

# ENTRE PRECARITE ECONOMIQUE ET CAPITAL SYMBOLIQUE : LES LOGIQUES SOCIALES DU RECOURS AUX SOINS TRADITIONNELS DANS LES QUARTIERS PERIPHERIQUES DE KORHOGO.

Péyéna LOFIGUE

Université Alassane Ouattara  
lofiguepeyenaserge@gmail.com

---

## Résumé

*Cette étude analyse les logiques sociales du recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo, en examinant les arbitrages opérés par les populations entre précarité économique et recherche de capital symbolique. Elle vise à dépasser l'idée d'un recours par défaut afin de comprendre comment les habitants construisent leurs trajectoires thérapeutiques dans un contexte d'inégalités d'accès aux services biomédicaux. La recherche repose sur une démarche qualitative socio-anthropologique menée entre mars et juin 2025 dans cinq quartiers périphériques de Korhogo. Les données ont été collectées à partir de l'observation participante, de quarante-huit entretiens semi-directifs et de trois focus groups auprès d'usagers, de praticiens traditionnels, d'agents de santé et de leaders communautaires. Les résultats montrent que le recours aux soins traditionnels s'inscrit dans des stratégies sociales durables, combinant contraintes économiques, proximité thérapeutique et quête de reconnaissance sociale. Les soins traditionnels apparaissent ainsi comme des espaces de protection morale et de légitimation sociale, structurant les parcours de santé au-delà des seules contraintes matérielles.*

**Mots-clés** : Précarité économique, capital symbolique, logiques sociales, recours, soins traditionnels.

---

## Abstract

*This study analyses the social logic behind the use of traditional healthcare in the outlying neighbourhoods of Korhogo, examining the trade-offs made by local populations between economic insecurity and the pursuit of symbolic capital. It aims to move beyond the idea of default recourse in order to understand how residents construct their therapeutic trajectories in a context of unequal access to biomedical services. The research is based on a qualitative socio-anthropological approach conducted between March and June 2025 in five outlying neighbourhoods of Korhogo. Data was collected through participant observation, forty-eight semi-structured interviews and three focus groups with users, traditional practitioners, health workers and community leaders. The results show that the use of traditional healthcare is part of sustainable social strategies, combining economic constraints, therapeutic proximity and the quest for social recognition. Traditional healthcare thus appears to provide moral protection and social legitimacy, structuring healthcare pathways beyond mere material constraints.*

**Keywords:** *Economic insecurity, symbolic capital, social logics, recourse, traditional care.*

---

---

## Introduction

---

Dans un contexte marqué par des inégalités persistantes d'accès aux soins de santé à l'échelle mondiale, le recours à la médecine traditionnelle s'impose comme un fait social

majeur. En effet, près de 70 % à 80 % de la population mondiale aurait recours à des pratiques traditionnelles pour répondre à ses besoins de santé primaires, notamment dans les zones où les systèmes de soins biomédicaux demeurent inaccessibles ou coûteux. Ainsi, cette prédominance souligne l'importance des déterminants sociaux, culturels et économiques dans les choix thérapeutiques, au-delà des seules limites biomédicales (Chesetsi, 2025, p. 5).

Dans cette perspective, les instances internationales de santé reconnaissent désormais ce pluralisme comme une composante à part entière des systèmes de soins, et non plus comme un phénomène marginal. À titre illustratif, l'Organisation mondiale de la santé, dans sa « Stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034 », insiste sur la nécessité d'une intégration fondée sur des preuves des médecines traditionnelles dans les politiques de santé publique, afin d'élargir la couverture sanitaire universelle et de garantir la sécurité et l'efficacité des pratiques (OMS, 2025, p. 15). Parallèlement, Agyemang et al. (2025, p. 3) montrent empiriquement que les facteurs culturels, religieux, le coût des soins et les réseaux sociaux influencent significativement l'usage des médecines traditionnelles, révélant ainsi que ces pratiques ne constituent pas de simples alternatives, mais s'inscrivent dans des logiques sociales complexes.

À l'échelle africaine, ce pluralisme thérapeutique se traduit par une coexistence dynamique entre systèmes traditionnels et biomédecine moderne. À cet égard, la revue systématique de Almeida et al. (2024, p. 6) sur l'usage des médecines traditionnelles en Afrique de l'Ouest met en évidence une véritable intermédiation entre tradition et

modernité dans les parcours de soins : les remèdes ancestraux et les praticiens traditionnels demeurent largement sollicités, souvent en combinaison avec les soins modernes, en réponse à la diversité des besoins de santé et aux limites d'accès formel. De plus, l'étude d'Abhadionmhen et Imarenezor (2025, p. 1), centrée sur le Nigéria, montre que les déterminants économiques, sociaux et culturels sont étroitement imbriqués, suggérant que les choix thérapeutiques ne se réduisent pas à des préférences individuelles mais reflètent des structures sociales plus larges.

Dans le contexte ivoirien, bien que les pratiques traditionnelles fassent l'objet de recherches depuis plusieurs décennies, les travaux récents confirment qu'elles demeurent incontournables dans les parcours de soins quotidiens. Ainsi, l'enquête nationale conduite par Diabagaté et al, (2025, p. 56) met en évidence la diversité des praticiens traditionnels, des remèdes utilisés et des pathologies prises en charge, soulignant que ces pratiques continuent de couvrir une part importante des besoins thérapeutiques malgré les efforts de formalisation et de promotion institutionnelle. En parallèle, les analyses de Kouadio (2024, p. 3) sur les médicaments traditionnels améliorés montrent que des contraintes économiques et des enjeux de régulation freinent encore leur adoption généralisée dans le système de santé national.

Enfin, au niveau local, dans la région du Poro, et plus précisément dans les quartiers périphériques de Korhogo, les logiques sociales du recours aux soins traditionnels s'inscrivent dans des réalités socio-économiques spécifiques. Bien que les données quantitatives locales restent limitées,

des études qualitatives régionales indiquent que les contraintes d'accès aux soins biomédicaux (coûts, distances et disponibilité des services) se conjuguent à des savoirs locaux profondément ancrés pour orienter les choix thérapeutiques vers des praticiens socialement légitimes. À cet égard, Sanogo et al. (2023, p. 540) montrent que ces pratiques sont étroitement liées aux réseaux de parenté et aux systèmes de reconnaissance sociale au sein des communautés sénoufo de Korhogo.

Dès lors, dans ce contexte où le pluralisme thérapeutique s'articule étroitement avec les précarités économiques, la présente recherche se donne pour objectif d'analyser les logiques sociales du recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo. La problématique centrale peut ainsi être formulée comme suit : comment les habitants des quartiers périphériques de Korhogo arbitrent-ils entre contraintes économiques (coûts directs et indirects, distance aux services biomédicaux, niveau de revenus) et capital symbolique (confiance, réputation et reconnaissance sociale des praticiens traditionnels) dans leurs trajectoires de recours aux soins ?

Partant de cette interrogation, l'hypothèse générale de l'étude est que, dans les quartiers périphériques de Korhogo, le recours aux soins traditionnels ne constitue pas seulement un choix par défaut imposé par la précarité économique, mais bien une stratégie sociale orientée vers la recherche et la mobilisation d'un capital symbolique (confiance communautaire, légitimité du praticien et adhésion aux valeurs locales) qui structure durablement les parcours de santé, même en présence d'une offre biomédicale.

Dans cette perspective, l'article présente d'abord le cadre théorique et méthodologique de l'enquête menée dans les quartiers périphériques de Korhogo. Il expose ensuite les résultats empiriques, structurés autour des dimensions économiques, relationnelles et symboliques du recours aux soins traditionnels. Enfin, il propose une discussion des apports et des limites de l'étude, avant de conclure sur ses implications scientifiques et opérationnelles.

## **1. Méthodologie**

Dans une perspective compréhensive, cette recherche adopte une démarche qualitative socio-anthropologique visant à analyser en profondeur les logiques sociales du recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo. En effet, comme le souligne J.P. Olivier de Sardan (2015, p. 45), l'approche qualitative permet de saisir les normes pratiques, les rationalités des acteurs et les arrangements concrets qui structurent les comportements de santé en contexte africain. Ainsi, l'enquête de terrain a été conduite sur une période de quatre mois, de mars à juin 2025, dans plusieurs quartiers périphériques de la ville de Korhogo, notamment Téguré, Prémaforo, Ochinnin, Natchiokobadara et Cocody, caractérisés par une forte densité démographique, une urbanisation rapide et un accès inégal aux structures biomédicales.

À cet égard, les données ont été recueillies à partir de l'observation participante, de 45 entretiens semi-directifs et de 3 focus groups, réalisés auprès de différents acteurs impliqués dans les parcours de soins. Plus

précisément, l'échantillon qualitatif de 48 enquêtés se répartit comme suit : 20 habitants usagers des soins traditionnels (10 hommes et 10 femmes), 8 chefs de ménage, 7 guérisseurs traditionnels, 4 herboristes, 6 agents de santé biomédicaux exerçant dans les centres de santé de proximité, et 3 leaders communautaires (chef de quartier et responsable associatif), afin de croiser les points de vue profanes, thérapeutiques et institutionnels. Ces enquêtés ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné, visant la diversité des profils, des expériences et des trajectoires thérapeutiques.

Sur le plan éthique, l'ensemble des enquêtés a été informé des objectifs scientifiques de la recherche, des modalités de participation et de leur droit de retrait à tout moment. Un consentement éclairé, principalement oral en raison des niveaux d'alphabétisation variables, a été systématiquement recueilli avant chaque entretien ou observation. Les verbatims ont été anonymisés par l'usage de pseudonymes et l'effacement de toute information permettant l'identification des personnes ou des praticiens. Une attention particulière a été portée à la gestion des risques sociaux, notamment en évitant toute exposition publique de conflits familiaux, de pratiques thérapeutiques sensibles ou de jugements de valeur susceptibles de générer des tensions communautaires. L'enquête s'est déroulée avec l'accord des autorités locales et communautaires, garantissant une légitimité sociale du dispositif de recherche et le respect des normes locales de communication et de confidentialité.

Conformément aux recommandations de A. L. Strauss et J. M. Corbin (2008, p. 12) en théorie ancrée, l'analyse des

données a été menée de manière itérative, combinant codage ouvert, axial et sélectif, afin de faire émerger les catégories pertinentes à partir du matériau empirique. Par ailleurs, cette recherche s'inscrit dans le cadre du pluralisme thérapeutique, entendu comme la coexistence et l'articulation de plusieurs systèmes de soins dans les parcours des malades, selon l'approche classique de J. M. Janzen (1978, p. 4), pour qui les itinéraires thérapeutiques traduisent des choix socialement situés au sein de « systèmes de soins » en interaction. De plus, l'analyse mobilise la théorie des modèles explicatifs de la maladie développée par A. Kleinman (1980, p. 104), laquelle permet de comprendre comment les représentations locales des causes, des signes et des traitements orientent les décisions de recours aux thérapeutes traditionnels plutôt qu'aux structures biomédicales.

En outre, afin d'interpréter le rôle de la reconnaissance sociale et de la réputation des praticiens, l'étude s'appuie sur la notion de capital symbolique de P. Bourdieu (1994, p. 160), conçue comme une forme de capital fondée sur l'honneur, la confiance et la légitimité socialement accordée, ce qui éclaire la préférence accordée à certains guérisseurs dans les quartiers enquêtés. Dans cette perspective, les entretiens ont porté sur les trajectoires de soins, les critères de choix des thérapeutes, les coûts directs et indirects des traitements, ainsi que sur les significations sociales attribuées aux soins traditionnels.

Enfin, la triangulation des sources (entretiens, observations et discours croisés) a été systématiquement mobilisée afin d'assurer la validité interne des résultats, conformément aux principes méthodologiques de N. K.

Denzin (2012, p. 82) sur la triangulation en recherche qualitative. Ainsi structurée, cette démarche méthodologique permet de rendre compte des arbitrages entre précarité économique et recherche de capital symbolique dans les parcours thérapeutiques des habitants des périphéries de Korhogo, en articulant étroitement données empiriques, cadres théoriques et contextualisation locale.

## 2. Résultats

Les résultats de cette recherche montrent que le recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo ne peut être compris ni comme une simple survivance culturelle ni comme une réponse mécanique à la pauvreté. Il s'inscrit dans des logiques sociales complexes, où s'articulent contraintes économiques, interprétations locales de la maladie, relations de confiance et quête de reconnaissance sociale. Cette articulation met en évidence un système de décisions situé, dans lequel les choix thérapeutiques fonctionnent comme des actes sociaux stratégiques, engageant à la fois la survie matérielle des ménages et leur position symbolique au sein de la communauté. L'analyse thématique met en évidence sept dynamiques majeures structurant les parcours thérapeutiques des enquêtés.

### ***2.1. La précarité économique comme déclencheur du recours aux soins traditionnels***

La majorité des enquêtés évoquent la contrainte économique comme premier facteur d'orientation vers les soins

traditionnels. Le coût des consultations biomédicales, des examens et surtout des médicaments est perçu comme un obstacle majeur, en particulier pour les ménages vivant de revenus informels et instables. Plusieurs habitants expliquent que la décision de consulter un guérisseur intervient dès lors que la maladie dépasse les capacités financières immédiates du foyer. Ceci est confirmé par les propos d'un enquêté qui révèle que :

*« À l'hôpital, même avant de te regarder, on te demande l'argent. Si tu n'as pas, tu attends ou tu rentres chez toi. Chez le tradipraticien, on parle d'abord, on s'entend après »* (Homme, 42 ans, habitant de Téguééré).

Cette précarité ne se limite pas au paiement direct : elle inclut les frais de transport, le temps perdu dans les structures de santé et le risque d'ordonnances coûteuses. Les chefs de ménage soulignent que les soins traditionnels offrent une souplesse économique, notamment à travers le paiement différé ou symbolique. On peut entendre certains enquêtés annoncés que :

*« Le guérisseur peut dire : donne ce que tu peux aujourd'hui, on verra après si ça va mieux chez toi. À l'hôpital, ça n'existe pas »* (Chef de ménage, 55 ans, Prémaforo).

Ainsi, cette pratique de paiement flexible et différé traduit une logique de négociation morale du soin, fondée sur l'interconnaissance et la reconnaissance des contraintes économiques des ménages. Elle permet au malade de ne pas renoncer au soin en raison d'un manque immédiat de

ressources, tout en préservant sa dignité et son statut social. L'analyse montre que l'échange thérapeutique ne se réduit pas à une transaction marchande, mais prend la forme d'un contrat social implicite, dans lequel la confiance, la réputation et la solidarité communautaire remplacent partiellement la monnaie comme garantie d'accès au soin. En ce sens, le recours aux soins traditionnels apparaît comme une stratégie de gestion de l'incertitude économique, plutôt qu'un choix marginal.

## **2.2. La proximité spatiale et sociale des thérapeutes traditionnels**

Au-delà de la contrainte économique, la proximité spatiale des praticiens traditionnels constitue un déterminant central du recours aux soins dans les quartiers périphériques de Korhogo. Les centres de santé biomédicaux sont souvent perçus comme éloignés, saturés et chronophages, impliquant des déplacements coûteux et des temps d'attente incompatibles avec les urgences du quotidien. À l'inverse, les guérisseurs et herboristes résident généralement au cœur même des quartiers, parfois à quelques mètres des domiciles, ce qui permet un accès immédiat, notamment en situation de crise. Une enquêtée affirme :

*« Le guérisseur est ici, à deux maisons. Quand l'enfant fait crise la nuit, on peut aller le voir. C'est plus facile pour nous que d'aller à l'hôpital qui est très loin surtout que mon mari est tout le temps en voyage » (Femme, 33 ans, Ochinnin).*

Cette proximité géographique produit un sentiment de disponibilité permanente du thérapeute, renforçant l'idée

d'un soin accessible à tout moment, y compris en dehors des horaires institutionnels. Elle réduit également la dépendance aux infrastructures de transport et aux logiques administratives, souvent perçues comme dissuasives par les populations précaires. Toutefois, cette proximité n'est pas uniquement spatiale ; elle est aussi profondément sociale et relationnelle.

En effet, les praticiens traditionnels sont insérés dans les réseaux de parenté, de voisinage et d'interconnaissance locale, ce qui diminue fortement la distance symbolique entre soignant et soigné. Ils sont identifiés non seulement par leurs compétences thérapeutiques, mais aussi par leur origine familiale, leur trajectoire sociale et leur réputation morale. C'est le cas d'un responsable communautaire qui dit :

*« Ce n'est pas quelqu'un d'étranger, on sait d'où il vient, qui est son père. Il est parmi les premiers qui sont arrivés ici dans ce quartier »* (Leader communautaire, Natchiokobadara).

Cette connaissance sociale préalable instaure une relation de confiance anticipée, où le patient ne se présente pas comme un anonyme, mais comme un membre d'un tissu social partagé. La relation thérapeutique repose alors sur une familiarité rassurante, qui facilite la continuité du recours et l'adhésion aux prescriptions. L'interprétation suggère que la proximité fonctionne comme un mécanisme de "domestication sociale" du soin, transformant l'acte thérapeutique en une interaction ordinaire de la vie communautaire, plutôt qu'en une rencontre formelle avec une

institution distante. Ainsi, la proximité agit comme un facteur de sécurisation sociale du soin, rendant le thérapeute immédiatement disponible, compréhensible et moralement engagé.

### **2.3. Les modèles explicatifs locaux de la maladie**

Les résultats montrent que le choix du recours thérapeutique dépend fortement des modèles explicatifs locaux de la maladie, c'est-à-dire des interprétations sociales, morales et spirituelles attribuées aux causes du mal. Les habitants ne perçoivent pas la maladie comme un phénomène strictement biologique ; elle est souvent comprise comme l'expression d'un déséquilibre relationnel, d'une transgression sociale ou d'une attaque intentionnelle selon les propos de ce guérisseur qui affirme :

*« Ce n'est pas une maladie simple. C'est quelque chose que les gens de la nuit t'ont envoyé. L'hôpital ne peut pas voir ça »*  
(Guérisseur, 60 ans, Cocody).

Dans ce cadre, la biomédecine est reconnue pour traiter certaines affections dites « ordinaires », mais elle est jugée inopérante dès lors que la maladie est interprétée comme relevant d'un registre invisible (sorcellerie, jalousie, colère des ancêtres, non-respect des normes sociales). Les enquêtés opèrent ainsi une distinction claire entre les maladies « de l'hôpital » et celles « qui dépassent l'hôpital ». C'est le cas d'une femme qui dit ceci :

*« Quand la maladie revient toujours, malgré les médicaments, tu sais que ce n'est plus normal et qu'il y a*

*autre chose derrière* » (Femme, 47 ans, Tégouéré).

La chronicité, la récurrence ou l'échec des traitements biomédicaux renforcent l'idée d'une cause non biologique, orientant les trajectoires vers les soins traditionnels. Ces derniers sont valorisés non seulement pour leur efficacité supposée, mais surtout pour leur capacité à nommer le mal, à en proposer une lecture intelligible et socialement acceptable. Le guérisseur joue alors un rôle central de médiateur de sens, capable d'expliquer pourquoi la maladie survient, qui est impliqué et comment rétablir l'ordre social et moral perturbé. Cette lecture révèle une fonction centrale du guérisseur comme "entrepreneur de sens", capable de produire une narration socialement recevable de la maladie, qui apaise les tensions familiales et rétablit une cohérence morale face à l'incertitude thérapeutique. Ainsi, le recours aux soins traditionnels apparaît comme une quête de cohérence explicative, autant que de guérison physique.

#### ***2.4. La confiance et la réputation comme critères centraux de choix***

La confiance constitue un principe structurant du recours aux soins traditionnels, et elle s'ancre principalement dans la réputation sociale du praticien. Les enquêtés soulignent que le choix d'un guérisseur n'est jamais aléatoire : il repose sur le bouche-à-oreille, les récits de guérison et la reconnaissance collective accumulée au fil du temps. C'est le cas d'un enquêté qui affirme :

*« On ne va pas chez n'importe qui. C'est parce que beaucoup*

*sont passés et ont guéri » (Homme, 38 ans, Prémaforo).*

Cette réputation fonctionne comme une preuve sociale d'efficacité, construite à partir d'expériences partagées et validées par la communauté. Elle permet de réduire l'incertitude thérapeutique dans un contexte où les résultats médicaux ne sont pas immédiatement mesurables. Les guérisseurs eux-mêmes sont conscients que leur légitimité dépend étroitement de cette reconnaissance collective. On peut donc les entendre dire :

*« Si tu prends l'argent sans soigner, demain plus personne ne viendra te voir, et tu vas entendre dans la ville que tu ne soigne pas bien les malades » (Guérisseur, 52 ans, Ochinnin).*

La réputation engage ainsi le praticien dans une éthique de la responsabilité : l'échec thérapeutique ou le comportement jugé immoral peut entraîner une perte rapide de clientèle et de crédibilité. Cette dynamique transforme la confiance en un véritable capital symbolique, au sens où elle confère au thérapeute une autorité socialement reconnue, tout en créant une relation de fidélité durable avec les patients. Pour ces derniers, consulter un praticien réputé revient aussi à se protéger socialement, en s'adossant à une figure légitime, reconnue et respectée par le groupe. Ainsi, la confiance ne relève pas uniquement de l'efficacité thérapeutique, mais participe pleinement à la construction sociale du soin dans les quartiers périphériques de Korhogo.

Un troisième verbatim met en lumière une autre dimension de la confiance, fondée sur la stabilité morale et

la continuité relationnelle du praticien selon les dits d'un enquêté qui affirme : « Lui, on le connaît depuis longtemps. Même quand tu n'es pas malade, il te salue, il vient aux funérailles, aux réunions. Ce n'est pas seulement un soigneur, c'est quelqu'un du quartier » (Chef de ménage, 57 ans, Natchiokobadara). L'analyse montre que la confiance opère ici comme un capital symbolique cumulatif, produit par la répétition des interactions sociales ordinaires autant que par les succès thérapeutiques. Le soignant engage ainsi sa réputation dans tous les espaces de la vie communautaire, ce qui transforme chaque acte quotidien en ressource potentielle de légitimation professionnelle. La participation aux rituels collectifs, aux événements familiaux et aux espaces publics locaux produit une prévisibilité morale du praticien : il est perçu comme un acteur fiable, soumis aux mêmes normes sociales et aux mêmes attentes que les autres membres de la communauté. Cette proximité normative renforce l'adhésion aux prescriptions et la fidélité des patients. Ainsi, la confiance ne relève donc pas uniquement de l'efficacité médicale, mais de la capacité du praticien à se conformer durablement aux normes morales locales, faisant de lui une figure de référence à la fois médicale et sociale.

### ***2.5. Les soins traditionnels comme espace d'écoute et de protection morale***

Les enquêtes révèlent que les soins traditionnels constituent un espace d'écoute et de parole particulièrement valorisé par les enquêtés, en contraste marqué avec l'expérience vécue des structures biomédicales. Les patients soulignent que les consultations traditionnelles accordent une place centrale au

récit de la maladie, aux explications détaillées et aux conseils pratiques, sociaux et moraux. Cette temporalité longue du soin permet au malade de raconter non seulement ses symptômes, mais aussi les circonstances de leur apparition, ses inquiétudes et ses relations sociales, ce qui participe à une prise en charge globale de la souffrance. Une enquêtée nous confie ceci :

*« À l'hôpital, le médecin est pressé. Ici, on t'écoute longtemps et cela me plaît beaucoup »* (Femme, 29 ans, Cocody).

Cette écoute attentive joue un rôle thérapeutique en soi, car elle reconnaît la légitimité de la plainte et restaure symboliquement la place sociale du malade. Elle permet également d'aborder des dimensions sensibles de la maladie qui sont souvent évacuées dans les consultations biomédicales standardisées. Ainsi, les soins traditionnels apparaissent comme un espace de protection morale, en particulier pour les affections jugées honteuses, intimes ou moralement stigmatisantes. Cette manière de penser des malades est parfois contraire à la méthode de travail des agents de santé qui affirment que :

*« Ici il y a beaucoup de patients, on ne peut pas prendre tout le temps avec un seul malade pendant que les autres se plaignent dehors. Aussi pour certaines maladies, tu ne peux pas en parler devant tout le monde »* (Agent de santé, 41 ans, Korhogo).

Dans ce cadre, le guérisseur est perçu comme un

confident social, capable de garantir la confidentialité, d'éviter l'exposition publique de la souffrance et de préserver l'honneur individuel et familial. Cette protection morale est essentielle dans des contextes où la maladie peut être associée à des soupçons de faute, de transgression ou de déviance sociale. Le recours aux soins traditionnels permet ainsi de soigner sans être disqualifié socialement, en maintenant une continuité entre guérison corporelle et intégrité morale. Cette configuration transforme la consultation en un espace de réparation morale, où le soin agit autant sur la réputation sociale du malade que sur son corps. Le dispositif thérapeutique devient ainsi un mécanisme de gestion du stigmaté.

## **2.6. L'articulation pragmatique entre soins traditionnels et biomédecine**

Contrairement à une opposition rigide entre tradition et modernité, les parcours thérapeutiques observés relèvent majoritairement d'un pluralisme thérapeutique pragmatique. Les enquêtés combinent les soins traditionnels et biomédicaux en fonction de la nature de la maladie, de son évolution et de l'efficacité perçue des traitements successifs. Cette articulation repose sur une logique d'essai, d'ajustement et de réévaluation continue. Un enquêté confirme ceci en ces termes :

« *On commence ici, si ça ne va pas, on va à l'hôpital* » (Homme, 50 ans, Natchiokobadara).

Les soins traditionnels sont souvent mobilisés en première intention, notamment pour interpréter le sens de

la maladie ou stabiliser la situation, tandis que la biomédecine est sollicitée pour les examens, les urgences ou lorsque les symptômes persistent. Cette circulation entre systèmes de soins traduit une rationalité pratique, fondée sur l'expérience accumulée, les conseils de l'entourage et les contraintes économiques.

Les agents de santé biomédicaux reconnaissent eux-mêmes cette réalité et l'intègrent implicitement dans leurs pratiques quotidiennes. On peut retenir à ce effet, les propos d'un infirmier qui affirme que :

« *Beaucoup viennent à l'hôpital après être passés chez le guérisseur* » (Infirmier, 36 ans).

L'analyse suggère que cette circulation entre systèmes de soins constitue une forme de rationalité expérimentale, fondée sur l'évaluation continue des résultats et sur l'optimisation des ressources disponibles, plutôt qu'un attachement exclusif à un registre thérapeutique. Ainsi, loin d'un rejet de la biomédecine, le recours aux soins traditionnels s'inscrit dans une logique de complémentarité fonctionnelle, où chaque système est mobilisé pour ce qu'il est supposé faire le mieux. Ce pluralisme traduit moins une confusion qu'une adaptation pragmatique aux limites perçues de chaque offre de soins.

### ***2.7. Le recours aux soins traditionnels comme stratégie sociale durable***

Enfin, les résultats montrent que le recours aux soins traditionnels constitue une stratégie sociale durable, articulant contraintes économiques, ressources relationnelles et quête de reconnaissance. Il ne s'agit pas

seulement de se soigner, mais aussi de préserver sa dignité, de maintenir sa respectabilité sociale et de mobiliser des réseaux de solidarité dans l'épreuve de la maladie. Les propos d'un chef de ménage confirment cette réalité :

*« Quand tu vas chez quelqu'un que tout le quartier respecte, toi aussi tu es respecté »*

*(Chef de ménage, 58 ans, Tégouéré).*

Cette dynamique révèle que le choix thérapeutique fonctionne comme un acte de positionnement social, par lequel le malade et sa famille affichent leur conformité aux normes communautaires et leur inscription dans des réseaux de respectabilité. Cette dimension est confirmée par d'autres enquêtés, qui insistent sur le fait que le choix du thérapeute engage la réputation sociale du malade et de sa famille, et participe à la gestion collective de la maladie : *« Si tu vas chez un guérisseur connu, les gens savent que tu as bien fait les choses. Personne ne peut dire que tu as négligé ta santé »* (Femme, 46 ans, Prémaforo).

Consulter donc un praticien reconnu permet ainsi au malade de s'inscrire dans une chaîne de légitimité sociale, où le choix thérapeutique devient un acte socialement valorisé. Cette reconnaissance contribue à renforcer la confiance en soi du patient, à apaiser les tensions familiales et à éviter les suspicions sociales, notamment dans les situations où la maladie pourrait être interprétée comme le signe d'une faute, d'une transgression ou d'un désordre relationnel. Le recours aux soins traditionnels active alors des réseaux de parenté, de voisinage et d'interconnaissance, qui soutiennent matériellement (contributions financières,

accompagnement) et moralement (conseils, prières, médiations) le processus de guérison.

Dans cette perspective, les soins traditionnels dépassent largement la seule fonction thérapeutique. Ils apparaissent comme un fait social total du soin, au croisement de l'économie domestique (coût, négociation, entraide), de la morale communautaire (respect, réputation, protection symbolique) et des trajectoires de santé individuelles. Leur persistance dans les quartiers périphériques de Korhogo s'explique donc par leur capacité à répondre simultanément aux dimensions biologique, sociale et symbolique de la maladie.

### 3. Discussion

Les résultats de cette recherche montrent que le recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo ne saurait être interprété comme une simple alternative résiduelle à la biomédecine. Il s'inscrit dans des logiques sociales structurées, au croisement de contraintes économiques, de modèles culturels de la maladie, de relations de confiance et de stratégies de reconnaissance sociale. La discussion propose d'examiner ces résultats par thématiques, en les confrontant à des travaux empiriques récents menés dans d'autres contextes.

#### **3.1. Précarité économique et stratégies thérapeutiques**

L'étude démontre que la précarité économique structure fortement les trajectoires de soins, sans pour autant conduire à des comportements irrationnels ou désorganisés.

Cette observation rejoint les analyses de Abadía-Barrero et Castro (2021, p. 88), pour qui « *les choix thérapeutiques des populations pauvres relèvent d'une rationalité contrainte, produite par l'incertitude économique et l'inégale distribution des ressources sanitaires* ». Cette citation met en évidence le fait que les décisions de soins ne sont pas prises au hasard, mais résultent d'un calcul social situé, dans lequel les individus évaluent ce qui est possible, soutenable et acceptable au regard de leurs ressources limitées. La contrainte économique n'abolit donc pas la rationalité ; elle en redéfinit les paramètres, en orientant les patients vers des solutions perçues comme plus flexibles et moins risquées financièrement.

Dans le même sens, Biehl et Petryna (2022, p. 42) soulignent que « *la santé, dans les contextes de vulnérabilité, devient un espace de négociation permanente entre survie économique et exigence thérapeutique* ». Cette analyse éclaire particulièrement les résultats observés à Korhogo : le soin ne constitue pas une sphère autonome, séparée des réalités matérielles, mais un espace où se négocient simultanément la survie économique du ménage et la prise en charge de la maladie. Les individus doivent composer avec l'urgence de se soigner tout en préservant l'équilibre financier déjà fragile de la famille.

À Korhogo, la possibilité de paiement différé ou négocié chez les guérisseurs apparaît comme une réponse concrète à cette incertitude structurelle. Le soin devient alors un espace de négociation morale, où la relation sociale, la connaissance mutuelle et la confiance priment sur la

solvabilité immédiate. Cette flexibilité permet d'éviter le renoncement aux soins, fréquent dans les structures biomédicales, et transforme le recours aux pratiques traditionnelles en une stratégie active de gestion du risque économique. Ces résultats confirment ainsi que la précarité n'annule pas la capacité d'agir des populations, mais qu'elle la reconfigure, en favorisant des choix thérapeutiques socialement ajustés aux contraintes du quotidien.

### **3.2. Proximité spatiale et sociale : un déterminant structurant**

La proximité des thérapeutes traditionnels constitue un autre déterminant majeur des parcours de soins. Theobald et al. (2020, p. 6) rappellent que *« l'accessibilité aux soins ne dépend pas uniquement de la disponibilité des services, mais de leur inscription dans les espaces sociaux et relationnels des populations »*. Cette citation souligne que l'accès aux soins ne peut être réduit à une logique d'infrastructures ou d'offre médicale ; il dépend aussi de la manière dont les services s'insèrent concrètement dans la vie quotidienne des individus. Un centre de santé peut exister, mais rester socialement distant, peu lisible ou difficilement mobilisable.

De leur côté, Pfeiffer et Chapman (2021, p. 113) notent que *« la proximité sociale des soignants réduit la distance symbolique et favorise l'adhésion thérapeutique »*. Cette affirmation met en lumière l'importance des relations sociales dans la construction de la confiance thérapeutique. Lorsque le soignant est perçu comme un membre du même univers social (connu, identifiable, inséré dans les réseaux locaux) le rapport de pouvoir et de méfiance tend à s'atténuer.

Les résultats de Korhogo confirment pleinement ces analyses. La proximité ne se limite pas à la distance physique entre le domicile et le lieu de soin ; elle est aussi sociale et symbolique, fondée sur l'interconnaissance, la parenté, l'origine familiale et la réputation locale. Cette double proximité produit un sentiment de sécurité sociale, en rupture avec l'anonymat souvent associé aux structures biomédicales. Le thérapeute traditionnel apparaît alors comme un acteur « du dedans », partageant les normes, les valeurs et les contraintes de la communauté. Cette position favorise la confiance, renforce l'adhésion aux prescriptions et explique la continuité du recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques.

### **3.3. Modèles explicatifs locaux et quête de sens**

Les résultats confirment également l'importance centrale des modèles explicatifs locaux de la maladie dans l'orientation des parcours thérapeutiques. A. Kleinman (1988, p. 26) souligne que « *les patients prennent leurs décisions thérapeutiques en fonction du sens qu'ils attribuent à la maladie, bien plus que de sa définition biomédicale* ». Cette affirmation rappelle que la maladie n'est pas seulement une réalité biologique, mais aussi une expérience sociale et symbolique. Les individus cherchent avant tout à comprendre pourquoi ils sont malades, ce que la maladie dit de leur situation et comment elle s'inscrit dans leur histoire personnelle et relationnelle.

Dans la même perspective, Nichter et Nordstrom (2020, p. 11) observent que « *l'échec des traitements biomédicaux renforce les interprétations sociales et*

*spirituelles de la maladie* ». Cette analyse éclaire le basculement observé dans les trajectoires de soins : lorsque la biomédecine ne parvient pas à soulager durablement les symptômes, elle perd de sa légitimité explicative, ouvrant la voie à des interprétations alternatives du mal.

Dans les quartiers où l'enquête s'est déroulée, la distinction opérée par les enquêtés entre maladies « de l'hôpital » et maladies « qui dépassent l'hôpital » traduit précisément cette quête de sens. Le guérisseur occupe alors une position centrale de médiateur symbolique, capable de nommer le mal, d'en identifier les causes sociales, spirituelles ou relationnelles, et de proposer des actions réparatrices adaptées. Le recours aux soins traditionnels apparaît ainsi comme une recherche de cohérence morale et sociale, visant à restaurer un ordre perçu comme rompu, et non comme un simple rejet de la biomédecine. Cette quête de sens complète la recherche de guérison physique et participe pleinement à la construction des trajectoires thérapeutiques.

### **3.4. Confiance, réputation et capital symbolique**

La confiance et la réputation apparaissent comme des critères décisifs dans le recours aux soins traditionnels, bien au-delà des considérations strictement thérapeutiques. Albrecht et al. (2021, p. 65) affirment que « *la confiance thérapeutique se construit à partir d'expériences partagées et validées collectivement* ». Cette citation met en évidence le caractère collectif et cumulatif de la confiance : celle-ci ne repose pas uniquement sur la relation individuelle entre patient et thérapeute, mais sur un ensemble de récits, d'expériences et d'évaluations sociales circulant au sein de la

communauté. La confiance devient ainsi un produit social, construit dans le temps, à partir de guérisons observées, racontées et reconnues publiquement.

Dans cette même veine, Béhague, Storeng et Owusu (2022, p. 59) soulignent que « *la réputation agit comme un mécanisme de régulation sociale dans les contextes de faible régulation institutionnelle* ». Cette analyse est particulièrement pertinente dans les contextes où les systèmes formels de contrôle et de certification des pratiques thérapeutiques sont limités. La réputation remplit alors une fonction régulatrice : elle récompense les praticiens jugés efficaces et moralement fiables, tout en sanctionnant ceux dont les pratiques sont perçues comme abusives ou inefficaces.

À Korhogo, la réputation du guérisseur fonctionne précisément comme un capital symbolique, au sens de P. Bourdieu (1994, p. 160), selon lequel « *le capital symbolique est une forme de pouvoir fondée sur la reconnaissance sociale* ». Cette reconnaissance confère au praticien une autorité légitime, mais elle protège également le patient. Consulter un guérisseur reconnu permet au malade de légitimer socialement son parcours de soins, de se prémunir contre les accusations de négligence ou d'irresponsabilité, et de préserver l'honneur familial. Le choix thérapeutique devient ainsi un acte socialement signifiant, engageant non seulement la santé du patient, mais aussi sa respectabilité et sa position au sein du groupe.

### **3.5. Les soins traditionnels comme espace d'écoute et de protection morale**

Les données indiquent que les soins traditionnels offrent un espace d'écoute rarement présent dans les dispositifs biomédicaux. B. Good et M. D. Good (2020, p. 20) notent que « *la biomédecine tend à réduire l'expérience de la maladie à des catégories techniques, au détriment du récit du patient* ». Cette analyse souligne une limite structurelle de la biomédecine : la focalisation sur le symptôme et le diagnostic tend à marginaliser la parole du malade, son vécu et les dimensions sociales de la souffrance.

À l'inverse, V. Das et R. Das (2021, p. 104) montrent que « *l'écoute thérapeutique permet de restaurer la dignité du malade et de réduire la stigmatisation* ». Cette approche met en lumière la dimension morale du soin : être écouté, reconnu et pris au sérieux constitue déjà une forme de réparation, indépendamment de l'efficacité strictement médicale du traitement. L'écoute devient ainsi un acte thérapeutique à part entière.

Dans les quartiers périphériques de Korhogo, cette écoute contribue à une véritable protection morale, notamment pour les maladies jugées sensibles, honteuses ou potentiellement stigmatisantes. Le guérisseur agit comme un confident social, garantissant la confidentialité et évitant l'exposition publique de la souffrance. Le soin traditionnel permet ainsi de soigner sans se disqualifier socialement, en préservant l'honneur individuel et familial. Dans ce cadre, le soin dépasse la dimension corporelle pour devenir un espace de réparation morale, où la parole, le conseil et la discrétion jouent un rôle central.

### **3.6. Pluralisme thérapeutique et articulation pragmatique**

Les résultats confirment l'existence d'un pluralisme thérapeutique pragmatique, fondé sur des ajustements successifs plutôt que sur des choix exclusifs. J. M. Janzen (1978, p. 5) écrivait déjà que « *les itinéraires thérapeutiques sont faits d'ajustements successifs plutôt que de choix exclusifs* ». Cette citation met en évidence le caractère processuel des parcours de soins : les patients expérimentent, évaluent, ajustent et réorientent leurs recours thérapeutiques en fonction de l'évolution de la maladie et des résultats obtenus.

Plus récemment, Langlois-Klass et Boidin (2023, p. 78) observent que « *les patients mobilisent différents systèmes de soins en fonction de l'évolution de la maladie et de l'efficacité perçue* ». Cette analyse souligne que le pluralisme thérapeutique ne relève ni de la confusion ni de l'incohérence, mais d'une rationalité pratique, fondée sur l'expérience et l'évaluation continue des traitements.

Dans la région du Poro, cette articulation traduit une rationalité adaptative, dans laquelle les soins traditionnels et la biomédecine sont mobilisés pour leurs fonctions respectives : interprétation du sens de la maladie, soulagement initial, examens biomédicaux, gestion des urgences. Les deux systèmes ne sont donc pas perçus comme antagonistes, mais comme complémentaires dans l'expérience vécue du soin, chacun répondant à des besoins spécifiques à différents moments du parcours thérapeutique.

### **3.7. Les soins traditionnels comme stratégie sociale durable**

Enfin, les résultats confirment que le recours aux soins traditionnels constitue une stratégie sociale durable, inscrite dans le temps long des trajectoires individuelles et familiales. D. Fassin (2018, p. 95) rappelle que « *se soigner, c'est aussi se positionner moralement et socialement* ». Cette affirmation met en évidence que le soin n'est jamais neutre : il engage des valeurs, des normes et des jugements sociaux, et participe à la construction de l'identité et de la respectabilité des individus.

De même, J.P. Olivier de Sardan (2021, p. 133) souligne que « *les pratiques de santé participent à la construction de la respectabilité et du lien social* ». Cette analyse montre que le recours aux soins est aussi un acte relationnel, qui renforce ou fragilise les liens sociaux selon les choix opérés.

À Korhogo, consulter un praticien reconnu permet au malade de préserver sa dignité, d'activer des réseaux de solidarité (parenté, voisinage, médiations sociales) et de donner un sens socialement acceptable à l'épreuve de la maladie. Les soins traditionnels apparaissent ainsi comme un fait social total du soin, articulant économie domestique, morale communautaire et trajectoires de santé. Leur persistance dans les périphéries urbaines s'explique précisément par cette capacité à répondre simultanément aux dimensions biologique, sociale et symbolique de la maladie.

## Conclusion

Cette recherche posait l'hypothèse que le recours aux soins traditionnels dans les quartiers périphériques de Korhogo ne relève pas d'un simple choix par défaut lié à la pauvreté, mais d'une stratégie sociale articulant contraintes économiques, modèles explicatifs locaux de la maladie, relations de confiance et recherche de capital symbolique. Les résultats confirment cette hypothèse en montrant que ces pratiques combinent gestion de l'incertitude financière, quête de sens face à la maladie et préservation de la dignité et de la respectabilité sociale.

Sur le plan scientifique, l'étude contribue aux travaux sur le pluralisme thérapeutique en proposant une lecture socio-anthropologique attentive aux dimensions morales, relationnelles et symboliques du soin en contexte ivoirien. Elle met en évidence le rôle central de la proximité, de la réputation et des réseaux communautaires dans la structuration des trajectoires thérapeutiques, dépassant ainsi les oppositions classiques entre biomédecine et tradition.

Sur le plan social, cette recherche souligne l'importance des soins traditionnels comme espaces de protection morale, de cohésion communautaire et de médiation des vulnérabilités économiques, en particulier dans les quartiers périphériques marqués par l'inégale accessibilité aux services biomédicaux. Toutefois, l'étude demeure limitée par son ancrage local et par l'absence de données quantitatives. Des recherches

futures pourraient mobiliser des méthodes mixtes et des comparaisons interurbaines afin d'évaluer l'ampleur et la variabilité de ces dynamiques dans d'autres contextes ivoiriens.

## Références bibliographiques

**ABADIA-BARRERO** María Clara & **CASTRO** Arachu, 2021, « Experiences of stigma and access to health care among people living in poverty: A critical perspective », *Social Science & Medicine*, vol. 282, pp. 85-94.

**ABHADIONMHEN** Osemudiamen Emmanuel & **IMARENEZOR** Emmanuel Peter Kelechi, 2025, « Socioeconomic and cultural determinants of traditional medicine use in Nigeria », *European Journal of Integrative Medicine*, vol. 74, pp. 1-8.

**AGYEMANG** Charles, **VAN DEN BORN** Bert-Jan Herman & **BREWSTER** Lizzy Margaret, 2025, « Cultural beliefs, social networks and the use of traditional medicine in sub-Saharan Africa », *BMC Public Health*, vol. 25, N°1, pp. 1-10.

**ALBRECHT** Gary Lee, **FITZPATRICK** Raymond & **SCRIMSHAW** Susan Christina Mccurdy, 2021. *Handbook of social studies in health and medicine*, SAGE Publications London.

**ALMEIDA** Sónia Alexandra, **GBOMOR** Sylvain Etienne, **OSAIO-KAMARA** Babatunde, **OLAGUNJU** Michael Temidayo, **ABODUNRIN** Oluwasegun Richard, & **FOLAYAN** Morenike Oluwatoyin, 2024, « Use of traditional medicine for health care in West Africa : A scoping review », *PLOS ONE*, vol. 19, N°7, pp. 1-12.

**BEHAGUE Dominique Pascal, STORENG Katarina Tereza, & OWUSU Pauline Akosua**, 2022, « Trust, legitimacy and regulation in global health research », *Global Public Health*, vol. 17, N°1, pp. 55-67.

**BIEHL João Guilherme & PETRYNA Adriana**, 2022. *When people come first : Critical studies in global health*, Princeton University Press, Princeton (NJ).

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

**CHESETSI Lefa Lethabo & ROSS Alison Jane**, 2025, « Determinants of traditional medicine use in primary health care systems », *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, vol. 17, N°1, pp. 1-7.

**CORBIN juliet mary & STRAUSS anselm leonard**, 2008. *basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*, 3e ed., SAGE Publications, Thousand Oaks (CA).

**DAS Veena & DAS Ranendra Kumar**, 2021, « Care, ethics and the everyday in illness experiences », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 35, N° 1, pp. 98-112.

**DENZIN Norman Kent**, 2012, « Triangulation 2.0 », *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 6, N° 2, pp. 80-88.

**DIABAGATE Amadou, KROA Emmanuel, YAO Kouakou Brou, KAMAGATE Moussa, COULIBALY Kouassi Julien, COULIBALY Bakary & KONATE Ibrahim**, 2025, « Survey on the practice of traditional medicine in Côte d'Ivoire : Profile of practitioners and production of traditional medicines », *European Scientific Journal*, vol. 21, N° 3, pp. 53-67.

**FASSIN Didier**, 2018. *La vie : Mode d'emploi critique*, Éditions du Seuil, Paris.

**GOOD Byron James & GOOD Mary-Jo DelVecchio**, 2020, « Culture, medicine and psychiatry: An international journal of cross-cultural health research », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 44, N°1, pp. 15-28.

**JANZEN John Middleton**, 1978. *The quest for therapy in Lower Zaire*, University of California Press, Berkeley (CA).

**KLEINMAN Arthur Michael**, 1980. *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley (CA).

**KLEINMAN Arthur Michael**, 1988. *The illness narratives : Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York (NY).

**KOUADIO Yao François**, 2024, « Les médicaments traditionnels améliorés en Côte d'Ivoire : Enjeux économiques et institutionnels », *Revue ivoirienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 12, N°1, pp. 1-15.

**LANGLOIS-KLASS Anne & BOIDIN Capucine**, 2023, « Pluralisme thérapeutique et parcours de soins en Afrique urbaine », *Anthropologie & Santé*, N° 26, pp. 65-85.

**NICHTER Mark & NORDSTROM Carolyn**, 2020. *Global health and local worlds: Medical anthropology in practice*, Routledge, London.

**OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre**, 2015. *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Academia-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve.

**OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre**, 2021. *Health policies and local realities in Africa*. Karthala, Paris.

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, 2025. *Global traditional medicine strategy 2025-2034*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

**PFEIFFER James Francis & CHAPMAN Rachel Ruth**, 2021, « Anthropological perspectives on health systems and policy », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 35, N° 2, pp.110-125.

**SANOGO Souleymane, TRAORE Adama, & COULIBALY Mamadou**, 2023, « Pratiques thérapeutiques et reconnaissance sociale chez les Sénoufo de Korhogo », *Cahiers d'Études Africaines*, vol. 251, N° 3, pp. 535-552.

**THEOBALD Sally Jane, HAWKINS Kate, KOK Mathilde Cornelia, RASHID Sabina Faiz & TAEGTMEYER Miriam**, 2020, « Strengthening health systems through social relations and trust », *Health Policy and Planning*, vol. 35, Suppl. 2, pp. ii5-ii14.