

Champ médical ivoirien : analyse de la position sociale et institutionnelle de la médecine traditionnelle dans la Sous-préfecture de Boundiali

Amadou KONE

amadou.kkone1@gmail.com

Résumé :

Cet article s'appuie sur des données qualitatives pour décrire la position sociale et institutionnelle de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire de la Sous-préfecture de Boundiali. Il ressort que malgré son enracinement culturel profond, la médecine traditionnelle demeure marginalisée institutionnellement et juridiquement et ce, en raison de plusieurs fragilités internes et externes. Toutefois, l'article souligne que cette marginalité ne traduit pas une volonté d'exclusion, mais une dynamique de reconfiguration du champ médical, où la médecine moderne, jusque-là dominante, tente d'intégrer la médecine traditionnelle selon ses propres normes. S'il s'agit d'une lutte idéologique, l'article montre qu'une conscience collective émerge progressivement dans le champ médical de Boundiali quant à la nécessité de valoriser la médecine traditionnelle, ouvrant la voie à une possible recomposition du champ sanitaire ivoirien.

Mots-clés : Champ médical, médecine traditionnelle, position sociale et institutionnelle, Boundiali

Abstract:

This paper draws on qualitative data to describe the social and institutional position of traditional medicine in the health system of the sub-prefecture of Boundiali. It shows that despite its deep cultural roots, traditional medicine remains institutionally and legally marginalised due to several internal and external weaknesses. However, the paper emphasises that this marginalisation does not reflect a desire for exclusion, but rather a dynamic of reconfiguration within the medical field, where modern medicine, which had previously been dominant, is attempting to integrate traditional medicine according to its own standards. While this is an ideological struggle, the paper shows that a collective awareness is gradually emerging in the medical field in Boundiali regarding the need to promote traditional medicine, paving the way for a possible restructuring of the Ivorian health sector.

Keywords: Medical field, traditional medicine, social and institutional position, Boundiali

Introduction

Durant la période coloniale, la médecine traditionnelle était associée à un ensemble de perceptions négatives de la part de l'administration coloniale. Elle était perçue non seulement comme une menace sanitaire en raison des conditions hygiéniques de production des remèdes, mais aussi comme une médecine rattachée à la magie occulte, à la sorcellerie en raison des rites de production qui combinent parfois des incantations (Canivet et Lecocq, 2019). Ces perceptions ont conduit l'administration coloniale à proscrire, par le biais du Code de santé publique de 1953, cette médecine du système de santé publique (PNPMT, 2014). Conséquemment, depuis la période coloniale, la médecine traditionnelle souffre d'un complexe institutionnel fortement enraciné, à telle enseigne que même après sa reconnaissance au lendemain des indépendances (1987), elle occupe encore une position marginale dans le système sanitaire ivoirien. Pourtant, cette médecine reste fortement mobilisée par les populations locales. En effet, face aux nombreuses difficultés auxquelles la médecine moderne est confrontée, nombreux sont les patients – environ 80 à 90% de la population ivoirienne – qui ont recours à cette médecine autrefois marginalisée (OMS, 2013). Dans le même ordre d'idées, Soro et al. (2025) montrent que la médecine traditionnelle continue d'occuper, chez les populations, une position privilégiée dans la prise en charge de certaines pathologies comme la filariose lymphatique. Par l'exploitation des faiblesses de la médecine moderne – manque de structures sanitaires, manque de produits médicaux, indisponibilité des agents de santé et coût financier des produits médicaux – les acteurs de la médecine traditionnelle parviennent à présenter l'utilité sanitaire de leurs remèdes dans le cadre de certaines pathologies. En outre, la catégorisation sociale des pathologies justifie le recours de certains patients aux solutions de la médecine traditionnelle (idem). En effet, la médecine traditionnelle est socialement considérée comme le domaine par excellence des maladies d'ordre surnaturel et ce, en raison du fait qu'elle repose sur une rationalité holistique axée sur les liens invisibles qui unissent l'individu à son environnement social et spirituel (Augé, 1984 ; Zempléni, 1983 ; Hountondji, 1994). Dans son processus de prise en

charge des maladies perçues comme surnaturelles, elle réconcilie les dimensions rompues : celle de l'individu malade avec lui-même, avec sa lignée, son environnement et les forces invisibles qui l'entourent et avec lesquelles il interagit inconsciemment ou consciemment (Turner, 1969 ; De Rosny, 1981 ; Zempléni, 1983).

Dans la mesure où ils appréhendent la santé comme l'expression d'un équilibre entre le corps, l'esprit, la communauté et le cosmos (Augé, 1984 ; Zempléni, 1983 ; Hountondji 1994), les « *médecins et praticiens traditionnels* » sont considérés, par la déclaration d'Alma Ata en 1987, comme faisant partie du système sanitaire et reconnaît leur collaboration comme indispensable pour répondre aux besoins sanitaires exprimés par les communautés. Dans le même sens, Margaret Chan, ancienne Directrice générale de l'OMS, affirmera que les praticiens tout comme les médicaments traditionnels « *constituent la principale voire l'unique source de soins de santé* » pour plusieurs millions de personnes dans le monde (OMS, 2013). De ce fait, l'État ivoirien, qui jusque-là accordait une place secondaire à la médecine traditionnelle, une posture héritée de l'administration coloniale, considérera l'intégration de cette médecine dans le système de santé publique comme un moyen efficace de sa valorisation. Dans cette optique, la médecine traditionnelle sera réglementée par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle en Côte d'Ivoire et par le décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Par ailleurs, en 2014 une unité de médecine traditionnelle a été créée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville (PNPMT, 2014). La création d'une telle unité au sein d'une structure moderne de santé comme le CHU, illustre parfaitement la volonté de l'État ivoirien à faire coexister les deux médecines dans son système sanitaire.

Cependant, malgré la reconnaissance institutionnelle assortie de réglementations, la médecine traditionnelle ivoirienne continue d'être marginalisée dans le système de santé publique. Considérée comme un « *art africain de soigner et de guérir* », la médecine traditionnelle est pourtant régulièrement dénigrée par le corps médical conventionnel ; elle est boudée par les médecins ivoiriens (Canivet et Lecocq, 2019). En effet, en Côte d'Ivoire les tradipraticiens

constituent une catégorie des acteurs de santé dont les pratiques, les techniques de production de soins et les médicaments sont les plus contestées (Yao et al. 2021). Une étude de Diabagaté et al. (2025) conclut, dans ce sens, sur la nécessité de former les acteurs de la médecine traditionnelle pour une amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques de production et ce, dans la mesure où ils montrent qu'une part importante des tradipraticiens interrogés, 40,5%, ne maîtrise pas les bonnes pratiques de fabrication et d'hygiène. Ainsi, les prescriptions et les médicaments produits de cette médecine sont acceptés difficilement par les structures modernes de santé, notamment par les centres de santé et les pharmacies. Pour s'en convaincre, une étude montre que sur 32 pharmacies enquêtées à Abidjan en juin 2023, les médicaments traditionnels améliorés y étaient quasiment absents, alors que la loi n°2015-536 du 20 Juillet 2015, stipule que « *les médicaments traditionnels peuvent être disponibles chez un fabricant agréé ou chez un pharmacien* » et « *Les médicaments traditionnels peuvent être importés, conformément à la réglementation en vigueur* » (Kouadio et al., 2024). La dévalorisation de la médecine traditionnelle s'expliquerait, selon Soro et al. (2025) par le fait que le système sanitaire ivoirien soit un champ dans lequel cette dévalorisation apparaît comme un moyen d'imposition des acteurs de la médecine moderne comme seuls acteurs légitiment de ce champ. En d'autres termes, en la dévalorisant, c'est le champ d'actions des patients qui se retrouve réduit, limitant ainsi leur choix thérapeutique et positionnant la représentation de la médecine moderne comme la représentation objective (Idem).

Dans ce contexte, la médecine traditionnelle reste néanmoins fortement mobilisée dans les choix thérapeutiques des populations parce qu'elle bénéficie d'un ancrage culturel profond. La mobilisation des produits de cette médecine dans le traitement et la prévention de certaines maladies est imprimée dans « *l'âme culturelle des peuples ethniques* » (Diabagaté et al., 2025). Elle est la première médecine socialement reconnue en Côte d'Ivoire tout comme dans de nombreux pays africains (Sanogo, 2013). La médecine traditionnelle est aussi traversée par des actions étatiques et institutionnelles visant son intégration dans le système de santé ivoirien. Cependant, elle continue d'être marginalisée dans le système de santé ivoirien. Elle ne bénéficie toujours pas d'une « bonne » image du côté des acteurs de la médecine

moderne et les actions institutionnelles pour sa valorisation restent fortement théoriques. Sa reconnaissance sociale et institutionnelle n'empêche guère les acteurs de la médecine moderne de l'associer à des représentations dévalorisantes. Dans ce sens, cet article propose de procéder à une description suivie d'une analyse de la position sociale et institutionnelle de la médecine traditionnelle dans le système de santé rural ivoirien notamment dans celui de la Sous-préfecture de Boundiali. L'idée première est de déterminer si le paradoxe général de sa dévalorisation dans le système de santé malgré sa reconnaissance sociale et institutionnelle, se fait également observer dans cette sous-préfecture, tandis que la seconde idée est d'analyser les facteurs de cette position paradoxale que prend la médecine traditionnelle dans le système de santé ivoirien.

1. Approche théorique

Pour parvenir à la description de la position sociale, institutionnelle et médicale de la médecine traditionnelle et ainsi qu'à l'analyse des facteurs sous-jacents, cet article a recours à la théorie des champs de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1980 ; 1994). Cette théorie invite à penser en termes de champs, de rapports de forces, de positions et de capitaux. En effet, pour l'auteur, un « *champ est un microcosme social doté de ses propres règles, enjeux et hiérarchies* » (Bourdieu, 1984), dans lequel des acteurs aux capitaux différenciés luttent pour le monopole des positions dominantes ou pour la définition légitime de la pratique en jeu. Dans ce sens, cette théorie invite à délimiter un champ puis, à analyser les capitaux mobilisés par les acteurs pour parvenir aux positions dominantes, tout en prêtant une attention aux rapports de force qui le traversent. La théorie est structurée par plusieurs postulats, dont trois sont retenus dans le cadre de cet article. Tout d'abord, elle postule que la société est constituée de champs sociaux différenciés, tels que le champ politique, artistique, religieux, éducatif, sportif et bien évidemment le champ médical (Bourdieu, 1984 ; Wacquant, 1992). Ensuite, un autre postulat est que le champ constitue un espace de positions et de luttes pour les positions dominantes. Il s'agirait, en d'autres termes, d'un espace social où des acteurs aux positions et capitaux différents luttent pour y occuper les positions privilégiées (Bourdieu, 1994 ; Emirbayer et Johnson, 2008). Enfin, la théorie

stipule que les acteurs d'un champ disposent de différents capitaux qui définissent leur position dans le champ. Selon cette théorie, le champ est un espace social qui bénéficie d'une relative autonomie dans lequel des acteurs aux capitaux différents luttent pour imposer leur idéologie, leurs pratiques, leurs représentations, bref pour occuper les positions dominantes (Bourdieu, 1997 ; Swartz, 1997). Quant au capital, il est défini comme toute ressource matérielle ou immatérielle bénéficiant d'une reconnaissance sociale qu'un acteur peut mobiliser pour capter une position, ou pour la maintenir ou renforcer sa position dans un champ social (Bourdieu, 1986 ; Grenfell, 2012). Dans le contexte de cet article, le système de santé ivoirien est appréhendé comme un champ social, au sens de la théorie : c'est le champ médical. Toujours en s'inspirant de cette théorie, le champ médical renvoie à un espace social relativement autonome où différents acteurs (institutions étatiques, médecins, infirmiers, tradipraticiens, patients, etc.) s'affrontent pour imposer leurs représentations individuelles de ce qui est la « vraie » médecine. Cette considération théorique conduit à loger les acteurs dans trois catégories, notamment la médecine moderne, la médecine traditionnelle et l'État Ivoirien. Dans le contexte de cette étude, la médecine moderne est appréhendée comme disposant de reconnaissances scientifiques et institutionnelles, qui apparaissent comme des ressources de positionnement dans le champ médical. La médecine traditionnelle est appréhendée, quant à elle, comme disposant de reconnaissances sociales et culturelles, lesquelles lui permettent d'exister malgré la domination de la médecine moderne dans ce champ. La proposition, ici, est donc que les acteurs des deux médecines luttent pour imposer leurs représentations subjectives comme représentations objectives de la médecine et que l'État Ivoirien joue un rôle d'arbitre dans cette lutte. Il est question d'une concurrence de positionnement où l'État et ses institutions interviennent en tant que régulateur neutre pour assurer une base équitable pour l'expression et la reconnaissance de chacune des deux catégories d'acteurs (Fassin, 2000). Cependant, cette position, neutre, attribuée à l'État relève d'un idéal. L'analyse montrera d'ailleurs qu'il se positionne dans le champ médical de Boundiali non seulement comme un arbitre institutionnel, mais aussi comme un acteur doté d'un capital symbolique qui lui permet de légitimer parfois l'une des médecines au détriment de l'autre (Fassin, 2000 ; Bourdieu, 1994). Le

recours à cette théorie repose sur la raison qu'elle conduit à analyser les processus par lesquels les différents acteurs du champ médical de Boundiali mobilisent leurs capitaux pour légitimer leurs pratiques médicinales et pour influencer la représentation dominante de ce qu'est la « vraie » médecine.

2. Méthodologie qualitative

La mobilisation de la théorie des champs de Bourdieu suppose de recourir à une approche qualitative focalisée sur la compréhension des rapports de position, de pouvoir et de légitimité entre les acteurs composant le champ médical de Boundiali. En effet, l'approche qualitative à tendance compréhensive, permet de saisir le sens social des pratiques et d'analyser les logiques de différenciation et de domination qui structurent ce champ médical, notamment les relations entre la médecine moderne, la médecine traditionnelle et l'État. De ce fait, l'entretien semi-directif a été retenu comme technique pour collecter les informations auprès de cet échantillon qualitatif. Un guide d'entretien a donc été constitué uniquement autour de questions ouvertes et adressé aux différentes catégories constitutives de l'échantillon. Il s'agissait de recueillir les opinions, les expériences, les représentations des catégories sur les deux médecines, les relations qui les lient, et les obstacles à la collaboration. Le principe était d'accorder de la liberté aux individus de répondre aux questions posées, mais l'enquêteur avait aussi la possibilité de recadrer les échanges dans le sens des informations recherchées, à travers des relances (Mongeau, 2008, cité par Meunier, 2011). La collecte des données s'est déroulée dans la région de la Bagoué, notamment dans la Sous-préfecture de Boundiali. En 2021, sa population est estimée à 92 792 individus répartis dans 18 villages et 03 campements. Depuis 2021, la Sous-préfecture dispose d'un Centre de Santé Urbain et de 05 Centres de Santé Ruraux (CSR) et de 03 dispensaires ruraux. Pour la collecte des informations, cinq villages ont été sélectionnés pour leur accessibilité, pour la distance qui les sépare et pour leur richesse par rapport à l'objet d'étude. Il s'agit des villages Boundiali, de Diogo, de Gbémou, de Ouazomon, et de Tombougou. Les individus interrogés ont également été choisis suivant l'échantillonnage par choix raisonné. Ils ont été choisis en fonction de leur position dans le champ médical

(agent médical, agent administratif, tradipraticien, autorités villages et usagers ou patients), de leur disponibilité et de leur volonté à participer à l'étude. Ainsi, à Boundiali, le sous-préfet, le Chef du village et le chef de canton ont été interrogés. Ensuite, dans les quatre autres villages, 12 tradipraticiens, soit trois par village, ont été interrogés. À Boundiali où se situe l'hôpital général, un médecin, un infirmier major, deux infirmières et une sage-femme ont pris part à l'étude. Pour les usagers des médecines traditionnelle et moderne, huit individus ont été interrogés, notamment quatre hommes et quatre femmes. Au total, ce sont 27 individus qui ont participé à cette étude : la saturation a été assurée par cette taille. La collecte des informations s'est déroulée du 15 avril au 1^{er} mai 2025, soit une période de 15 jours d'enquêtes, avec la collaboration effective du Sous-préfet de Boundiali, l'assistant du Sous-préfet et du président des tradi-praticiens de Boundiali. Les séances d'entretiens ont été enregistrées avec l'autorisation des répondants. Ces enregistrements ont fait l'objet d'une transcription intégrale. De cet exercice, un texte constitué uniquement de questions et de réponses a été obtenu, représentant ainsi les données brutes de l'enquête. Ces données ont été ensuite soumises aux opérations de l'analyse de contenu thématique. Cette méthode a consisté à organiser et à interpréter des thèmes ainsi que des catégories récurrentes dans des données textuelles obtenues des entretiens semi-directifs (Braun et Clarke, 2006).

3. Médecine traditionnelle : entre fragilités et ancrage social

3.1. *Quelques fragilités structurelles de la médecine traditionnelle*

Les résultats montrent que la dévalorisation de la médecine traditionnelle est le produit de son mode de production des remèdes. Le mode de transmission des techniques de production dans la médecine traditionnelle est fortement marqué par les affinités et les relations entre les individus inscrits dans cette transmission. Ce mode autorise certains individus à devenir producteur de remèdes sous la base de critères difficilement mesurables. Il en va pour preuve, le propos suivant d'une autorité administrative : « *Le savoir africain se transmet au plus sage de la famille* ». Ce modèle de transmission exclusif traduit une vision élitiste où seuls certains individus sont

considérés comme légitimes pour perpétuer les savoirs médicinaux. Si ce mode de transmission est censé assurer une certaine qualité des savoirs médicaux, il limite cependant leur diffusion à une échelle plus large. En limitant l'accès aux savoirs médicaux à quelques individus, ce modèle accentue une fracture générationnelle qui joue en défaveur de la durabilité de cette médecine. Aussi avec ce mode de transmission, le profil des producteurs de cette médecine est difficilement identifiable et maîtrisable. Ce mode de transmission des savoirs et techniques est contraire à celui de la médecine moderne, qui repose sur des critères objectifs dans la transmission. En médecine moderne, cette transmission repose sur les mérites : études, formations et diplômes. En outre, la médecine traditionnelle se singularise par la forte présence de normes coutumières. La médecine traditionnelle est une médecine structurée et normée par des logiques coutumières. Elle repose, en effet, sur des normes coutumières, matérialisant une relation entre les praticiens et le monde invisible : ancêtres et divinités. Cette régulation impose une obligation aux tradipraticiens d'assurer à tous un droit de soins. Cependant, cette régulation est contraire aux principes modernes qui veulent que tout processus soit rationnel. Une autre caractéristique de la médecine traditionnelle dans la Sous-préfecture de Boundiali est la forte présence du discours oral dans la transmission des savoirs et techniques de production des remèdes. En effet, la majorité des praticiens continue de transmettre, par voie oral, leur capital culturel ; ce qui constitue un risque de perte de certains savoirs, mais aussi un risque de mauvaise production. Justifions cela avec le propos suivant d'un tradipraticien : « *le savoir est transmis oralement, pour qu'il reste dans la famille* ». Si ce mode de transmission participe à la consolidation des générations au sein de la famille – parce qu'il permet la conservation d'héritage familial – il expose cependant les savoirs médicaux à des risques d'oubli, surtout que, selon un agent de santé, « *les traditions sont de plus en plus négligées par les jeunes orientés vers d'autres activités* ». L'absence de documentation accentue cette fragilité, dans le temps, de la médecine traditionnelle dans la mesure où elle la rend dépendante de la disponibilité et de l'engagement des détenteurs actuels. En d'autres termes, dans la mesure où le temps tue le discours oral, son originalité, la circulation orale des savoirs entre plusieurs générations n'est pas sans risques : ils peuvent se déformer en raison de la liberté de

l’interprétation et perdre de leur effet curatif ou de leur efficacité. À ce niveau, la médecine traditionnelle apparaît comme une médecine dont le mode de production et de transmission des savoirs est particulièrement risqué. Elle est caractérisée par un manque d’hygiène dans la production des remèdes, mais aussi sa durabilité efficace est fragile en raison de la forte présence de l’oralité. Toutes ses caractéristiques se présentent aujourd’hui comme des défis à la valorisation de la médecine traditionnelle. Du point de vue de la sociologie de Bourdieu (1994), cette situation de la médecine traditionnelle met à nu une position dominée dans le champ médical : les fragilités caractéristiques de cette médecine traduisent un déficit de capitaux socialement reconnus dans l’espace médical institutionnel. En d’autres mots inspirés de la théorie des champs, le caractère risqué, oral et précairement hygiénique de la médecine traditionnelle n’est pas qu’une simple faiblesse technique, mais l’effet d’un déséquilibre structurel des capitaux dans le champ médical. La position dominée occupée par la médecine traditionnelle résulte d’un rapport de forces symboliques dans lesquels ses formes de savoir – notamment orales, communautaires et empiriques – sont dévaluées au profit des savoirs formalisés et institutionnalisés de la médecine moderne.

3.2. Les fragilités juridiques de la médecine traditionnelle

Outre ces caractéristiques, la médecine traditionnelle se singularise par plusieurs défis, notamment cette pratique ancestrale se trouve confrontée à des défis juridiques. Ces défis limitent son intégration dans les cadres institutionnels modernes. L’analyse des discours sur la médecine traditionnelle met en exergue une problématique centrale : la méconnaissance généralisée des régulations juridiques. Les chefs traditionnels, les autorités administratives, les agents de santé, les praticiens et les usagers s’accordent sur un déficit informationnel sur le cadre juridique censé réguler cette médecine. Par exemple, un chef traditionnel déclare : « *Je n’ai pas de connaissance sur cette loi donc je ne peux donner un avis* ». Ce type de réponse est une illustration de la méconnaissance des textes qui, loin d’être individuel, semble être systémique. Cette situation résulte d’une absence de vulgarisation des lois dans les zones rurales, où les mécanismes de transmission des cadres juridiques se heurtent à une déconnexion persistante entre les instances nationales et locales. Ce déficit de communication

institutionnelle constitue une barrière supplémentaire. Les chefs traditionnels, tout comme les usagers, soulignent aussi un manque de transmission claire des informations. Dans ce sens, un usager asserte que « *les autorités locales ne nous informent pas* », mettant en lumière une fracture communicationnelle qui éloigne les institutions responsables des communautés rurales. Même lorsque les lois existent, leur contenu et leur application restent opaques pour les acteurs locaux. La mention du Centre National de Recherche Agronomique (CNRA) par certains chefs traduit une connaissance partielle de l'existence d'institutions impliquées. Cependant, cette reconnaissance est insuffisante pour garantir une collaboration structurée ou une application concrète des cadres légaux. Les autorités administratives locales, censées être les relais des décisions nationales, admettent également leurs limites dans la compréhension et l'application des lois. Une affirmation fréquente, « *loi existante mais pas de connaissance du contenu* », souligne leur difficulté à établir un lien tangible entre le niveau national et les besoins locaux. Dans le même sens, un répondant soutient que « *la loi reconnaît [la médecine traditionnelle] mais il n'y a pas de suivi réel sur le terrain* ». Ce propos met en relief une absence de suivi institutionnel des actions de reconnaissance de cette médecine. Ce manque de suivi prive les praticiens des outils nécessaires pour améliorer leurs pratiques et se conformer aux exigences légales, tout en compromettant leur développement économique. D'un autre point de vue, ce manque de suivi institutionnel représente un mécanisme de reproduction du capital symbolique des acteurs dominants du champ médical. Ce manque de suivi institutionnel à l'égard de la médecine traditionnelle, génère et maintient sa dépendance et sa marginalité dans le champ médical, tout en consolidant la domination de la médecine moderne (Bourdieu, 1994). Dans un sens wébérien, il s'agit d'une domination bureaucratique dans le sens où en privant la médecine traditionnelle de dispositifs d'accompagnement, de formation et de régulation, l'État la maintient dans une position dominée permettant ainsi à la médecine moderne qui dispose déjà de ces principes de bureaucratie de s'épanouir dans le champ médical (Weber, 1971).

3.3. Une médecine socialement ancrée et mobilisée dans les choix thérapeutiques des populations locales

En dépit de toutes ces caractéristiques structurelles et juridiques qui œuvrent en défaveur de la médecine traditionnelle, celle-ci reste fortement mobilisée par les populations ivoiriennes. Précisément, les structures sanitaires de la Sous-préfecture de Boundiali enregistrent un faible taux de fréquentation.

Cette faible fréquentation des structures sanitaires de la Sous-préfecture soutient, implicitement, un certain recours à la médecine traditionnelle. Les résultats montrent que cette médecine apparaît comme la première médecine à laquelle de nombreux individus ont recours pour de multiples pathologies. Dans certains cas, la médecine moderne est d'abord mobilisée pour tenter de comprendre la pathologie. Si elle se présente comme une pathologie mystique, alors les patients ont recours à la médecine traditionnelle. Ainsi, dans la prise en charge d'une pathologie donnée, elle peut aussi bien occuper une première position qu'une position secondaire. Le premier résultat de cet article montre ainsi que la médecine traditionnelle est fragile à la fois en interne et en externe, mais socialement solide. Du point de la théorie des champs de Bourdieu, cette double fragilisation représente un désavantage concurrentiel dans le champ médical. Avec cette double fragilisation, il est difficile pour la médecine traditionnelle d'occuper une position privilégiée dans ce champ médical de Boundiali qu'elle partage avec la médecine moderne. Aussi, la forte tendance des populations de la Sous-préfecture à recourir à cette médecine représente, au sens de la théorie des champs, un capital, d'autant plus que ce recours lui assure une position dans le champ médical quand bien même qu'elle présente des fragilités structurelles et juridiques. Dans la Sous-préfecture de Boundiali, la médecine traditionnelle reste donc socialement ancrée, bien que structurellement et juridiquement fragile.

4. La médecine traditionnelle dans le champ médical : de la compétition au sentiment de marginalisation

Le champ médical de Boundiali comprend deux catégories d'acteurs, notamment les acteurs primaires et les acteurs secondaires. Les acteurs

primaires comprennent les adeptes des deux médecines, quant aux acteurs secondaires, ils renvoient à l'État et à ses institutions. Dans ce champ, les acteurs primaires luttent pour faire parvenir et/ou maintenir leurs médecines respectives aux meilleures positions, tandis que les acteurs secondaires arbitrent la lutte, en assurant une base équitable aux deux médecines. Cette configuration apparaît, cependant, comme un idéal que les interactions orientées par des intérêts spécifiques entre les deux médecines mettent en péril. L'analyse du discours des acteurs montre une forte concurrence entre les deux médecines. De cette lutte, la médecine traditionnelle est dominée par la médecine moderne et est obligée d'occuper une position marginale dans le champ médical. Cette marginalisation s'exprime par les rapports de forces entre les agents des deux médecines, comme en témoigne le propos suivant : « *certaines praticiens de la médecine moderne dénigrent la pharmacopée africaine* ». Ce propos accusateur tenu par un agent de santé, illustre parfaitement l'intensité de la lutte entre les deux médecines pour la domination du champ médical, mais aussi pour le monopole de l'objet santé. En d'autres termes, l'enjeu de cette lutte pour les acteurs de la médecine traditionnelle et les acteurs de la médecine moderne est de parvenir à se positionner comme légitimes dans le champ médical. Dominée, la médecine traditionnelle subit un évincement juridique et institutionnel dans le système sanitaire ivoirien notamment dans la Sous-préfecture de Boundiali. L'analyse des discours, à ce niveau, révèle une absence de cadre juridique et institutionnel inclusif. Les chefs, les agents de santé, les praticiens de la médecine traditionnelle et les usagers mettent en évidence une exclusion, au travers du propos « *La création de lois pour nous permettre d'exister légalement* ». Si ce propos traduit une recommandation pour une amélioration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire, elle a aussi l'avantage de souligner le sentiment d'exclusion qui traverse les acteurs de cette médecine. L'idée de sa marginalisation dans le système sanitaire ivoirien se manifeste également par une forte préférence des autorités sanitaires pour la médecine moderne. Justifions cela avec le propos suivant tenu par un tradipraticien : « *Les autorités font la publicité de la médecine moderne plutôt que la médecine traditionnelle* ». Une préférence qui renforce le sentiment d'exclusion chez les acteurs de la médecine traditionnelle. Dans le champ médical, la médecine traditionnelle, bien que profondément

ancrée dans la culture locale, se retrouve reléguée au second plan dans les politiques publiques. Cette implication des autorités sanitaires apparaît contraire à leurs fonctions, notamment à celle de contribuer à la valorisation et à l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle. En d'autres mots, cette médecine est victime d'une marginalisation institutionnelle dans le champ médical. Le manque d'informations, d'encadrement et de reconnaissance institutionnelle empêche cette pratique de s'épanouir pleinement, malgré son importance culturelle et économique. Il en va pour preuve, le propos suivant d'un praticien : « *aucune sensibilisation n'a été faite sur les lois applicables* ». Ce propos est une illustration d'un cercle vicieux où l'absence de vulgarisation et de soutien perpétue l'exclusion de la pharmacopée des cadres institutionnels et juridiques.

5. De la marginalisation à une lutte collective de repositionnement dans le champ médical ivoirien

Une attention prêtée aux propos des acteurs de la médecine traditionnelle montre que sa marginalisation est le produit de deux facteurs, à savoir la partialité des autorités sanitaires et les fragilités structurelles ou internes. Initialement considérées comme arbitre dans la lutte qui oppose les deux médecines, les autorités sanitaires auraient montré une certaine préférence pour la médecine moderne. Les tradipraticiens constatent que certains agents de santé et autorités sanitaires locales privilégièrent souvent la médecine moderne, perçue comme plus accessible et fiable. Dans ce sens, l'affirmation « *certaines praticiens de la médecine moderne dénigrent la pharmacopée africaine* », en plus de refléter une tension entre les deux médecines, souligne que les acteurs de la médecine ont une perception dévalorisante de la médecine traditionnelle, une perception qui limite la capacité des praticiens à attirer une clientèle régulière et à asseoir leur légitimité. L'analyse montre aussi que cette marginalisation est liée aux fragilités structurelles que connaît la médecine traditionnelle. Son mode de production et de transmission des savoirs, son manque d'hygiène dans la production des remèdes et son rapport au discours oral la rendent fragile et justifient sa position de dominée dans le champ médical ivoirien, notamment dans la Sous-préfecture de Boundiali. Conscients de la position de la médecine et des facteurs qui

génèrent et maintiennent cette position marginale, les acteurs de la médecine traditionnelle – soutenus par les autorités villageoises, sanitaires et même par les agents de santé publique – mènent un ensemble de propositions pour tenter d'améliorer cette position. Au titre de ces propositions, la question du financement des activités de la médecine traditionnelle ne cesse de revenir dans les propositions. Les acteurs de cette médecine ainsi que les chefs traditionnels appellent à « *une collaboration franche et étroite* » pour inclure un soutien économique aux praticiens de la médecine traditionnelle. Du point de vue ces acteurs, cette dimension financière est essentielle pour assurer la pérennité des pratiques traditionnelles, souvent confrontées à des ressources limitées. De plus, ces acteurs affichent le souci de durabilité dans le système sanitaire général. Les discours des autorités administratives mettent en avant la nécessité d'une action institutionnelle pour préserver les ressources naturelles. « *Adopter une politique pour préserver l'environnement sinon les plantes de la pharmacopée vont disparaître* », avertit un représentant local, expression d'une prise de conscience de l'urgence de protéger les écosystèmes. Dans ce sens, la lutte de repositionnement de la médecine traditionnelle dans le champ médical, n'est paradoxalement pas une affaire individuelle : elle inclut les acteurs du champ médical de Boundiali. Tous semblent d'accord pour une valorisation de cette médecine. Cependant, si dans les propos, l'ensemble des acteurs semble disposer à participer à la valorisation de la médecine traditionnelle, les actions sont peu partisanes de cette volonté affichée dans les discours.

Discussion

La situation de la médecine traditionnelle dans la Sous-préfecture de Boundiali reste identique à celle de l'ensemble du pays : elle connaît une marginalisation institutionnelle et médicale, bien qu'étant socialement ancrée. L'analyse montre que cette double marginalisation est le produit de plusieurs fragilités, notamment structurelles, juridiques et institutionnelles. Ce rapport entre la médecine traditionnelle et sa marginalisation est également constaté par plusieurs auteurs, à l'instar de Canivet et Lecocq (2019) qui montrent que dès la période coloniale, cette médecine fut perçue

comme une menace sanitaire en raison des conditions hygiéniques de production des remèdes. Cette perception dévalorisante aurait conduit à son exclusion du système sanitaire colonial. Ainsi, la position institutionnelle et juridique qu’occupe la médecine traditionnelle dans le champ sanitaire ivoirien actuel entretient un lien avec ce passé discriminant. En outre, l’analyse montre que la médecine traditionnelle dans le champ médical de Boundiali est socialement ancrée en dépit des multiples fragilités qui tendent à encourager sa marginalisation. Ce résultat est en adéquation avec ceux de plusieurs études antérieures. La mobilisation des produits traditionnels dans le traitement et la prévention de certaines maladies serait imprimée dans « *l’âme culturelle des peuples ethniques* » (Diabagaté et al., 2025) et ce, en raison du fait qu’elle serait la première médecine socialement reconnue en Côte d’Ivoire tout comme dans de nombreux pays africains (Sanogo, 2013). L’étude de Soro et al. (2025) identifient aussi de possibles raisons de ce fort ancrage social. Pour ces auteurs, ce sont l’indisponibilité des médecins dans les structures modernes de santé, les incompétences perçues au sein de ces structures et les coûts financiers des traitements dans ces structures qui légitiment la forte mobilisation de la médecine traditionnelle par les populations locales. Par ailleurs, bien que les médicaments de la médecine traditionnelle soient reconnus comme « *la principale voire l’unique source de soins de santé* » pour plusieurs millions de personnes dans le monde (OMS, 2013), l’analyse souligne une marginalisation de cette médecine dans le champ médical de Boundiali. Celle-ci peine à occuper une position souhaitée dans ce champ en raison de la compétition qui l’oppose à la médecine moderne, fortement soutenue institutionnellement et juridiquement. Les deux médecines, au travers de leurs acteurs respectifs, tentent de se positionner comme ayant le monopole de la santé. Ce résultat est également souligné par Soro et al. (2025) pour qui, les acteurs de la médecine moderne tentent d’imposer, par leurs prescriptions, la représentation de la médecine moderne comme la représentation objective de la santé. Par leurs prescriptions, ces acteurs réduisent le rôle des tradipraticiens à la dimension symbolique des maladies, quand bien même que ces derniers s’opposent à cette perception très réductrices de leur fonction, qui se veut plutôt totale, car elle implique de considérer la santé comme l’expression d’un équilibre entre corps, esprit, communauté et le cosmos (Zempléni,

1983 ; Hountondji, 1994). Ce statut de dominé qu’occupe la médecine traditionnelle dans le champ médical ivoirien, serait le résultat de plusieurs fragilités, comme la non maîtrise des bonnes pratiques de fabrication et d’hygiène par les tradipraticiens ; ce qui constitue ainsi un risque pour la qualité et la sécurité des pratiques de production (Diabagaté et al., 2025). Ces fragilités militent en défaveur de cette médecine d’autant plus qu’elles conduisent à contester la légitimité des pratiques et des techniques de production des remèdes qui en découlent (Yao et al. 2021).

Pour terminer, l’analyse montre une certaine flexibilité dans le champ médical de Boundiali. Si la notion de champ suppose une lutte de positionnement des deux médecines respectives, l’analyse montre paradoxalement une forme de solidarité dans cette lutte. En d’autres termes, les acteurs de la médecine moderne ne cherchent pas qu’à imposer leur vision de la santé par l’exclusion de la médecine traditionnelle. Ils se montrent compatissant envers cette dernière et adoptent une attitude inclusive à son égard. Ainsi, si les fragilités de la médecine traditionnelle devaient être exploitées pour éliminer cette médecine du système sanitaire légal, logique de compétition, les acteurs de la médecine moderne vont paradoxalement jusqu’à faire des propositions dont l’application pourrait conduire à une amélioration de la position de la médecine traditionnelle. Cette attitude solidaire est contraire à l’idée de champ de la théorie de Bourdieu, qui repose sur la concurrence visant la marginalisation des moins dotés en capitaux. Cependant, cette compassion et solidarité affichée par la médecine moderne ne visent que l’intégration de principes modernes (qualification, traçabilité, hygiène, documentation) dans la structuration interne de la médecine traditionnelle. Par conséquent, le champ médical de Boundiali n’est pas traversé par des luttes de positionnement où les mieux dotés occupent les meilleures positions alors que les moins dotés occupent les positions marginales. Dans ce champ, la lutte est plutôt idéologique : faire en sorte que la médecine traditionnelle adopte les valeurs modernes, qui structurent déjà la médecine moderne. Dans ce sens, l’enjeu n’est plus de dominer ou de marginaliser, mais d’aligner la médecine traditionnelle sur des modèles de santé modernes dont la médecine maîtrise déjà les fonctionnements.

Conclusion

En mobilisant une approche qualitative, cet article analyse la position de la médecine traditionnelle et ses déterminants dans le contexte sanitaire de la Sous-préfecture de Boundiali. Les informations qualitatives collectées et analysées à l'aune de la perspective théorique des champs de Bourdieu ont permis d'appréhender en termes de champs ce contexte sanitaire. De ce fait, l'analyse aboutit à une série de résultats. Tout d'abord, elle souligne que la position de la médecine traditionnelle dans la Sous-préfecture de Boundiali reste identique à celle de l'ensemble du pays. En raison d'un ensemble de fragilités internes et externes, elle y occupe une position marginale du point de vue institutionnel et juridique, quoiqu'étant culturellement ancrée. L'analyse révèle, ensuite, que ces fragilités jouent au détriment de cette médecine dans la lutte de positionnement qui l'oppose à la médecine moderne. À ce niveau, l'analyse insiste, enfin, sur la nature de cette lutte. Elle paraît idéologique d'autant plus que l'enjeu pour les acteurs de la médecine dominante (médecine moderne) n'est pas de marginaliser, conformément à la logique même de la théorie des champs, mais d'aligner la médecine dominée (la médecine traditionnelle) sur des modèles de santé modernes pour plus d'options dans le système sanitaire ivoirien. Dans ce sens, bien que la médecine traditionnelle soit dans une situation marginale, une lueur d'espoirs se dessine au regard de ce qui semble être une prise collective de conscience autour de l'intérêt de la valoriser dans le champ sanitaire et ce, même si des actions concrètes n'accompagnent pas encore cette prise de conscience. Au-delà, cet article invite à repenser les politiques publiques sous l'angle de l'inclusion et de la valorisation des savoirs médicinaux traditionnels, en réduisant les inégalités symboliques entre acteurs du champ médical ivoirien et ce, en vue de renforcer la résilience du système sanitaire, d'améliorer la prise en charge communautaire de certaines pathologies et de promouvoir des formes de santé intégrative respectueuses des réalités locales.

Bibliographies

AUGE Marc. (1998). *Les Formes de l'oubli*. Paris : Payot &

Rivages.

BOURDIEU Pierre and WACQUANT, J.D. Loïc, 1992. *An Invitation to Reflexive Sociology*. University of Chicago Press.

BOURDIEU Pierre, 1980. *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1984. *Homo academicus*. Paris : Éditions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1986. *The forms of capital*. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). Greenwood Press.

BOURDIEU Pierre, 1994. *Raisons pratiques : Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.

BOURDIEU Pierre, 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil.

BRAUN Virginia and CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », In *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

CANIVET Marius et LECOCQ Dan, 2019. *Médecines africaines et mondialisation : Pratiques, savoirs et politiques de santé*. Paris : Karthala.

DIABAGATE Amadou, EHOULE Kroa, KOUAME Barthélemy Yao, MOUSTAPHA Kamagate, COULIBALY Kalpy Julien, COULIBALY Bakary et KONATE Ibrahim, 2025, « Enquête sur la pratique de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : profil des praticiens, identification des modes de préparation et de production des médicaments traditionnels », In *ESI Preprints (European Scientific Journal, ESJ)*, 21(3), 51.

DOZON Jean-Pierre, 1995. *La cause des prophètes : Politique et religion en Afrique contemporaine*. Paris : Éditions du Seuil.

EMIRBAYER Mustafa and JOHNSON Victoria, 2008, « Bourdieu and organizational analysis », In *Theory and Society*, 37(1), 1–44.

FASSIN Dadier, 2000. *Les politiques de la santé en Afrique : Du développement à la santé publique*. Paris : Karthala.

GRENFELL Michael, 2012. *Pierre Bourdieu: Key Concepts* (2nd ed.). Routledge.

HOUNTONDJI J. Paulin, 1994. *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*. Paris : Karthala.

MEUNIER Dominique, 2011. Compte rendu de [Mongeau, P. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté Jeans & Côté Tenue de soirée*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec]. *Revue des sciences de l'éducation*, 37(1), 202–203.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *La médecine traditionnelle en Afrique : Rapport de l'OMS sur la médecine traditionnelle*. Genève : OMS.

Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). (2014). *Rapport national sur la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire*. Abidjan : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

SANOGO Yanourga, 2013, « La médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : quel encadrement juridique ? », In Le Village de la justice.

SORO Wonna Lacina, COULIBALY Dognimin Ismaël, KONÉ Bognan Valentin et HEITZ-TOKPA Kathrin, 2025, « Choix thérapeutiques de trois femmes atteintes de la Filariose Lymphatique à Abidjan », In Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire, 2(4), 16-21.

SWARTZ David, 1997. *Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*. University of Chicago Press.

TURNER Victor. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine.

WACQUANT J.D Loïc, 1992. Toward a social praxeology: The structure and logic of Bourdieu's sociology. In P. Bourdieu & L. Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology* (pp. 1–59). University of Chicago Press.

WEBER Max, 1971. *Économie et société*. Paris : Plon.

YAO Daniel Kouakou, DALOUGOU Gbalawoulou Dali et ZAMBE Maholy Antoinette, 2021, « Représentations sociales des tradipraticiens et problématique de leur insertion dans le système de santé public en Côte d'Ivoire », In Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, (3)2, 28-46.

ZEMPLENI Andras, 1983, « Rites de possession et savoir thérapeutique au Sénégal », In Cahiers d'Études africaines, 23(89), 5–39.