conventionnel et traditionnel). Un test de significativité, *z test* d'adéquation entre distance observée et distance attendue, permet de vérifier le caractère de la distribution.
- 14 Le second est l'analyse centrographique développée par Bachi (1962). Cette méthode permet de mesurer la position centrale de la distribution à l'aide d'un point médian, centre de gravité. L'analyse de la dispersion est complétée par la mesure de la distance standard et l'ellipse de dispersion (Louder et al., 1974). Pour cela des périodes d'installation des tradipraticiens ont été définies. Les ellipses de dispersion ainsi créées permettent de résumer la forme globale d'une distribution géographique (Fleuret et al., 2017). La forme de l'ellipse peut traduire à la fois la dispersion du semis points, qui correspond aux lieux d'exercice des tradipraticiens (superficie de l'ellipse), et l'orientation de cette dispersion (ellipse allongée ou cercle) indique la direction préférentielle de la distribution spatiale (Ndonky et al., 2019).

## Résultats

### Les médecins traditionnels à Ouagadougou : profil général

- 15 La collecte réalisée à Ouagadougou a permis de recenser 464 tradipraticiens. Parmi ceux-ci, certains administrent des soins spécifiques qui les classent dans plusieurs catégories spécifiques : 43 sont des accoucheuses traditionnelles, 38 chirkinésithérapeutes, 21 herboristes, 81 naturothérapeutes et 5 ritualistes. Mais d'autres s'identifient à plusieurs groupes : 161 tradipraticiens se situent dans deux catégories, 92 dans trois catégories et 23 dans quatre catégories. Leur profil montre une prédominance de femmes (55 %). Il s'agit pour l'essentiel d'accoucheuses traditionnelles. L'âge moyen de l'ensemble de ces praticiens est de 57 ans. La majorité

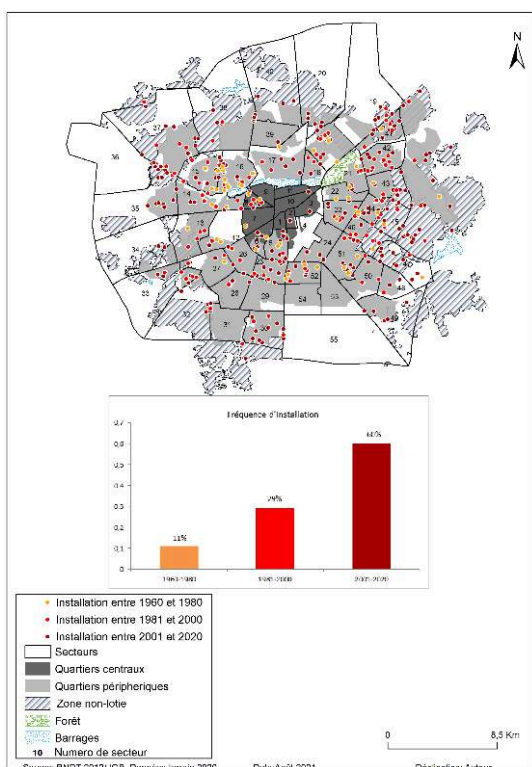
d'entre eux n'a aucun niveau d'instruction (81,2 %). Ceux ayant suivi une scolarité se répartissent de la façon suivante : 9 % ont atteint le niveau primaire, 7,1 % le niveau post-primaire et 2,5 %, le niveau universitaire. Ces tradipraticiens soignent une variété de maladies, dont certaines sont prises en charge dans le conventionnel comme le paludisme, les mycoses des enfants et les hémorroïdes. D'autres pathologies soignées semblent, par leur dénomination, plus spécifiques au domaine traditionnel comme le précise un patient :

« J'ai consulté dans plusieurs structures de soins moderne (CMA et cliniques) pour une maladie appelée l'araignée mais je n'ai pas eu satisfaction, en ayant recours au tradipraticien, j'ai été guéri. »

## L'analyse centrographique pour observer l'évolution des implantations spatiales des tradipraticiens

- 16 L'activité des médecins traditionnels en ville est complexe et semble en pleine évolution. Reconnus par les autorités administratives, l'enjeu pour eux est de conserver leurs savoirs, de s'adapter aux pathologies vécues par les urbains, tout en maintenant leurs pratiques. Une approche à travers le temps peut être révélatrice des transformations qui s'opèrent. Il s'agit de comprendre les logiques spatiales en œuvre et qui ont contribué à la construction de l'offre de soins traditionnels sur le territoire urbain.
- 17 L'accessibilité peut se mesurer à la fois par la disponibilité et la localisation de l'offre. Pour cela, l'analyse centrographique est convoquée. Elle détermine la position centrale de la distribution et la dispersion des points autour du centre (Louder et al., 1974) et s'appuie sur une variable temporelle. L'hypothèse avancée est que longtemps la médecine traditionnelle a été combattue par les praticiens conventionnels particulièrement présents en ville. On suppose donc qu'elle s'est inscrite en négatif de cette offre, en privilégiant le milieu rural puis sa reconnaissance récente par l'OMS (depuis 1978 à la Conférence d'Alma-Ata) a encouragé leur implantation en ville. Pour vérifier cette hypothèse, trois périodes d'observation ont été retenues. Ces trois périodes correspondent à des phases d'urbanisation qui constituent des marqueurs d'organisation urbaine actuels de la ville de Ouagadougou. Il s'agit de la phase allant de l'Indépendance aux deux décennies suivantes (1961-1982), puis de la phase allant de 1983 à 2005 (qui est marquée par les grandes politiques d'urbanisation mises en place sous le régime révolutionnaire et la rectification) et enfin la période allant de 2005 à nos jours. Ces trois temps s'appuient sur les travaux réalisés par Guigma (2019) qui analyse les dynamiques urbaines et l'émergence des périphéries ouagalaises.
- 18 La position du centre médian de la distribution des lieux d'exercice des tradipraticiens au cours des trois périodes ne montre pas d'importantes variations (Carte 1). On observe un léger glissement vers les quartiers est au cours de la seconde période, confirmé lors de la troisième période d'observation.

Carte 1 : Période d'installation des tradipraticiens



- 19 L'analyse de la dispersion des lieux autour de ces positions centrales ne montre pas davantage de variations majeures (Tableau 1).

Tableau 1 : Les paramètres de dispersion des périodes d'installation des tradipraticiens

Période d'installation	Distance standard (km)	Aire (km <sup>2</sup> )	Ratio axe long/axe court
1961-1982	0,34	0,0083	1,71
1983-2005	0,42	0,013	1,58
2006 à nos jours	0,47	0,017	1,44

- 20 Le ratio axe long/axe court confirme la tendance à une implantation dans l'ensemble des périphéries, même si la forme elliptique est à associer à l'influence un peu plus forte de certains quartiers. Ceci laisse donc deviner un renforcement progressif de l'implantation des tradipraticiens en ville qui ne semblent pas sensibles à des facteurs d'influence comme l'attraction économique exercée par le centre-ville ou la présence de voies de communication bitumées, très prisées dans les activités à but commercial, plutôt absentes des périphéries. En atteste les propos d'un tradipraticien :

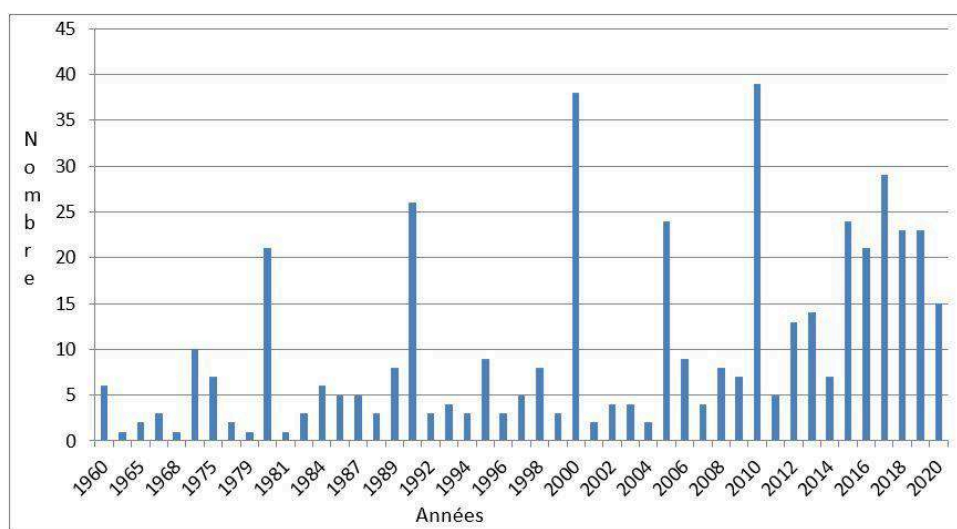
« Seule l'efficacité des soins attire la clientèle contrairement à la position à proximité des voies de communication et les différentes publicités. »

- 21 L'origine des tradipraticiens explique sans doute l'intérêt accordé aux périphéries. En effet, presque 30 % de ceux exerçant à Ouagadougou ont migré depuis le milieu rural. Leur installation s'est faite à 53 % dans les quartiers périphériques lotis, 41 % dans les



zones non loties, et seulement 6 % dans les quartiers centraux. L'extension de l'aire des ellipses témoigne d'un nombre de lieux d'exercice plus important dans les périphéries qu'en centre-ville. Ainsi, 7,2 % (n=33) des implantations sont recensées au centre-ville, 61,8 % (n=293) en périphérie lotie, et 31 % (n=147) dans les quartiers non lotis. Ceci se fait dans un contexte d'une offre marquée par une tendance à une implantation croissante de tradipraticiens en milieu urbain, particulièrement depuis 2015 (Graphique 1).

Graphique 1 : Nombre d'installation des tradipraticiens à Ouagadougou de 1960 à 2020



- 22 Le nombre de lieux d'exercice des tradipraticiens est très élevé si on le compare aux services de soins biomédicaux de base, dont on pourrait estimer qu'ils sont équivalents en termes de premiers contacts avec les patients et de type de soins donnés. Ainsi, les services sous la responsabilité d'infirmiers (les cabinets de soins infirmiers, les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les dispensaires et infirmeries) étaient au nombre de 227 en 2021 dans la capitale (Ministère de la Santé, 2021). La disponibilité de la médecine traditionnelle s'élève à 1 tradipraticien pour 5 299 habitants. Ce ratio est plus faible que celui de l'offre de soins conventionnels de base, établi à 1 pour 11 002 habitants. Il est aussi moindre que la norme fixée à 1/10 000 habitants pour l'offre publique de soins de base en milieu urbain, par le 1<sup>er</sup> Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 2001-2010.

### Répartition de l'offre de soins traditionnels : une logique différenciée du conventionnel ?

- 23 L'offre de soins traditionnels a des logiques d'implantation qui semblent lui être propres. Dispersée, concentrée ou fruit du hasard, la distribution de l'offre de soins est difficilement perceptible sans analyse spatiale. La méthode statistique fondée sur le calcul de la moyenne du plus proche voisin permet de qualifier la répartition spatiale des types de structures de soins et d'avancer des facteurs d'influence. Le calcul de la moyenne des distances au plus proche voisin est formalisé par un indice (R) révélateur des variations spatiales. Inférieur à 1, il atteste d'une concentration spatiale, égal à 1 la distribution est aléatoire, supérieur à 1, il montre une dispersion géographique des

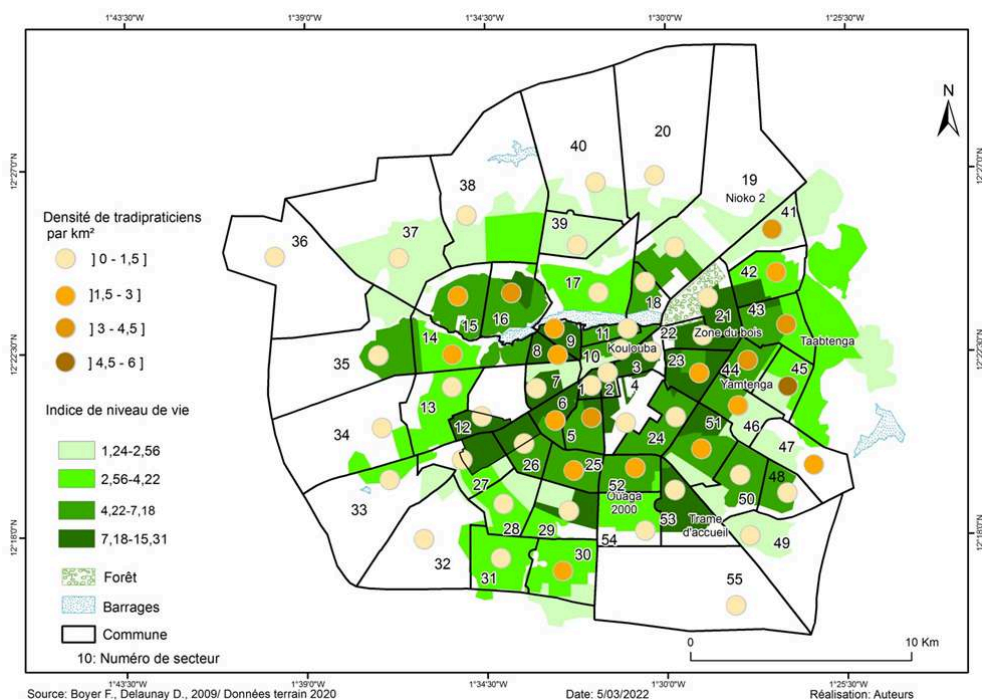
tradipraticiens et des établissements de soins biomédicaux publics et privés dans une démarche comparative. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Indice du plus proche voisin selon les types de structures de soins

	Tradipraticiens (en 2020)	Biomédical privé (en 2014)	Biomédical public (en 2014)
R	0,60	0,77	1,27
Zscore	-16,4	-5,58	3,53
Distance observée	323,5 m	699,2 m	2236,5 m
Distance attendue	539 m	905,7 m	1748,7 m
Valeur p	0	0	0,000400

- 24 L'indice R montre que la distribution spatiale des tradipraticiens est concentrée à l'image des services de santé privés. Le Zscore négatif et supérieur à 1,65 atteste de la significativité du phénomène pour ces deux types d'offre de soins. A l'opposé, l'offre publique de soins présente un indice R précisant la dispersion des établissements, dont le Zscore indique la significativité.
- 25 La concentration des tradipraticiens est également visible à travers les densités spatiales calculées à l'échelle des secteurs administratifs (Carte 2), au nombre de 52 à Ouagadougou. Ces densités ont été superposées au niveau de vie calculé par quartier<sup>2</sup>. Deux observations majeures peuvent être faites à partir de cette spatialisation. Il existe une densification de la présence des tradipraticiens du centre vers la périphérie de la ville. Les secteurs à l'est de la capitale sont les mieux pourvus. Toutefois, la superficie des secteurs périphériques à l'ouest et au nord peut constituer un biais de calcul, puisqu'ils sont plus vastes et pour certains encore faiblement peuplés. Par ailleurs, l'implantation des tradipraticiens est davantage observée dans les quartiers où l'indice du niveau de vie est faible [1,24-4,22] comme dans les quartiers Nioko2, Taabtenga, Yamtenga (à l'est de la ville) se trouvant respectivement dans les secteurs 41, 45. En revanche, ils sont pratiquement absents, voire totalement dans les quartiers 1 200 logements (2 tradipraticiens), Ouaga 2000 (1 tradipraticien), la Zone du Bois, Trame d'accueil (absence de tradipraticiens) correspondant aux secteurs 23, 54, 22 et 53, où l'indice niveau de vie est moyen ou élevé [4,22-15,31]. Par ailleurs, certains quartiers présentent des particularités, comme le quartier Trame d'accueil (secteur 53) qui est un site de relogement des populations de Koulouba en centre-ville, déguerpies lors de l'aménagement de la ZACA. Une absence de tradipraticiens est remarquée dans le quartier et plus globalement une faible densité de tradipraticiens dans le secteur 53.

Carte 2 : Indice de niveau de vie et densité des tradipraticiens



- 26 L'hypothèse d'un lien entre le lieu d'implantation des tradipraticiens et les quartiers de résidence des populations aux revenus modestes pourrait être avancé. Le profil et la répartition des lieux d'exercice permettent d'apporter des éléments d'explication. Il existe quatre types de lieux d'exercice qui vont du domicile au cabinet (Photos 1, 2, 3, 4).

Photo 1 : Lieu d'habitation



Photo 2 : Kiosque



Photo 3 : Un hangar

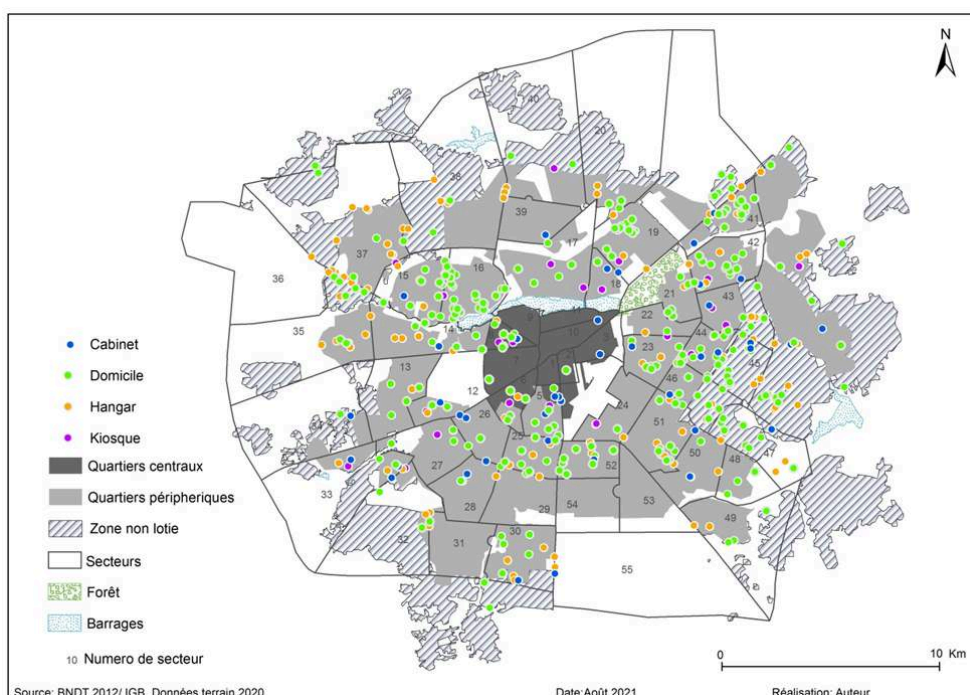


Photo 4 : Un cabinet



- 27 La majorité des tradipraticiens exerce à domicile (Carte 3), principalement ceux établis dans les quartiers non lotis (66 %), puis la propension va décroissante vers la périphérie lotie (59 %) et le centre-ville (48 %). Le second type de lieu privilégié pour pratiquer la médecine traditionnelle est le hangar pour les périphéries, loties (24 %) et non loties (22 %). En revanche, ce sont les cabinets pour les quartiers centraux (26 %).

Carte 3 : Lieux d'exercice des tradipraticiens



- 28 Ainsi dans les quartiers centraux, les lieux d'exercice des tradipraticiens sont composés exactement de 48 % de lieux d'habitation, 26 % de cabinets, 13 % de hangars et le même pourcentage de kiosques. Dans les quartiers périphériques lotis, les lieux d'exercice se répartissent selon les pourcentages suivants : 59 % de lieux d'habitation, 24 % de hangars, 11 % de cabinets et 7 % de kiosques. Enfin dans les quartiers périphériques non lotis, il s'agit pour 66 % de lieux d'habitation, 22 % de hangars, 6 % de kiosques et 5 % de cabinets.
- 29 La présence des cabinets témoigne d'une évolution de l'activité par la volonté de s'approcher des méthodes de la médecine conventionnelle. Dans ces cabinets, les tradipraticiens disposent d'un équipement moderne qui s'éloigne des pratiques habituelles (usage du matériel biomédical, examens médicaux, utilisation des réseaux sociaux, cahiers de registre, etc.). Certains s'inscrivent même dans un processus de référence<sup>3</sup> avec quelques établissements de soins biomédicaux. Ils affichent également leur présence à l'aide d'enseignes publicitaires modernes ou des pancartes indiquant les maladies soignées et des contacts téléphoniques pour une meilleure visibilité (Photos 5 et 6). L'exercice en cabinet reste modeste en périphérie lotie (11 %) et non lotie (5 %). Contrairement au centre-ville, il s'agit plutôt de médecins traditionnels aux pratiques classiques. La majorité d'entre eux (95 %) ne dispose pas d'enseignes publicitaires et justifie ce choix par ces propos :
- « Les néotradipraticiens utilisent les enseignes publicitaires et les réseaux sociaux pour avoir plus de visibilité ne sont pas de vrais tradipraticiens car ce sont les patients ayant été satisfaits des soins prodigués par le tradipraticien qui doivent faire sa publicité et accroître sa notoriété et non le tradipraticien lui-même. »
- 30 Cette quête de visibilité ne se limite pas seulement à l'affichage à l'aide de panneaux publicitaires. L'installation à proximité d'une voie de communication bitumée en fait partie également. Mais elle reste globalement faible et est observée exclusivement dans la partie lotie de la ville, les quartiers non lotis étant par définition exclus des

aménagements urbains. Dans une démarche comparative avec les structures de soins biomédicaux privés (Blot et Spire, 2014), un buffer de 200 mètres a été dessiné le long des axes, seuls 22 % des tradipraticiens sont établis dans cette aire.

Photo 5 : Enseigne publicitaire



Photo 6 : Absence d'enseigne publicitaire



## Discussion

### La médecine traditionnelle : une offre de soins ancrée dans la ville

- 31 L'offre de soins traditionnels peut être assimilée à l'offre de soins conventionnels de premier recours, au regard de ses pratiques et des pathologies qu'elle prend en charge. Elle a longtemps souffert des représentations sociales de certains groupes de population l'associant à des charlatans.

« Le tradipraticien est l'un des acteurs de santé en Afrique dont les pratiques, les techniques de production de soins et les médicaments sont les plus contestés » (Yao et al., 2021, p. 28).

- 32 Cette médecine reste un objet de contradictions, car elle constitue pour beaucoup de malades une offre complémentaire voire alternative à la médecine conventionnelle. Pourtant, la courbe de tendance des installations témoigne de l'expansion de l'activité dans la capitale burkinabè. Ailleurs, les statistiques relatives au nombre de tradithérapeutes en milieu urbain ne démentent pas ce phénomène observé à Ouagadougou. A Yaoundé, Abondo-Ngono et al. (2015) ont dénombré 292 médecins traditionnels en exercice. A Abidjan, 1 401 ont été recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle en 2016 (Kacou et al., 2021). Dans la ville de Lubumbashi, Nama et al. (2021) les ont évalués à 518. Ces praticiens ne sont donc plus la spécificité des « zones rurales reculées où les systèmes de soins conventionnels sont moins présents » (Yao et al., 2021, p. 43) et où la dimension socioculturelle associée à l'origine des maladies est très présente (Djénépo et al. 2003).



## Ouagadougou, une ville duale révélée par les disparités d'implantation des tradipraticiens

33 Cependant, les similarités avec les autres villes africaines semblent s'estomper concernant la répartition géographique. En effet, à Abidjan, par exemple, à peine plus d'un tiers des lieux d'exercice des tradipraticiens se confondent avec le domicile (Manouan et al., 2010) contre plus de la moitié à Ouagadougou. Ce constat n'est pas anodin car il a des implications spatiales. Ainsi, à Abidjan, Kacou et al. (2021, p. 75) observent que « les acteurs de la médecine traditionnelle, s'installent sur tous les espaces disponibles notamment, les carrefours, dans les marchés, sur les gares, le long des voies routières, etc. ». Les voies de communication sont également privilégiées dans la capitale gabonaise.

« Les structures modernes et traditionnelles se positionnent le long des artères principales pour une meilleure visibilité auprès des patients » (Makita-Ikouya et al., 2010, p. 7).

34 Ces auteurs mettent en évidence l'objectif de se rapprocher de leur clientèle potentielle dans leur choix d'implantation. Une démarche adoptée par une infime partie des praticiens à Ouagadougou : les néotradipraticiens.

35 L'essentiel des tradipraticiens dans la capitale burkinabè privilégie les quartiers périphériques. Au Gabon, Makita-Ikouya et al. (2010) avancent l'idée que la périphérie présente des espaces vides favorables à la pratique qui nécessite des « lieux spécifiques, retirés du monde ambiant ». Toutefois, ceci peut être difficilement retenu pour Ouagadougou dont les périphéries, notamment les marges non loties, accusent souvent des densités d'occupation bien plus élevées que les espaces centraux lotis depuis plusieurs décennies (Boyer et al., 2009). Leur présence importante dans cette partie de la ville est révélatrice des contrastes urbains, caractéristiques de la capitale.

« Construits en marge du processus d'urbanisation formel et légal, ces quartiers sont souvent invisibles dans les documents d'urbanisme » (Robineau, 2014).

36 Pourtant, malgré une organisation spatiale proche du village, d'ailleurs, l'accès à ces quartiers se négocie auprès des propriétaires coutumiers, ils constituent des étapes dans le processus d'acquisition d'une parcelle pour devenir propriétaire dans la capitale. Ils sont ainsi marqués « par un nouveau type de relation à la ville hybridant ruralité et urbanité » (Robineau, 2014). Le caractère marginal de ces quartiers explique également la rareté des équipements sociaux de base (Sory et Soura, 2014). Le secteur public est pratiquement absent relayé par des services privés de plus ou moins bonne qualité. La médecine traditionnelle constituerait donc une alternative aux soins pour des populations aux revenus relativement modestes dans cette partie du territoire urbain. En outre, des travaux montrent que les coûts engendrés par les soins conventionnels les rendraient seulement accessibles aux plus aisés (Coulibaly et al., 2021). A Ouagadougou, une étude comparative sur l'automédication, entre un quartier aisé et un quartier pauvre, constatait la plus forte fréquence du recours au traditionnel pour les populations aux revenus les plus faibles (Nikiema, 2014). Ceci est confirmé par les propos d'un tradipraticien implanté au quartier Taabtenga (Ouagadougou) :

« La majorité des habitants des quartiers non lotis ont un revenu faible, cela les incite à avoir recours à la médecine traditionnelle en raison du coût moins élevé de certains traitements, motivant ainsi la présence des tradipraticiens » I R, le 15/09/2021.

- 37 Enfin, la zone non lotie serait, selon Soura et Rossier (2019), un lieu d'établissement important des migrants nés en milieu rural. Or, Bonkougou (2015) a établi que les populations migrant de la zone rurale vers la ville ont l'habitude de se soigner avec la médecine traditionnelle qui est leur premier réflexe en cas de maladie. Et Coulibaly et al. (2021) ont constaté au Mali que la citadinité n'entraînait pas de changement de comportement en matière de soins. Enfin, Van Andel et Carvalheiro (2013) soutiennent l'idée selon laquelle la migration en ville favorise l'installation des tradipraticiens en mentionnant que la principale motivation de l'utilisation de la médecine traditionnelle par les citoyens dans les pays en développement est due à leur familiarité avec les plantes médicinales.
- 38 Ces constats sont renforcés par les lieux d'implantation renouvelés des néotradipraticiens. Leurs choix s'inscrivent davantage dans un modèle commercial à l'image du secteur privé laïc. Ils investissent donc les quartiers centraux, desquels leurs prédécesseurs avaient été bannis, les autorités coloniales assimilant leurs activités à des pratiques occultes (Denis, 2007).

### **L'accessibilité des plantes, un facteur d'implantation primordial pour les médecins traditionnels ?**

- 39 L'accessibilité est une notion multifactorielle (Decoupigny et al., 2007) complexe à mesurer car elle peut recouvrir différents aspects. La démarche géographique s'intéresse plus particulièrement à l'accessibilité physique qui repose sur l'évaluation de la proximité et de la disponibilité (Guagliardo et al., 2004 ; Barlet et al., 2012 ; Chambaud, 2018). Mais en ville, la proximité du lieu de soins ne rime pas forcément avec fréquentation, notamment dans le cas de soins spécifiques (Nikiema et al., 2019). Par ailleurs, plusieurs auteurs ont conclu que la distance en ville n'intervenait pas sur le choix du lieu de soins. Quel que soit le lieu de résidence, la distance avec le lieu de soins ne constitue pas un obstacle au déplacement. La ville est perçue comme un lieu où tout est accessible (Charreire et Combiere, 2006), une observation faite dans différentes études menées à Bamako, Ouagadougou ou dans des villes du Bénin (Coulibaly et al., 2021 ; Doumbouya, 2008). Ces auteurs montrent un accès rapide aux équipements de soins, l'absence de corrélation entre le lieu de résidence du patient et le choix du lieu de soins ou l'absence de distance physique dans les facteurs de non fréquentation lors d'un épisode morbide.
- 40 Classiquement, pour ce qui concerne l'offre de soins conventionnels, on peut considérer que l'accès dépend notamment de l'organisation des soins et du choix laissé aux patients, en même temps que de facteurs culturels (Lucas-Gabrielli et al., 2001). Toutefois, un critère fondamental vient s'ajouter dans le cas des médecins traditionnels. Il s'agit de leur capacité d'accès aux ressources naturelles qui entrent dans la composition des soins prodigués. La proximité avec les lieux de prélèvement est un facteur influençant le lieu d'implantation, soulevé au Gabon par Makita-Ikouaya et al. (2010). Des travaux menés à Ouagadougou font état, également, de nombreux prélèvements réalisés par les tradipraticiens ouagalais dans les zones naturelles périurbaines, bien que des changements soient en cours en raison de la raréfaction des ressources et de l'extension urbaine (Yanogo, 2017).

## Conclusion

- 41 La géolocalisation associée à l'enquête descriptive des tradipraticiens dans la ville de Ouagadougou révèle qu'il s'agit en moyenne d'une femme, de 55 ans, n'ayant pas suivi d'étude et implantée de façon préférentielle dans les quartiers périphériques de la capitale burkinabè. Ce type d'offre de soins a été inclus dans la politique de santé assez récemment, ce qui explique le faible niveau de connaissances, par les autorités, de ces services pourtant souvent sollicités par la population.
- 42 Cette étude a mis en évidence les caractéristiques de l'implantation des tradipraticiens dans la ville de Ouagadougou. Si elles semblent similaires aux structures biomédicales privées, principalement le caractère concentré de la distribution géographique, l'analyse spatiale à l'aide des outils SIG, montre que la concentration se fait particulièrement au profit de quartiers périphériques et n'est pas dépendante de facteurs économiques, comme la visibilité le long des voies de communication bitumées. Bien qu'un nouveau profil, les néotradipraticiens, se dessine, empruntant les outils de la médecine conventionnelle, la majorité des médecins traditionnels à Ouagadougou reste à l'écart des pratiques commerciales du secteur privé. Comme s'ils recherchaient une forme d'invisibilité. Cette attitude ne facilite pas les collaborations avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique qui a mis en œuvre une procédure de reconnaissance officielle des tradipraticiens, dans une démarche de qualité de soins. Pourtant, une planification des choix d'implantation des lieux d'exercice des tradipraticiens pourrait contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins par les plus modestes, dont l'étude révèle la proximité avec les soins traditionnels, et pourrait réduire ainsi les espaces dépourvus d'offre de soins dans la ville de Ouagadougou.
- 

## BIBLIOGRAPHIE

- Abondo-Ngono, R., Tchindjang, M., Essi, M.-J., Ngadjui Tchaleu, B., Beyeme, V. (2015). Cartographie des acteurs de la médecine traditionnelle au Cameroun : cas de la région du centre. *Ethnopharmacologia*, 53, 56-63.
- Adedzi, K. A. (2019). *Culture et santé infantile chez les Agotimés du Togo : Place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique*, Université Laval, 438.
- Bachi, R. (1962). Standard Distance Measures and Related Methods for Spatial Analysis. *Papers in Regional Science*, 10(1), 83-132. <https://doi.org/10.1111/j.1435-5597.1962.tb00872.x>
- Bado, J.-P. (1999). Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale XIXe-XXe siècles. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 86, 322/323, 237-268. <https://doi.org/10.3406/outre.1999.3727>
- Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., Lucas-Gabrielli, V. (2012). L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural, *Pour*, 214(2), 29-40. <https://doi.org/10.3917/pour.214.0029>
-

- Bibeau, G. et Corin, E. (2016). De nouveaux médecins pour l'Afrique : une application au cas du Zaïre, *International Review of Community Development*, (1), 147-159. <https://doi.org/10.7202/1034838ar>.
- Blot, J. et Spire, A. (2014). Déguerpissements et conflits autour des légitimités citadines dans les villes du Sud, *L'Espace Politique*, 22(1). <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.2893>
- Bonkougou, S. (2015). Médecine traditionnelle au Zoundwéogo : une mosaïque de savoirs très prisés. *Sidwaya Quotidien*, <http://www.sidwaya.bf/m-4452-medecine-traditionnelle-au-zoundweogo-une-mosaique-de-savoirs-tres-prises-.html> (consulté le 19 octobre 2018).
- Bonnet, D. (1999). La taxinomie des maladies en anthropologie : Aperçu historique et critique. *Sciences Sociales et Santé*, 17(2), 5-21. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1456>
- Boyer, F. et Delaunay, D. (2009). « Ouaga. 2009 », Peuplement de Ouagadougou et Développement urbain. *Rapport provisoire*. En ligne : <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:OUAGA+2009+Peuplement+de+Ouagadougou+et+Développement+urbain#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Ouaga+2009,+Peuplement+de+Ouagadougou+et+développement+urbain#0>.
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage, *Regards*, 53(1), 19-28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>.
- Charreire, H. et Combier, É. (2006). Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain, *Espace populations sociétés*, 313-327. <https://doi.org/10.4000/eps.1699>.
- CRDI (1979). La médecine traditionnelle au Zaïre, fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé. *Anthropologie et Sociétés*, 7(2), 63, <https://doi.org/10.7202/006144ar>
- Decoupligny, F., Pérez, S., Yordanova, D. (2007). Modélisation de l'accessibilité aux soins. *Territoires en mouvement*, 4, 47-60, <https://doi.org/10.4000/tem.886>
- Denis, P. (2007). La montée de la religion traditionnelle africaine dans l'Afrique du Sud démocratique. *Histoires et missions chrétiennes*, 3, 204.
- Didier, P. (2015) *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*. Université de Bordeaux. <https://theses.hal.science/tel-01272691v2>
- Djénépo, F., Konaté, M., Kanté, B. (2003). Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali. Etude de cas en milieu urbain et rural. *Gestion*, 1-36.
- Doumbouya, M. L. (2008). *Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée*. Université Lumière Lyon 2, 20. halshs-00229696
- Dozon, J. et Sindzingre, N. (1990). Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. *La santé dans le tiers monde*, 12, 11.
- Fainzang, S. (1985). Circoncision, excision et rapports de domination. *Anthropologie et Sociétés*, 9(1), 117. <https://doi.org/10.7202/006243ar>
- Fleuret, S., Hoyez, A. C., Christen, J. (2017). Un système d'information géographique pour mieux comprendre les pratiques d'automédication. *Géocarrefour*, 91(4), <https://doi.org/10.4000/geocarrefour.10191>

- Fournet, F., Meunier-Nikilema, A., Salem, G. (2008). *Ouagadougou une urbanisation différenciée (1850-2004)*. IRD Editions, « Petit atlas urbain ».
- Gruénais, M.-É. (2002). La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale. Dans Gruénais, M.-É., Mebtoul, M. (ed), *Les mondes des professionnels de la santé face aux patients. Santé Publique et Sciences Sociales*, (8-9), 217-239. [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers17-09/010030150.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-09/010030150.pdf).
- Guagliardo M. F., Ronzion C. R., Cheung I., Chacko E., J. J. G. (2004). Physician accessibility: an urban case study of pediatric providers. *Health Place*, 10(3), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2003.01.001>
- Guigma, L. (2019). Le « Marteau », un coup dur sur l'homogénéisation des quartiers de Ouagadougou, 1-36. [https://ateliers.org/media/workshop/documents/Fascicule\\_recherche\\_non-lotis\\_par\\_Leandre\\_guigma.pdf](https://ateliers.org/media/workshop/documents/Fascicule_recherche_non-lotis_par_Leandre_guigma.pdf)
- Kacou, C., Kahounou, E. H., Anoh, K. P. (2021). Structure spatiale des cabinets de soins traditionnels à Abidjan : conséquences sur l'accessibilité des soins, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 4(7), 193-208.
- Ky, J. (2018). Ville de Ouagadougou : 600 km<sup>2</sup> de superficie avec 3 millions d'habitants. <http://news.aouaga.com/h/121519.html>.
- Lefebvre, F. (2019). *Politiques de l'espace et condition citadine Modèles, Pratiques, Représentations, Résistances à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Université de Lille, 1-555.
- Louder, D. R., Bisson, M. and La Rochelle, P. (1974). Analyse centrographique de la population du Québec de 1951 à 1971. *Cahiers de géographie du Québec*, 18(45), 421-444. <https://doi.org/10.7202/021221ar>
- Lucas-Gabrielli, V., Nabet, N., Tonnellier, F. (2001). Les soins de proximité : une exception Française ? *Bulletin d'information en économie de la santé*, 39.
- Makita-Ikouaya, E., Milleliri, J.-M., Rudant, J.-P. (2010). Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 20(4), 179-188. <https://doi.org/10.1684/SAN.2010.0209>
- Manouan, N. J., N'Guessan, B. B., Kroa, E., Tiembré, I. (2010). Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District Autonome d'Abidjan. *Journal of Ethnopharmacologia*, 46, 75-80.
- Monnais-Rousselot, L. (2006). De la reproduction d'une idéologie à la naturalisation d'un système. Essai sur la médecine « moderne » au Viêt nam avant la Deuxième Guerre mondiale. *Outre-mers*, 93(352), 171-207. <https://doi.org/10.3406/outre.2006.4231>
- Moukoro, P. P., Coulibaly, S. and Kamate, Z. (2021). Management of mental disorders in rural Mali: what articulation between the two systems of care (conventional and traditional) at the Regional Research Center in Traditional Medicine of Bandiagara? *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 3, 13.
- Nama, M., Lunkuntu, K., Malonga, K. F., Kahumba, B. J., Kakoma, S. (2021). Cartographie et caractéristique des tradipraticiens et phytothérapie en médecine traditionnelle dans la ville de Lumumbashi en RDC, *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 1(4), 72-88.
- Ndonky, A., Lalou, R. and Ndiaye, I. (2019). Analyse de la diffusion spatiale du sanio dans le sud-ouest du bassin arachidier du Sine (Sénégal). *Cybergeo, Cartographie, Imagerie, SIG*, document 922. <https://doi.org/10.4000/cybergeo.33518>

- Nikiema, A., Bonnet, E., Tougma, A., Le Marcis, F., Closer is not better. Distance and proximity in the use of health care by women living with HIV and AIDS in Ouagadougou (Burkina Faso). *Cybergeo*, Space, Society, Territory, document 883. <https://doi.org/10.4000/cybergeo.31502>
- OMS (2002). *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*, p. 78.
- Robineau, O. (2014). Les quartiers non-lotis : espaces de l'entre-deux dans la ville Burkinabé. *Carnets de Géographes*, 7, 13.
- Sardan de, O., (1999). Les représentations des maladies : des modules ? Dans Sardan de, O., Jaffré, J.-P. (ed.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Presses Universitaires de France, 15-40.
- Sissoko, M. (2016). Chapitre 4. Comment guider les tradipraticiens pour qu'ils jouent un rôle dans les changements de comportement, notamment du couple « mère-enfant » ?, *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne*, IRD Editions, 35-41. <https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.5096>
- Sory, I., Soura, A. (2014). Recourir à l'entre-deux : une proposition pour mieux nommer et décrire la production des espaces informels de Ouagadougou. *Carnets de géographes*, (7), 0-16. <https://doi.org/10.4000/cdg.528>
- Soura, B. A., Roussier, C. (2019). L'observatoire de population de Ouagadougou : généralités, dynamique et profil sociodémographique. Dans Roussier, C., Soura, B. A., Duthé, G. (ed.), *Inégalités de santé à Ouagadougou : Résultats d'un observatoire de population urbaine au Burkina Faso*, Ined Editions, 37-69.
- Van Andel, T., Carvalheiro, L. G. (2013). Why urban citizens in developing countries use traditional medicines : The case of suriname. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/687197>
- Yanogo, S. E. (2017) *Apport de la géomatique dans la promotion de la médecine traditionnelle*.
- Yao, K. D., Dalougou, G. D., Zambe, A. (2021). Représentations sociales des tradipraticiens et problématique de leur insertion dans le système de santé public en Côte d'Ivoire, *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 2(3).
- Yaya, S. and Ilek-Priouzeau, S. (2011). Accès et équité dans les systèmes de soins de santé en Afrique, 27. <http://hdl.handle.net/10393/20654>.

## NOTES

1. La réduction des distances d'accès aux soins de santé primaire a constitué un axe fondamental de la politique d'Alma-Ata en 1978 (Meunier, 2000). Si d'autres axes comme l'accès financier, la qualité des soins, etc participent désormais à la construction des politiques de soins en Afrique, la distance entre l'offre de soins et les populations reste un indicateur toujours utilisé par les autorités et disponible dans les annuaires statistiques du Ministère de la santé et de l'hygiène publique au Burkina Faso
2. Les niveaux de vie par quartier sont issus d'une étude réalisée par Boyer et al. en 2009. Le calcul repose sur la possession d'équipements individuels et l'accès à des équipements collectifs. Malgré son ancienneté le profil moyen dressé par quartier reste représentatif des disparités observées actuellement
3. Processus par lequel on recommande un malade vers une autre structure de soins

---

## RÉSUMÉS

Les tradipraticiens, dont les activités sont reconnues et intégrées au système de soins burkinabè depuis les années 1990, sont assez mal connus des autorités sanitaires contrairement aux structures de soins biomédicaux. Or, les études sur le recours aux soins montrent leur utilisation fréquente par les populations. Pourtant, aucune base de données ne permet de disposer d'informations précises sur leur disponibilité et leur répartition spatiale en milieu urbain. Une collecte géolocalisée associée à un questionnaire a permis de recenser 464 tradipraticiens dans la ville de Ouagadougou. L'analyse spatiale, basée sur la moyenne du plus proche voisin et l'analyse centrographique, révèle une installation préférentielle de ces praticiens dans les quartiers périphériques (92,8 %) avec une forte présence dans les marges urbaines non loties et éloignées des sites commerciaux attractifs. Toutefois, une nouvelle catégorie semble émerger, dont les pratiques et les lieux d'implantation sont plus proches des préoccupations lucratives des structures de soins conventionnels privés : les néotradipraticiens. Ils ne représentent toutefois qu'une faible part de cette catégorie de soignants dont la répartition spatiale est assez révélatrice de l'organisation spatiale de la ville.

## INDEX

**Mots-clés :** médecine traditionnelle, structures de soins privées, répartition spatiale, Ouagadougou

## AUTEURS

### SIDBENIWENDE ESAÏE YANOGO

Doctorant, Université Joseph Ki-Zerbo (Burkina Faso)

### AUDE NIKIEMA

Maîtresse de recherche, INSS/CNRST (Burkina Faso)