

Légitimation sociale et efficacité perçue : trajectoires de soin autour de l'usage de l'argile dans le traitement de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire

Social legitimacy and perceived effectiveness: care trajectories around the use of clay in the treatment of Buruli ulcer in Ivory Coast

OUATTARA Lhaur-Yaigaiba Annette

Enseignant-Chercheur

Université Nangui ABROGOUA

Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire

Laboratoire des Sciences de l'Environnement

Côte d'Ivoire

Date de soumission : 15/04/2025

Date d'acceptation : 01/06/2025

Pour citer cet article :

OUATTARA. L (2025) «Légitimation sociale et efficacité perçue : trajectoires de soin autour de l'usage de l'argile dans le traitement de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire.», Revue Internationale du chercheur «Volume 6 : Numéro 2» pp : 986 - 1005

Résumé

Cette étude sociologique explore la légitimation sociale et l'efficacité perçue de l'usage de l'argile dans le traitement de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, à partir d'une enquête qualitative menée au centre de santé d'Aboutou. L'échantillon comprend 23 participants : anciens patients, accompagnants familiaux, tradipraticiens et agents de santé. L'étude met en lumière un pluralisme médical dynamique dans lequel les patients naviguent entre médecine biomédicale et savoirs endogènes, selon une logique pragmatique guidée par l'expérience corporelle et les résultats visibles. L'argile, valorisée pour ses propriétés sensorielles (assèchement, cicatrisation, soulagement de la douleur), est socialement reconnue à travers une transmission communautaire intergénérationnelle et un ancrage territorial fort. Toutefois, cette reconnaissance sociale contraste avec la faible institutionnalisation des pratiques thérapeutiques endogènes, révélant une fracture épistémologique persistante entre savoirs locaux et normes biomédicales. L'étude souligne que l'efficacité thérapeutique est socialement construite et repose sur des critères expérientiels situés. Elle appelle à une revalorisation des savoirs vernaculaires et à l'instauration de dispositifs de médiation entre acteurs de santé conventionnelle et tradipraticiens, dans une perspective de justice cognitive et de santé inclusive. Ce travail contribue ainsi à une réflexion critique sur les rapports de pouvoir dans la définition légitime du soin.

Mots-clés : savoirs endogènes, ulcère de Buruli, argile thérapeutique, efficacité perçue, pluralisme médical.

Abstract

This sociological study explores the social legitimacy and perceived effectiveness of clay use in the treatment of Buruli ulcer in Côte d'Ivoire, based on a qualitative investigation conducted at the Aboutou health center. The sample consists of 23 participants, including former patients, family caregivers, traditional healers, and health workers. The study reveals a dynamic medical pluralism in which patients navigate between biomedical care and endogenous knowledge, guided by pragmatic logics rooted in bodily experience and visible outcomes. Clay, valued for its sensory properties (drying, healing, pain relief), is socially legitimized through intergenerational community transmission and strong territorial anchoring. However, this local recognition contrasts with the weak institutionalization of therapeutic practices derived from traditional knowledge, highlighting a persistent epistemological gap between community-based knowledge and biomedical norms. The study emphasizes that therapeutic effectiveness is socially constructed and based on situated experiential criteria. It calls for the revalorization of vernacular knowledge and the establishment of mediation mechanisms between conventional health actors and traditional practitioners, in a perspective of cognitive justice and inclusive healthcare. This research contributes to a critical reflection on power relations in the legitimate definition of care and on the conditions for the equitable integration of traditional medicine into public health policies.

Keywords: endogenous knowledge, Buruli ulcer, therapeutic clay, perceived effectiveness, medical pluralism.

Introduction

L'ulcère de Buruli, infection nécrosante causée par *Mycobacterium ulcerans*, constitue un problème de santé publique majeur en Afrique de l'Ouest. Cette maladie tropicale négligée est endémique dans plus de 30 pays, principalement en Afrique subsaharienne. Entre 2002 et 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a enregistré environ 9 700 cas au Bénin, 11 300 au Ghana et plus de 21 300 en Côte d'Ivoire, faisant de cette dernière le pays le plus touché de la région (WHO, 2017). En Côte d'Ivoire, les statistiques nationales montrent une tendance à la baisse du nombre de cas notifiés, passant de 2 679 en 2009 à 376 en 2016, bien que la maladie reste préoccupante, notamment dans les zones rurales mal desservies (WHO, 2017). Par conséquent, les conséquences de l'ulcère de Buruli sont graves : lésions destructrices, incapacités permanentes, stigmatisation sociale et marginalisation économique. Ces réalités appellent, dès lors, une compréhension globale des itinéraires thérapeutiques mobilisés par les populations.

Face à ces défis sanitaires, il convient de souligner que le traitement biomédical standard repose sur une bithérapie antibiotique (rifampicine et clarithromycine), complétée par des soins locaux et, dans certains cas, par des interventions chirurgicales. Toutefois, dans les zones rurales marquées par la pauvreté infrastructurelle et l'insuffisance des plateaux techniques, ces traitements sont fréquemment perçus comme coûteux, peu accessibles, parfois inefficaces, voire même traumatisants. Ainsi, comme le relèvent Jaffré et Olivier de Sardan (2003), de nombreux patients déplorent une distance symbolique et sociale persistante avec le système de soins formel, perçu comme éloigné de leurs réalités. C'est dans ce contexte que de nombreuses personnes affectées se tournent vers des alternatives thérapeutiques, souvent enracinées dans les savoirs endogènes. Parmi ces recours, l'usage de l'argile se démarque comme une pratique à la fois empirique, accessible et culturellement légitime. Loin d'être marginal, ce recours s'inscrit dans un système de représentations et de pratiques qui valorisent l'efficacité visible, la proximité du soin et la continuité avec les traditions locales. L'expérience sensible des usagers caractérisée par l'assèchement des plaies, la diminution de la douleur ou la cicatrisation visible renforce la confiance dans l'argile comme vecteur de guérison. Ainsi, l'argile ne se résume pas à un simple remède empirique : elle incarne un savoir communautaire transmis oralement, conjuguant pragmatisme sanitaire et ancrage symbolique.

Dans ce cadre, plusieurs interrogations fondamentales émergent. D'une part, comment s'opère la construction sociale de l'efficacité dans un contexte de pluralisme thérapeutique ? D'autre

part, quelles sont les conditions sociales, symboliques ou scientifiques qui favorisent la reconnaissance ou, au contraire, la disqualification des pratiques issues des savoirs endogènes? Enfin, comment ces pratiques s'insèrent-elles dans un champ médical dominé par la biomédecine occidentale ? Dès lors, le problème de recherche peut se résumer comme suit : comment se construit la légitimation sociale de l'argile dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, et selon quels critères les usagers évaluent-ils son efficacité ?

Pour y répondre, l'analyse adopte une perspective sociologique s'appuyant sur plusieurs cadres théoriques. Cette recherche s'inscrit ainsi dans une posture constructiviste selon laquelle les phénomènes de santé sont compris comme des constructions sociales historiquement et culturellement situées. Elle repose sur l'idée que les catégories de maladie, de soin et d'efficacité thérapeutique ne sont pas universelles mais façonnées par les contextes socioculturels, les rapports sociaux et les expériences vécues. Dans cette optique, l'analyse ne vise pas à mesurer une efficacité universelle et objectivable, mais à comprendre comment les acteurs sociaux (patients, tradipraticiens, accompagnants et agents de santé) définissent eux-mêmes ce qu'est un soin légitime et pertinent. Le choix d'une approche interprétative permet d'accorder une place centrale aux significations attribuées par les usagers aux pratiques thérapeutiques, en particulier à l'usage de l'argile.

Ce positionnement épistémologique rejoint les travaux en sociologie de la santé qui valorisent les savoirs vernaculaires et endogènes (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Langwick, 2011), entendus comme des systèmes de connaissance produits localement, issus de l'expérience collective et de la transmission intergénérationnelle. Ces savoirs, bien que souvent disqualifiés dans les systèmes de santé formels, jouent un rôle fondamental dans la structuration des itinéraires thérapeutiques en Afrique subsaharienne. Par ailleurs, les rationalités expérientielles (Mol, 2002 ; Kleinman, 1980), fondées sur le vécu corporel et émotionnel du soin, complètent cette analyse en montrant comment l'efficacité perçue repose moins sur des critères cliniques que sur des transformations visibles et sensibles du corps. Enfin, les approches critiques des hiérarchies de savoirs (Harding, 1991 ; Santos, 2007) permettent d'interroger la marginalisation institutionnelle des pratiques issues des savoirs endogènes, tout en réaffirmant leur légitimité socioculturelle.

Ainsi, l'argile est ici étudiée non comme un simple objet thérapeutique, mais comme un vecteur de significations sociales, d'identités collectives et de résistance aux formes dominantes de

légitimation biomédicale. Cette posture théorique vise à produire une connaissance qui valorise les dynamiques locales de soin et interroge les conditions sociales de leur reconnaissance. Dans cette perspective, cette recherche présente non seulement un intérêt scientifique, mais aussi une portée sociopolitique majeure. En effet, la prise en compte des rationalités communautaires soulève des enjeux importants quant à l'inclusivité et à la reconnaissance épistémique au sein des systèmes de santé contemporains, sans pour autant présupposer une opposition systématique entre médecine conventionnelle et savoirs endogènes. Ce positionnement rejoint également les réflexions de Y. Razkaoui (2023), qui, dans *L'identité africaine : au carrefour des langues et des cultures*, souligne que les systèmes symboliques et linguistiques africains, porteurs d'identités collectives et de logiques locales, conditionnent les formes de reconnaissance et d'interprétation sociale, y compris dans les pratiques de soin et d'efficacité thérapeutique. Pour l'auteur, les savoirs vernaculaires ne sont pas seulement culturels, mais également cognitifs, et méritent d'être pensés comme de véritables leviers de transformation sociale.

Dans ce cadre, plusieurs interrogations fondamentales émergent. D'une part, comment s'opère la construction sociale de l'efficacité dans un contexte de pluralisme thérapeutique ? D'autre part, quelles sont les conditions sociales, symboliques ou scientifiques qui favorisent la reconnaissance ou, au contraire, la disqualification des pratiques issues des savoirs endogènes ? Enfin, comment ces pratiques s'insèrent-elles dans un champ médical dominé par la biomédecine occidentale ? Dès lors, le problème de recherche peut se résumer comme suit : comment se construit la légitimation sociale de l'argile dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, et selon quels critères les usagers évaluent-ils son efficacité ?

Pour répondre à ces interrogations, une approche qualitative a été privilégiée, reposant sur des entretiens semi-directifs et des observations directes menées entre 2022 et 2023 dans le centre de santé d'Aboutou. L'échantillon comprend 23 personnes, réparties en quatre catégories : anciens patients, accompagnants familiaux, tradipraticiens et agents de santé. Les données recueillies ont été analysées selon une méthode thématique inductive, avec l'appui du logiciel MAXQDA.

Dans cette optique, l'analyse s'appuie sur une posture constructiviste, mobilisant plusieurs cadres théoriques issus de la sociologie de la santé, de l'anthropologie des savoirs et des approches critiques des hiérarchies cognitives. L'article s'articule en trois parties principales.

La première explore les logiques d'ajustement thérapeutique et les pratiques de recours différencié aux soins dans un contexte de pluralisme médical. La deuxième partie analyse les critères empiriques, sensoriels et sociaux qui structurent l'évaluation de l'efficacité de l'argile par les usagers. Enfin, la troisième partie discute les tensions entre reconnaissance communautaire et faible institutionnalisation des savoirs endogènes, en interrogeant les conditions d'une intégration équitable dans les politiques de santé publique. eure reconnaissance des pratiques de santé vernaculaires dans les systèmes formels.

1. Méthodologie

1.1. Méthode de collecte et techniques d'enquête

Dans le cadre de cette recherche, menée en collaboration avec le centre de santé d'Aboutou une approche qualitative a été privilégiée afin de recueillir les représentations, les pratiques et les expériences liées à l'usage de l'argile dans le traitement de l'ulcère de Buruli. Cette approche permet en effet de comprendre en profondeur les logiques sociales, les savoirs vernaculaires et les trajectoires thérapeutiques qui échappent souvent aux méthodes standardisées.

Les données ont été collectées à travers 23 entretiens semi-directifs, menés entre 2022 et 2023, en langue locale avec le concours d'un traducteur formé. Les entretiens ont été enregistrés après obtention du consentement libre et éclairé des participants, et ont duré entre 30 minutes et une heure. En complément, des observations directes ont été effectuées dans les foyers, les lieux informels de soins, ainsi qu'au sein du centre de santé, afin de capter les interactions, les gestes et les discours liés à l'usage de l'argile dans un contexte naturel.

Le choix de cette taille d'échantillon repose sur le principe de saturation théorique, central en recherche qualitative (Glaser & Strauss, 1967). En effet, l'enquête s'est poursuivie jusqu'à ce que les nouvelles données n'apportent plus d'éléments substantiellement nouveaux aux dimensions thématiques identifiées, garantissant ainsi la redondance interprétative et la richesse analytique des résultats. Ce seuil a permis d'assurer à la fois la diversité des profils (en termes de rôles, de rapports au soin, de pratiques) et la cohérence des discours collectés.

1.2. Échantillonnage et population enquêtée

L'échantillon a été constitué selon la méthode de l'échantillonnage raisonné à visée théorique. L'objectif n'étant pas la représentativité statistique mais la richesse analytique, les personnes sélectionnées devaient répondre à des critères précis :

- avoir été atteintes de l'ulcère de Buruli et avoir eu recours à l'argile dans leur parcours de soin ;
- être impliquées, en tant qu'accompagnants, dans l'administration ou le suivi du traitement ;
- exercer comme tradipraticiens dans la région ;
- ou encore, travailler dans un centre de santé local en tant qu'agent de santé.

L'échantillon comprend ainsi 23 participants : douze anciens patients, quatre accompagnants familiaux, cinq tradipraticiens et deux agents de santé.

1.3. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées selon une méthode thématique inductive, avec le soutien du logiciel MAXQDA. La grille d'analyse a été construite autour de quatre axes principaux :

- la perception de l'efficacité de l'argile ;
- les trajectoires de soin observées ;
- la légitimation sociale et symbolique du recours à l'argile ;
- et enfin, les dynamiques relationnelles entre les différents acteurs du soin.

Cette méthode permet d'articuler les discours individuels aux logiques collectives et de dégager les récurrences, les tensions et les zones de négociation entre médecine conventionnelle et médecine populaire.

1.4. Facteurs d'inclusivité

Afin d'assurer l'inclusivité de l'étude, une attention particulière a été portée à la diversité des profils enquêtés. Les participants ont été choisis en tenant compte du genre, de l'âge, du statut social et du rôle dans le processus de soin. Cette hétérogénéité permet de mieux appréhender la complexité des rationalités thérapeutiques à l'œuvre et d'éviter une vision homogène des pratiques de recours. Par ailleurs, les outils d'enquête ont été adaptés au contexte local pour

faciliter la participation : langage simplifié, respect des codes culturels et valorisation du savoir des interlocuteurs.

1.5. Cadre éthique

Cette recherche a été conduite dans le respect des principes éthiques fondamentaux applicables aux enquêtes qualitatives en sciences sociales. Avant chaque entretien, un consentement libre, éclairé et volontaire a été obtenu oralement auprès des participants. Ils ont été informés de la nature de l'étude, de ses objectifs, des modalités de leur participation et de leur droit de se retirer à tout moment sans préjudice. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis par la l'abréviation des prénoms et la neutralisation des indices géographiques ou identifiants pouvant compromettre la vie privée des personnes interrogées. Par ailleurs, la démarche a intégré une sensibilité interculturelle, en respectant les codes sociaux et les formes de communication propres aux communautés concernées. Aucune pression n'a été exercée sur les participants pour les inciter à participer. Enfin, la coopération avec le centre de santé d'Aboutou s'est inscrite dans une logique de partenariat scientifique éthique, reconnaissant la légitimité des acteurs locaux et leur expertise contextuelle.

2. Résultats

2.1. Une logique d'action pragmatique : ajustement thérapeutique et pluralisme médical

Les résultats de terrain révèlent que les trajectoires thérapeutiques empruntées par les personnes atteintes de l'ulcère de Buruli ne suivent pas un modèle linéaire mais se caractérisent, au contraire, par des ajustements successifs guidés par une logique pragmatique. En effet, les patients naviguent entre différents systèmes de soin selon leur accessibilité, leur efficacité perçue et les expériences accumulées. L'argile devient ainsi un recours privilégié, souvent mobilisé après l'échec du traitement biomédical ou en complément de celui-ci. À titre illustratif, une enquêtée confie :

« J'ai d'abord essayé l'hôpital, mais les médicaments ne faisaient rien. Après, ma mère m'a dit d'utiliser l'argile. Quand on a commencé, j'ai vu que la plaie séchait et que ça faisait moins mal. Alors, on a continué. » (Femme, 42 ans, patiente)

De manière significative, les personnes interrogées ne rejettent pas la médecine moderne, mais évaluent l'efficacité des traitements à partir de critères concrets : soulagement visible, rapidité de la cicatrisation, réduction de la douleur. Cette logique d'ajustement s'inscrit dans une dynamique de pluralisme médical actif, dans laquelle les savoirs biomédicaux et endogènes coexistent et sont combinés selon les besoins et les ressources disponibles. Un tradipraticien précise à ce sujet :

« L'argile, c'est ce que les anciens utilisaient. Ce n'est pas contre les médicaments, mais c'est ce qui marche ici. Quand on voit que ça sèche la plaie, on continue avec. »

Ainsi, les parcours thérapeutiques observés sont marqués par une réorganisation empirique des recours, où l'efficacité n'est pas définie de manière théorique, mais expérimentée dans le corps et dans le quotidien des malades. Ce pragmatisme sanitaire, observable à travers les récits et les pratiques, participe à la construction sociale de la légitimité de l'argile comme ressource thérapeutique crédible.

2.2. Efficacité perçue et critères sensoriels : une validation empirique située

Au fil des entretiens, il apparaît que l'efficacité de l'argile est majoritairement évaluée à partir de critères sensoriels et visuels, construits à travers l'expérience corporelle du soin. En d'autres termes, la reconnaissance du traitement comme efficace repose sur des indicateurs tangibles tels que la diminution de l'inflammation, l'assèchement de la plaie, la disparition du pus ou encore la réduction de la douleur. Ces critères, bien que non biomédicaux, s'avèrent fondamentaux dans la structuration de la confiance thérapeutique. Ainsi, une patiente relate :

« Avant, la plaie coulait tout le temps, ça faisait très mal. Quand on a mis l'argile pendant quelques jours, ça s'est arrêté. On a su que c'était ça qui marchait. » (Femme, 37 ans, patiente)

Les discours des usagers montrent une corrélation directe entre la visibilité des résultats et la légitimité du traitement. Il ne s'agit donc pas uniquement de croyances, mais d'une validation progressive, expérimentée dans le corps, observable par l'entourage, et transmise de proche en proche. Un accompagnant affirme à ce propos :

« C'est quand on voit que la peau commence à se refermer qu'on croit. Et quand c'est le voisin ou un parent qui confirme que lui aussi a guéri comme ça, ça donne du courage. »

Dès lors, ces critères sensoriels deviennent des vecteurs de preuve sociale, qui renforcent l'ancrage de l'argile dans les pratiques thérapeutiques locales. Ce processus rejoint la posture selon lesquelles la matérialité du soin participe à la définition même de ce qui est perçu comme thérapeutique. Dans le cas de notre étude, l'argile agit non seulement sur le corps, mais aussi sur le regard que la communauté porte sur le processus de guérison. En somme, l'efficacité perçue de l'argile ne repose pas sur une validation biomédicale formelle, mais sur une accumulation de signes corporels jugés significatifs par les usagers, formant ainsi une rationalité expérientielle pleinement intégrée aux logiques de soin locales.

2.3. Légitimation sociale et ancrage communautaire : vers une reconnaissance partagée du soin

Les récits recueillis sur le terrain montrent que l'argile ne tire pas seulement sa légitimité de son efficacité corporelle, mais également de son ancrage dans les dynamiques sociales et les réseaux de transmission communautaire. En effet, la reconnaissance de l'argile comme soin crédible repose largement sur la validation collective par les proches, les anciens et les figures d'autorité locale.

Comme en témoigne une accompagnante :

« J'ai vu ma mère soigner mon petit frère avec cette argile, et ça avait marché. Quand mon fils a eu la même maladie, j'ai fait pareil. »

Ce mode de transmission intergénérationnelle constitue un mécanisme de légitimation sociale puissant. Il inscrit l'argile dans une mémoire collective de l'efficacité, consolidée par l'expérience et partagée dans l'espace domestique et villageois. Ainsi, l'usage de l'argile ne relève pas seulement d'un choix individuel, mais s'appuie sur une économie morale du soin, dans laquelle la confiance accordée au traitement est soutenue par l'approbation communautaire. Un tradipraticien renchérit :

« L'argile qu'on utilise, c'est celle que nos parents utilisaient. On sait que ça soigne parce qu'on a vu les résultats depuis longtemps. Ce n'est pas nouveau. »

Ce processus de légitimation renvoie à la justice cognitive, c'est-à-dire la reconnaissance de la valeur des savoirs issus des communautés locales, souvent marginalisés dans les systèmes de santé dominants. En réaffirmant la validité de ces pratiques au sein de l'espace social, la communauté participe à la construction d'un régime de vérité local, dans lequel l'argile devient une ressource thérapeutique institutionnalisée dans les usages quotidiens.

Ainsi, l'efficacité de l'argile est non seulement corporelle et sensible, mais aussi sociale : elle est discutée, transmise, confirmée et réactivée dans le tissu relationnel, participant ainsi à une forme de légitimation horizontale, enracinée dans l'expérience partagée et le savoir collectif. Par ailleurs, la démarche a intégré une sensibilité interculturelle, en respectant les codes sociaux et les formes de communication propres aux communautés concernées. Aucune pression n'a été exercée sur les participants pour les inciter à participer. Enfin, la coopération avec le centre de santé d'Aboutou s'est inscrite dans une logique de partenariat scientifique éthique, reconnaissant la légitimité des acteurs locaux et leur expertise contextuelle.

2.4. Matérialité du soin et écologie thérapeutique : une inscription territoriale du savoir

Les pratiques thérapeutiques liées à l'usage de l'argile s'inscrivent également dans un rapport étroit au territoire et à l'environnement local. En effet, les sites de prélèvement d'argile sont désignés de manière précise par les tradipraticiens et les anciens du village, souvent qualifiés de « lieux puissants » ou de « terres guérisseuses ». Cette localisation participe à la construction symbolique de l'efficacité, fondée non seulement sur la matière elle-même, mais sur sa provenance. Un tradipraticien confie :

« Ce n'est pas toute argile qui soigne. Il y a des endroits où l'argile est plus forte. Ce sont les vieux qui nous ont montré. »

Cette dimension géographique et symbolique renforce l'idée selon laquelle la nature et le soin sont intimement liés dans l'imaginaire local. L'environnement devient ainsi un acteur à part entière du processus thérapeutique, doté de propriétés reconnues et respectées. De plus, les gestes liés à l'extraction, à la préparation et à l'application de l'argile sont souvent accompagnés de recommandations ou de prescriptions culturelles. Ces pratiques ritualisées ne relèvent pas

uniquement du folklore, mais traduisent une relation de respect envers les éléments naturels perçus comme détenteurs de pouvoirs curatifs. Une enquêtée indique :

« On ne prend pas l'argile comme ça. Il faut demander à la terre. Sinon, ça ne marche pas. »

Ainsi, l'efficacité thérapeutique de l'argile se construit dans une dynamique territorialisée, où s'entrelacent matérialité, spiritualité et mémoire collective. L'argile ne soigne pas uniquement par ses propriétés physicochimiques, mais par l'ensemble des représentations et des pratiques sociales qui l'entourent. Ce lien entre nature, savoir et soin renforce la légitimité de l'argile comme dispositif thérapeutique endogène. Il illustre également la manière dont les communautés locales développent une intelligence écologique du soin, fondée sur la connaissance fine de leur environnement et sur des formes de transmission ancrées dans l'expérience. et les formes de communication propres aux communautés concernées. Aucune pression n'a été exercée sur les participants pour les inciter à participer. Enfin, la coopération avec le centre de santé d'Aboutou s'est inscrite dans une logique de partenariat scientifique éthique, reconnaissant la légitimité des acteurs locaux et leur expertise contextuelle.

2.5. Des savoirs éprouvés mais invisibilisés : une fracture épistémologique persistante

Les témoignages recueillis sur le terrain mettent en évidence une tension persistante entre l'efficacité reconnue de l'argile dans les communautés locales et son absence de reconnaissance officielle dans les structures de santé. Bien que de nombreux patients rapportent une amélioration notable de leur état grâce à l'utilisation de l'argile, cette pratique demeure perçue comme informelle, voire illégitime, par une partie du personnel médical ou des institutions de santé publique. Une patiente explique :

« Même quand on voit que ça marche, à l'hôpital on ne veut pas entendre parler de l'argile. C'est comme si ce qu'on fait ne compte pas. »

Ce rejet n'est pas toujours explicite, mais il se manifeste à travers le silence, l'absence de prise en compte, ou encore par la crainte des agents de santé d'associer leur pratique à celle des tradipraticiens. Certains soignants rencontrés reconnaissent en privé l'efficacité de l'argile, tout en avouant ne pouvoir en parler publiquement. Un agent de santé confie :

*« J'ai vu des patients aller mieux avec ça, mais dans notre protocole, ce n'est pas prévu.
On ne peut pas le recommander. »*

Cette situation reflète une fracture épistémologique persistante entre les savoirs expérientiels issus du terrain et les savoirs validés par l'institution. Les pratiques communautaires de soin, bien qu'ancrées, diffusées et validées par l'expérience, ne trouvent pas leur place dans les discours officiels ou les programmes de santé. Cela alimente un sentiment d'exclusion symbolique chez les usagers et tradipraticiens, renforçant parfois une forme de méfiance à l'égard des structures biomédicales.

Dès lors, l'usage de l'argile ne relève pas uniquement d'une question thérapeutique, mais devient aussi une expression de résistance face à un système de santé perçu comme normatif et peu perméable aux savoirs locaux. La reconnaissance différenciée de cette pratique interroge non seulement les critères de légitimation du soin, mais également les rapports de pouvoir qui structurent les espaces de validation scientifique. Ainsi, l'écart entre usage reconnu et reconnaissance institutionnelle révèle une forme d'injustice cognitive vécue par les communautés. Il souligne la nécessité d'un dialogue ouvert entre différentes formes de savoirs, sans hiérarchisation a priori, afin de permettre une approche véritablement inclusive du soin.

3. Discussion

3.1. Trajectoires de soin fragmentées et stratégies d'ajustement thérapeutique

Dans un premier temps, l'analyse s'est attachée à comprendre les logiques pratiques et adaptatives à l'œuvre dans les parcours de soins des patients atteints de l'ulcère de Buruli. Cette section met en évidence les mécanismes de réajustement opérés par les patients en contexte de précarité thérapeutique. Les trajectoires de soin observées à Bocanda illustrent une approche pragmatique des patients, où les parcours thérapeutiques sont marqués par des ajustements successifs en réponse aux expériences vécues. Loin d'être linéaires, ces trajectoires reflètent une construction sociale dynamique des soins, dans laquelle les patients réévaluent continuellement les traitements en fonction de l'efficacité perçue et des résultats observés. Cette observation corrobore les travaux de Kleinman (1980), qui soutient que les patients élaborent leurs propres modèles explicatifs de la maladie et de son traitement, souvent en fonction de l'expérience vécue, des attentes sociales et des ressources disponibles.

Cette flexibilité des parcours de soins s'exprime par une oscillation entre soins biomédicaux et recours à des remèdes traditionnels, comme l'argile. Ce recours ne constitue pas un rejet des

soins biomédicaux, mais plutôt une réponse pragmatique à des traitements jugés inefficaces ou inaccessibles. Cette dynamique de réajustement, où les patients alternent entre différents systèmes thérapeutiques, rejoint le concept de « pluralisme médical actif » proposé par Menéndez (2005). Dans ce cadre, l'argile est perçue comme une alternative efficace, souvent mobilisée après un échec des traitements conventionnels. De plus, les acteurs familiaux jouent un rôle déterminant dans la décision thérapeutique, en particulier les femmes, qui assurent l'accompagnement du malade et la gestion du soin. Cette configuration sociale correspond à la notion de « thérapie collective » décrite par Janzen (1978), où les choix thérapeutiques sont partagés et validés au sein du groupe familial. À Bocanda, cette dynamique s'appuie sur une transmission intergénérationnelle des savoirs, apportant une dimension communautaire essentielle aux pratiques thérapeutiques.

Cette conception du soin comme pratique familiale et communautaire trouve aussi un écho dans les travaux de Van der Geest et Whyte (1989), qui soulignent que la guérison en contexte africain est souvent le fruit d'une négociation collective impliquant la famille élargie, les normes sociales et les ressources locales disponibles. Par ailleurs, l'efficacité du traitement repose sur des critères expérientiels : amélioration visible, soulagement immédiat, transformation sensorielle. Ces éléments renforcent la confiance dans l'usage de l'argile, et donnent lieu à une reconnaissance collective fondée sur l'observation et le ressenti. Cette approche rejoint les thèses de Mol (2002), qui souligne que l'efficacité se construit à travers l'expérience et les interactions sociales. Williams et Haydel (2010) vont dans le même sens, en montrant que les patients privilégient des remèdes à base d'argile ou de plantes en raison de leur accessibilité, leur coût réduit et leur efficacité tangible. Les recherches de Pfeiffer & Nichter (2008) sur les ajustements thérapeutiques en Afrique australe montrent que les patients privilégient les solutions perçues comme efficaces, indépendamment de leur nature biomédicale ou traditionnelle, en fonction de leur propre expérience et de celle de leur entourage. Dans ce contexte, l'argile devient une ressource stratégique : disponible, culturellement ancrée, peu coûteuse. Elle incarne une forme de résistance face aux limites du système biomédical. Comme le soulignent O. Salem (2010) et E. Bibeau (1992), les savoirs endogènes constituent dans plusieurs contextes africains un réservoir de pratiques résilientes, portées par des logiques d'autonomisation thérapeutique.

Enfin, cette dynamique met en lumière une forme d'invisibilisation des savoirs locaux dans les politiques de santé publique. Bien que l'argile soit utilisée de manière répandue et perçue

comme efficace par les communautés, elle reste largement absente des dispositifs institutionnels. Cette disqualification est analysée par Santos (2007) comme le produit d'une « écologie des savoirs » dominée par la rationalité occidentale, qui écarte les formes alternatives de connaissance.

3.2. Matérialité et symbolisme de l'argile : une ontologie contextuelle du soin

Dans un second temps, la discussion s'oriente vers une lecture plus symbolique et territorialisée de l'argile, en tant qu'objet thérapeutique pluriel. Cette perspective permet d'élargir l'analyse à l'univers de significations qui entoure les usages de l'argile dans les pratiques locales de soin. L'usage de l'argile dans les pratiques de soin révèle une richesse symbolique et une efficacité construite dans un cadre relationnel et rituel. Susan Whyte (1997) rappelle que les objets de soin dans les sociétés africaines sont intégrés dans des chaînes de significations qui dépassent leur composition matérielle. Dans le même esprit, Jean-Pierre Dozon (1985) souligne que l'efficacité thérapeutique des substances locales découle autant de leurs propriétés physiques que de leur place dans un réseau d'interactions sociales et symboliques. Ainsi, l'argile utilisée à Bocanda n'est pas seulement un produit naturel, mais un objet façonné par des croyances, des usages et une expérience communautaire du soin.

Mobilisant l'approche de l'ontologie multiple (Mol, 2002), il est possible d'interpréter l'argile comme un objet thérapeutique à identités plurielles. Elle peut être vue comme une matière médicinale, un support rituel, ou encore un prolongement du lien entre les vivants et la terre nourricière. Langwick (2011) a documenté des pratiques similaires en Tanzanie, où la guérison repose sur un agencement entre matière, parole et rituel. Dans ces contextes, la guérison n'est jamais strictement biologique : elle engage une recomposition du lien social, des équilibres environnementaux, et des identités spirituelles. Feerman (1985), quant à lui, insiste aussi sur le fait que les objets médicaux doivent être compris comme des actes sociaux, enracinés dans des histoires partagées, des valeurs et des cadres d'interprétation locaux. Par ailleurs, les lieux d'extraction de l'argile sont souvent associés à des récits fondateurs ou des prescriptions coutumières. Ce marquage symbolique du territoire correspond à ce que Blanchard (2012) désigne comme une « géographie thérapeutique », où chaque ressource est investie d'une histoire, d'une légitimité, et d'une reconnaissance collective. Cette territorialisation de l'efficacité est particulièrement visible dans les discours des guérisseurs, qui associent la qualité de l'argile à son origine géographique, à des rites de collecte, ou à une filiation ancestrale.

Enfin, le recours à l'argile s'accompagne souvent de gestes rituels, d'invocations ou de prescriptions comportementales. Tonda (2005) insiste sur cette articulation entre soin, sacré et corporéité, dans laquelle le thérapeute n'applique pas un remède, mais active un réseau de forces. À Bocanda, ces formes de médiation entre corps, matière et invisible fondent une ontologie du soin où la guérison se joue autant dans la chair que dans les liens sociaux et symboliques. Ce constat rejoint les travaux d'A. Last (2016) sur les médecines spirituelles au Kenya, qui montrent que les objets thérapeutiques prennent sens à travers les récits, les pratiques et les imaginaires collectifs qui les entourent. Krämer et Staudacher (2021) confirment ce constat en Afrique de l'Est, où les objets médicaux sont façonnés par leurs usages, les récits et les croyances qui les entourent, rendant visible une pluralité de régimes de vérité thérapeutique.

3.3. Reconnaissance communautaire et faible institutionnalisation des savoirs endogènes

Des recherches récentes confirment également ces tendances. Par exemple, une étude de Muela Ribera et al. (2020) menée en Guinée équatoriale a mis en lumière la coexistence de systèmes de soins multiples, où les patients naviguent entre cliniques modernes et soins traditionnels selon les résultats perçus et les coûts associés. De même, Oluwole et al. (2022), dans une étude comparative au Nigeria et au Bénin, soulignent le rôle croissant des politiques publiques dans l'intégration progressive des médecines endogènes dans les soins primaires. Ces initiatives, bien que disparates, montrent une volonté de certains États africains d'inscrire les savoirs thérapeutiques locaux dans une stratégie de santé plus inclusive. Dans cette optique, la démarche de l'ONG CAMEG au Burkina Faso (Hien et al., 2018), qui collabore avec des tradipraticiens pour la distribution de produits issus des savoirs locaux, peut servir de modèle. Elle montre comment des cadres réglementaires adaptés et participatifs peuvent favoriser une intégration cohérente des pratiques endogènes dans les dispositifs de santé publique. En Côte d'Ivoire, la Direction de la Médecine Traditionnelle représente une avancée institutionnelle en faveur de la reconnaissance des thérapeutes traditionnels. Cependant, son faible rayonnement opérationnel limite sa capacité à structurer une collaboration fonctionnelle avec la médecine conventionnelle. L'absence de programmes conjoints de recherche, de dispositifs de validation adaptés, ou de protocoles de co-traitement entrave encore la reconnaissance pleine et entière de ces savoirs.

Face à ces limites, les résultats de cette étude plaident pour la création de dispositifs de médiation sanitaire entre agents biomédicaux, tradipraticiens et communautés locales. Ces

espaces de dialogue pourraient favoriser la co-construction de réponses thérapeutiques hybrides, respectueuses des contextes et des savoirs en présence. Une telle dynamique, déjà amorcée dans certains pays africains, contribuerait à inscrire l'argile et d'autres remèdes endogènes dans une pharmacopée nationale partagée, adaptée aux réalités locales et validée scientifiquement.

Conclusion

Cette recherche sociologique a permis de mieux comprendre comment l'argile, dans le contexte du traitement de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, s'impose comme une alternative crédible dans les trajectoires de soin, au croisement des logiques d'expérience, de disponibilité et de transmission communautaire. Sans prétendre rivaliser avec les traitements biomédicaux, elle s'ancre dans une rationalité propre qui associe perception sensorielle, ancrage territorial et mémoire collective.

À la lumière des théories mobilisées et des résultats obtenus, il apparaît que l'efficacité thérapeutique ne saurait être réduite à une norme biomédicale unique. Elle doit être pensée comme une construction sociale, plurielle, située, et souvent co-produite par les patients, les soignants, les familles et les environnements. En cela, l'argile devient un objet de soin transversal, au croisement de plusieurs mondes sociaux et de plusieurs régimes de vérité.

Le cas ivoirien, en comparaison avec des expériences régionales plus avancées, met en lumière l'existence d'une Direction de la Médecine Traditionnelle qui constitue une base institutionnelle importante pour envisager des mécanismes d'articulation plus opérationnels avec la médecine conventionnelle. Cette reconnaissance passerait par la mise en place de cadres de validation concertés, de formations croisées et d'espaces de dialogue épistémique.

En définitive, cette étude montre que valoriser les pratiques endogènes ne revient pas à les opposer à la médecine moderne, mais à reconnaître leur complémentarité possible dans la production du soin. Une telle démarche, fondée sur le respect des cultures thérapeutiques locales, pourrait favoriser une offre de soins plus inclusive, plus équitable et plus adaptée aux réalités sociales et sanitaires des populations rurales.

Références bibliographiques

BIBEAU Gilles, 1992, La santé mentale des peuples autochtones : discours, pratiques et savoirs. Montréal, Université de Montréal, Département d'anthropologie.

BLANCHARD Alain, 2012, Géographies de la santé. Espaces, sociétés et maladies. Paris, Armand Colin.

CRAIG Peter et al., 2009, Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.

DEBACKER Myriam et al., 2006, "Buruli ulcer: an historical overview with updating to 2005", *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 99(4), p. 243-248.

DOZON Jean-Pierre, 1985, La cause des maladies. Anthropologie, société et pathologie en Côte d'Ivoire. Paris, Karthala.

FARMER Paul, 2004, Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor. Berkeley, University of California Press.

FEIERMAN Steven, 1985, "Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa", *African Studies Review*, 28(2/3), p. 73–147.

GREEN Edward C., 2000, Indigenous Theories of Contagious Disease. Walnut Creek, AltaMira Press.

HARDING Sandra, 1991, Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives. Ithaca, Cornell University Press.

HARDON Anita & SANABRIA Emilia, 2017, "Fluid drugs: Revisiting the anthropology of pharmaceuticals", *Annual Review of Anthropology*, 46, p. 117–132.

HIEN Hervé, TRAORE Boureima, OUEDRAOGO Issoufou, 2018, "Valorisation des savoirs endogènes dans les politiques de santé au Burkina Faso", *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 28(1), p. 55–63.

JAFFRÉ Yannick & OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, Une médecine inégale. L'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. Paris, Karthala.

JANZEN John M., 1978, The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley, University of California Press.



KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

KRÄMER Anja & STAUDACHER Isabelle, 2021, "Embodied efficacies and therapeutic mobilities: The social life of medicinal objects in Eastern Africa", *Medical Anthropology Quarterly*, 35(2), p. 195–211.

LANGWICK Stacey A., 2011, *Bodies, Politics, and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*. Bloomington, Indiana University Press.

LAST Annamarie, 2016, "Spirit possession and healing: The politics of therapeutic practice in contemporary Kenya", *Journal of Religion in Africa*, 46(2), p. 150–179.

LEACH Melissa & FAIRHEAD James, 2007, *Science, Society and Power: Environmental Knowledge and Policy in West Africa and the Caribbean*. Cambridge, Cambridge University Press.

MAFFI Luisa, 2005, "Linguistic, cultural, and biological diversity", *Annual Review of Anthropology*, 34, p. 599–617.

MENÉNDEZ Eduardo L., 2005, "Pluralisme médical, rationalités médicales et pratiques thérapeutiques", in *Médecines et politiques de santé*, Paris, Karthala, p. 221–244.

MOL Annemarie, 2002, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, Duke University Press.

MUELA RIBERA Joan, ABESO José, GONZÁLEZ Victoria et al., 2020, "Therapeutic journeys: malaria treatment-seeking behaviour in Equatorial Guinea", *Health Policy and Planning*, 35(1), p. 40–49.

OLUWOLE Olakunle S., AKINYEMI Kunle, BABA Awa, 2022, "Traditional medicine integration in West Africa: Experiences from Nigeria and Benin", *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 19(3), p. 113–127.

PFEIFFER James & NICHTER Mark, 2008, "What can critical medical anthropology contribute to global health?", *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), p. 410–415.

RAZKAOUI Yassin, 2023, « L'identité africaine : au carrefour des langues et des cultures », *Revue Francophone des Études Multidisciplinaires*, Vol. 8, n°1, p. 52–64. Disponible en ligne: <https://revues.imist.ma/index.php/REMSES/article/view/55897>

SALEM Omar, 2010, *Médecines traditionnelles et politiques publiques en Afrique*. Rabat, Editions du CERED.

SANTOS Boaventura de Sousa, 2007, *Sociologie juridique critique. Pour une conception élargie du droit*. Paris, L'Harmattan.

TONDA Joseph, 2005, *Le souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris, Karthala.

VAN DER GEEST Sjaak & WHYTE Susan Reynolds, 1989, "The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms", *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4), p. 345–367.

WILLIAMS Logan B. & HAYDEL Shelley E., 2010, "Evaluation of the medicinal use of clay minerals as antibacterial agents", *International Geology Review*, 52(7/8), p. 745–770.

WHYTE Susan Reynolds, 1997, *Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge, Cambridge University Press.

WHO, 2017, *Buruli ulcer: Number of cases reported by country (2002–2016)*. Geneva, World Health Organization.