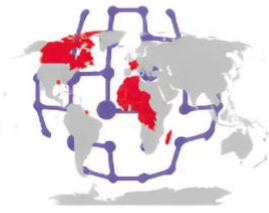


Revue **Francophone**



L'argile comme objet de savoirs et d'apprentissages : efficacité perçue, héritages éducatifs et enjeux de reconnaissance

Clay as an object of knowledge and learning: perceived effectiveness, educational legacies and recognition issues

Lhaur-Yaigaiba Annette OUATTARA ^a

Alice DANHI ^b

^a Université Nangui ABROGOUA-Centre Suisse de Recherches Scientifiques, Côte d'Ivoire

^b Université Jean Lorougnon GUEDE, Côte d'Ivoire

Les auteurs acceptent que cet article reste en libre accès en permanence selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Résumé

En Côte d'Ivoire, les pratiques thérapeutiques à base d'argile connaissent un regain d'intérêt, tant dans les communautés locales que dans certains milieux scientifiques. Longtemps marginalisées, ces pratiques s'inscrivent aujourd'hui dans un processus de légitimation où se croisent pluralisme médical, transmission intergénérationnelle et reconnaissance institutionnelle partielle. À partir d'une méthodologie qualitative combinant entretiens semi-directifs, observation directe et analyse thématique, cet article interroge les mécanismes sociaux par lesquels ces savoirs se transmettent, s'adaptent et se valorisent. L'analyse met en évidence que l'usage de l'argile constitue à la fois un fait de santé structuré par des formes de socialisation informelle, de conflits de légitimités et de recomposition des savoirs dans un contexte de transmission de savoir. Cette approche croisée entre sociologie de la santé et sociologie de l'éducation permet de rendre compte de la complexité des rapports entre savoirs populaires, apprentissages sociaux et validation institutionnelle dans les trajectoires thérapeutiques contemporaines.

Mots clés : argile thérapeutique, socialisation, apprentissage communautaire, pluralisme médical, transmission de savoirs

Abstract

In Côte d'Ivoire, therapeutic practices based on clay are undergoing a process of social and institutional revaluation. While traditionally marginalized within official health systems, these practices are now gaining renewed interest among patients and within certain scientific communities. Based on a qualitative methodology combining semi-structured interviews, field observations, and thematic analysis, this article explores the educational and social mechanisms through which these knowledge systems are transmitted, adapted, and valued. The analysis highlights that the use of clay is both a health-related and educational phenomenon, shaped by informal socialization, legitimacy conflicts, and knowledge recompositions in a postcolonial context. This cross-disciplinary approach between the sociology of health and the sociology of education provides insight into the complex relationships among local knowledge, social learning, and institutional validation within contemporary therapeutic trajectories.

Keywords: clay therapy, socialization, community learning, medical pluralism, Transmission of knowledge

Introduction

Dans les sociétés africaines contemporaines, les systèmes de soins ne peuvent être dissociés des systèmes d'apprentissage. Les individus naviguent entre biomédecine, savoirs traditionnels, traitements naturels et pratiques religieuses pour faire face à la maladie (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Ce pluralisme médical, structuré par des logiques à la fois de complémentarité et de substitution, est indissociable d'une pluralité des formes de socialisation. En effet, le recours aux pratiques thérapeutiques alternatives repose non seulement sur des choix de soins mais également sur des apprentissages sociaux incorporés dès l'enfance, transmis dans des espaces familiaux, communautaires et religieux. Ces espaces fonctionnent comme des matrices éducatives où se construisent des schèmes de perceptions, des savoirs pratiques et des formes de légitimation qui orientent les usages thérapeutiques. C'est dans ce double contexte sanitaire et éducatif que s'inscrit l'usage thérapeutique de l'argile en Côte d'Ivoire. L'utilisation de l'argile, solidement ancré dans les pharmacopées traditionnelles, est mobilisé pour traiter des affections diverses, notamment cutanées, digestives et infectieuses. L'argile ne se contente pas de soigner : elle éduque les corps, façonne les pratiques sociales, et transmet un savoir incorporé qui repose autant sur l'observation que sur l'imitation. Elle est dotée d'une efficacité symbolique, sociale et sensorielle, fondée sur des représentations partagées qui associent la terre à la purification, la régénération et la protection. Cette dimension éducative s'inscrit dans une logique de « pédagogie silencieuse » (Bourdieu, 1972), où l'apprentissage passe par les gestes du quotidien, les récits oraux, et les normes implicites transmises au sein des cercles sociaux. Cette articulation entre apprentissage informel et transmission de savoirs communautaires rejoint les analyses de M. El Houssine (2023), qui montre dans la *Revue Francophone* que les représentations et les attitudes éducatives des lycéens marocains traduisent un rapport social au savoir façonné par la culture et la socialisation quotidienne. À l'instar de l'usage thérapeutique de l'argile, ces apprentissages s'enracinent dans des pratiques ordinaires et des transmissions implicites, témoignant de la force éducative des interactions communautaires.

Longtemps reléguées à la périphérie du système de santé formel, ces pratiques connaissent aujourd'hui un renouveau. Des recherches scientifiques ont mis en évidence les propriétés thérapeutiques de certaines argiles, notamment leurs effets antibactériens, anti-inflammatoires et cicatrisants (Williams et Haydel, 2010 ; Cagnetta et al., 2021). Ce regain d'intérêt scientifique contribue à une reconfiguration des hiérarchies de savoirs, ouvrant la voie à une légitimation partielle de ces pratiques. Parallèlement, les usagers expriment une confiance renouvelée, fondée sur une efficacité perçue, expérimentée et partagée collectivement dans le cadre d'un apprentissage non formel et intergénérationnel. Ainsi, l'efficacité de l'argile, bien qu'elle échappe souvent aux protocoles biomédicaux classiques, contribue à la légitimation sociale de son usage thérapeutique, en tant que savoir situé et validé par l'expérience vécue (Dumez & L'Espérance, 2024).

Certaines initiatives institutionnelles réelles, telles que la création en 2013 d'une Unité de médecine traditionnelle à Abidjan, où un argilo-thérapeute (formé à la céramique) dispense des soins à base d'argile (tisanes, crèmes, ovules, suppositoires) dans un contexte hospitalier, illustrent cette dynamique de revalorisation ; de même que les onze centres d'argilothérapie ouverts à travers le pays par Aboutou Koffi, un ancien potier devenu praticien, qui a développé une centaine de remèdes à base d'argile. Toutefois, ces initiatives demeurent fragiles et souvent ponctuelles, révélant les tensions persistantes entre savoirs issus de l'expérience communautaire et normes scientifiques de validation. Elles illustrent aussi un rapport de pouvoir entre deux univers éducatifs : l'un enraciné dans la transmission populaire, l'autre institutionnalisé dans les dispositifs académiques et biomédicaux. Cette situation invite à interroger les conditions sociales, épistémiques et éducatives qui rendent possible ou non la légitimation de savoirs historiquement considérés comme périphériques. Dès lors, plusieurs questions se posent : comment les savoirs liés à l'usage de l'argile se transmettent-ils dans les communautés ? Quels sont les agents et les dispositifs de cette transmission ? Quel rôle jouent les formes de socialisation dans la reproduction ou la transformation de ces pratiques ? Et dans quelle mesure les systèmes de santé et d'éducation formels intègrent-ils ou ignorent-ils ces savoirs locaux ?

Pour y répondre, cet article mobilise une approche sociologique croisée, articulant la sociologie de la santé et la sociologie de l'éducation. Il s'appuie à la fois sur les concepts de pluralisme médical (Kleinman, 1980), d'efficacité perçue (Kaufman et al., 1997), de légitimation des savoirs (Berger et Luckmann, 1966), mais aussi de socialisation (Durkheim, 1922), de reproduction culturelle (Bourdieu et Passeron, 1970), et de codes de transmission (Bernstein, 1971). Ces cadres permettent de penser conjointement la diversité des rationalités médicales et les processus éducatifs par lesquels elles sont diffusées, hiérarchisées ou dévalorisées. Sur le plan méthodologique, cette étude repose sur une approche qualitative ancrée dans la sociologie de la santé et de l'éducation. Elle combine des entretiens semi-directifs, des observations de terrain et une analyse thématique des discours recueillis auprès d'usagers, de praticiens traditionnels, d'agents de santé et de chercheurs. Cette triangulation méthodologique a permis de saisir les interactions entre savoirs endogènes et savoirs institutionnels, tout en mettant en évidence les processus de transmission, d'apprentissage et de légitimation des pratiques thérapeutiques à base d'argile. L'usage thérapeutique de l'argile devient ainsi un observatoire pertinent pour analyser les recompositions contemporaines des pratiques de santé, mais aussi les formes d'apprentissage et de socialisation éducative à travers lesquelles ces pratiques sont reproduites, négociées, et parfois réappropriées dans les politiques publiques de santé et d'éducation en Afrique. Il permet d'interroger les rapports de pouvoir cognitifs, les conflits de légitimité et les logiques de transmission des savoirs, à l'intersection de la biomédecine, des traditions populaires et des institutions éducatives. À la lumière de ces questionnements, cet article s'articule autour de trois grandes parties complémentaires. La première partie présente la méthodologie adoptée, en précisant les critères de sélection des enquêtés, les outils de collecte de données et les procédés d'analyse utilisés pour comprendre la dynamique sociale des savoirs liés à l'argile. La seconde partie expose les résultats, organisés autour des

principales dimensions observées : le pluralisme médical et la socialisation aux thérapies, l'efficacité perçue et les savoirs situés, ainsi que les modes de transmission et de reconnaissance communautaire.

Enfin, la troisième partie propose une discussion interprétative des résultats en insistant sur les rapports de pouvoir entre savoirs, la question de la légitimation institutionnelle et les enjeux de justice cognitive.

1. Méthodologie

1.1. Échantillonnage

Le choix des enquêtés repose sur un échantillonnage raisonné, fondé sur la pertinence des profils au regard de la problématique étudiée. L'étude a été conduite dans la région de Bocanda (Côte d'Ivoire), espace marqué par la coexistence de pratiques biomédicales et endogènes. L'échantillon total comprend 24 participants, répartis selon les catégories suivantes :

Tableau 1 : Répartition des enquêtés

Catégories d'acteurs	Nombre total	Description et provenance institutionnelle
Usagers réguliers de traitements à base d'argile	12	8 femmes et 4 hommes, âgés de 25 à 67 ans, résidant à Bocanda et utilisant l'argile comme ressource thérapeutique dans leurs parcours de soins
Praticiens traditionnels	5	Spécialisés dans les traitements à base d'argile, issus de réseaux de guérisseurs locaux et de coopératives artisanales
Agents de santé en structures publiques	3	Médecins et infirmiers exerçant dans des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et un centre de santé urbain de Bocanda
Responsables d'organisations communautaires	2	Acteurs impliqués dans des projets de santé locale, affiliés à des associations communautaires de développement et d'hygiène
Chercheurs en médecines alternatives	2	Spécialistes des savoirs endogènes et de santé publique, affiliés à des institutions académiques (Université Félix Houphouët-Boigny, Institut National de Santé Publique)

Source : Notre étude

- Stratégie d'échantillonnage

L'échantillonnage a été raisonné, fondé sur la diversité des expériences thérapeutiques et des positions sociales des acteurs. Ont été retenus les participants ayant une pratique directe ou une

connaissance expérimentée de l'usage de l'argile à des fins curatives. Les profils incluent des usagers, des guérisseurs, des agents de santé et des chercheurs impliqués dans son étude. Les personnes n'ayant qu'une connaissance indirecte du traitement ou refusant le consentement éclairé ont été exclues. Le recrutement s'est appuyé sur la méthode en boule de neige, à partir des premiers contacts identifiés dans la région de Bocanda. Le choix des enquêtés repose sur un échantillonnage raisonné, fondé sur la pertinence de cette diversité d'acteurs permet de croiser les regards et d'analyser les interactions entre savoirs locaux, trajectoires de soin et cadres institutionnels.

1.2. Observation de terrain

Réalisées dans des espaces stratégiques de production, de distribution et d'utilisation de l'argile (notamment au Centre Aboutou Poterie), ces observations ont permis de saisir les gestes thérapeutiques, les configurations relationnelles et les dispositifs symboliques à l'œuvre dans les pratiques de soin. Elles ont été conduites à l'aide d'une grille d'observation systématique et consignées dans un carnet de terrain.

1.3. Entretiens semi-directifs

Ces entretiens ont été conduits à partir d'un guide d'entretien. Ils ont exploré les perceptions de l'efficacité thérapeutique, les itinéraires de recours à l'argile, les modes de transmission des savoirs, ainsi que les rapports de pouvoir dans la reconnaissance des pratiques. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, puis codés pour l'analyse.

1.4. Analyse des données

Les matériaux collectés ont été soumis à une analyse thématique inductive, permettant d'identifier les catégories émergentes, les dynamiques discursives et les logiques sociales structurant les usages thérapeutiques de l'argile. L'analyse a été assistée par le logiciel MAXQDA, utilisé pour le codage, la classification des données et la mise en relation des thèmes récurrents.

La saturation des données a été atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux dans les catégories thématiques identifiées. Ce point de saturation a été observé à partir du 21^e entretien, confirmant la redondance des discours et la stabilité des codes analytiques. L'arrêt de la collecte a donc été fondé sur le principe de saturation empirique, garantissant la robustesse interprétative des résultats.

Le processus d'analyse a été appuyé par une traçabilité du codage. Un arbre de codes détaillant les catégories principales et les sous-codes émergents a été établi à partir du logiciel MAXQDA. Ce schéma de codage est présenté en Annexe 1, afin de permettre la transparence méthodologique et la reproductibilité de l'analyse.

D'un point de vue réflexif et éthique, une posture d'observation participante, consciente de la proximité culturelle et institutionnelle qui pouvait influencer l'interprétation des discours a été adoptée. Cette réflexivité a permis de limiter les biais liés à la familiarité du terrain tout en favorisant une compréhension située des pratiques observées. L'ensemble de la démarche a respecté les principes éthiques de la recherche qualitative : consentement libre et éclairé, confidentialité des informations recueillies, anonymisation des données et respect de la dignité des enquêtés.

2. Résultats

2.1. Pluralisme médical, socialisation aux thérapies et recomposition des trajectoires de soin

Afin de synthétiser les principales interactions entre les catégories d'acteurs, les dispositifs thérapeutiques mobilisés, les formes de preuve invoquées et les effets observés, le tableau ci-dessous propose une lecture transversale des données empiriques issues du terrain. Il met en évidence les logiques différenciées de légitimation et les multiples régimes de validation de l'efficacité thérapeutique de l'argile.

Acteurs	Dispositifs mobilisés	Preuves d'efficacité	Effets observés
Usagers (patients)	Cataplasmes, bains, ingestion	Soulagement, cicatrisation, disparition des odeurs	Réengagement communautaire dans le soin
Guérisseurs	Recettes familiales, rites, dosage empirique	Retours des patients, observation des réactions corporelles	Renforcement du prestige et de la légitimité locale
Agents de santé	Observation clinique indirecte	Cas de guérison non expliqués biomédicalement	Reconnaissance discrète et ambiguë
Chercheurs	Analyses physicochimiques et microbiologiques	Mise en évidence d'activités antibactériennes et anti-inflammatoires	Tentative de légitimation institutionnelle

Ce tableau illustre la coexistence de registres de preuves hétérogènes qui cohabitent sans nécessairement s'hiérarchiser : l'expérience vécue (preuve expérientielle), la validation collective (preuve communautaire) et la confirmation scientifique (preuve clinique). Leur articulation renvoie à un processus dynamique de co-légitimation, dans lequel la confiance et la reconnaissance sociale jouent un rôle tout aussi décisif que la démonstration scientifique. Cependant, il convient de nuancer cette tendance générale. Certains enquêtés (environ 10 % de l'échantillon) ont déclaré ne pas avoir constaté d'effet significatif de l'argile ou avoir abandonné le traitement après une aggravation temporaire des symptômes. Ces discours

minoritaires constituent un contrepoint essentiel à l'enthousiasme collectif et rappellent que l'efficacité perçue demeure contextuelle, dépendante de la nature de l'affection, du mode d'usage, des conditions d'application et des croyances associées.

Les données issues de l'enquête de terrain mettent ainsi en lumière une recomposition continue des trajectoires de soins, structurée autour d'un pluralisme médical vécu et pragmatique. En effet, l'usage thérapeutique de l'argile s'inscrit dans une logique d'articulation entre différents systèmes de soins (biomédecine, médecines traditionnelles et pratiques autochtones) mais aussi entre divers régimes d'apprentissage et de transmission. Ce pluralisme thérapeutique repose ainsi sur une socialisation différenciée au sein de laquelle les individus apprennent à évaluer, combiner et hiérarchiser les pratiques en fonction de critères à la fois sociaux, sensoriels, économiques et culturels. Un exemple frappant réside dans les témoignages des usagers. Une patiente atteinte d'un ulcère de Buruli confie :

« On m'a donné des médicaments à l'hôpital, mais ça n'a rien changé. C'est ma tante qui m'a montré comment utiliser l'argile et après quelques jours, j'ai vu la différence. »

Ce témoignage illustre un processus de désengagement du système biomédical et de réengagement dans un savoir communautaire transmis dans le cadre d'un apprentissage familial. L'efficacité perçue, validée par l'expérience et la mémoire collective, devient ici un critère décisif dans la réorientation des choix thérapeutiques. La tante, en tant que figure éducative, joue un rôle d'agent de transmission informelle, incarnant la continuité des savoirs endogènes. Par ailleurs, l'alternance entre les types de soins ne traduit pas une opposition dogmatique, mais une logique d'ajustement pragmatique. Une femme souffrant de douleurs pelviennes chroniques témoigne :

« Je prenais des comprimés pour calmer la douleur, mais ça revenait toujours. Quand j'ai commencé à faire les bains de siège avec l'argile, ça s'est apaisé. Maintenant, je fais les deux ensemble. »

Ce propos montre une posture éducative expérientielle, dans laquelle la combinaison des recours résulte d'un processus d'essais, d'observation, de comparaison et d'auto-apprentissage. L'argile devient alors un outil thérapeutique mais aussi un vecteur d'apprentissage corporel et sensoriel. Le corps, en percevant le soulagement, devient médiateur d'un savoir validé dans et par l'expérience. Les trajectoires de soins observées révèlent que les patients réévaluent constamment leurs pratiques sur la base de critères tels que le soulagement immédiat, les conseils des proches, ou la qualité relationnelle avec les thérapeutes. Ce processus repose sur des savoirs situés, transmis au sein de cercles d'interaction familiaux, religieux ou de proximité. Il s'agit là d'un apprentissage collectif, intergénérationnel, parfois mimétique, qui se construit dans des réseaux de confiance plutôt qu'à travers l'instruction formelle. Ainsi, les parcours thérapeutiques apparaissent comme des constructions sociales et éducatives complexes,

façonnées par l'interaction entre contraintes structurelles (coût, accessibilité, distance) et logiques culturelles de validation du soin. L'usage de l'argile constitue un indicateur fort de ce pluralisme, car il illustre une socialisation médicale par l'expérience, le récit et la pratique. Enfin, comme le résume un praticien traditionnel interrogé :

« Ce que nous faisons, c'est du soin aussi. Ce n'est pas juste de la tradition, c'est ce que les gens vivent et ce qui les guérit. »

Ce propos traduit la revendication d'une reconnaissance à la fois thérapeutique et éducative. Il souligne que l'efficacité ne relève pas uniquement d'un protocole biomédical, mais d'un processus de validation sociale, ancré dans la mémoire collective et les dynamiques de transmission. En définitive, cette section montre que la trajectoire de soins est aussi une trajectoire de formation continue, au sein de laquelle se construisent et se négocient les savoirs thérapeutiques du quotidien.

2.2. Efficacité perçue, savoirs situés et apprentissage corporel

Dans la continuité de cette pluralité de recours, il convient d'examiner comment les usagers attribuent une efficacité spécifique à l'argile, non pas seulement en termes de résultats médicaux, mais également comme fruit d'un apprentissage corporel, social et collectif. En effet, l'efficacité perçue repose sur une expérience empirique du soin, vécue et interprétée dans la durée. Les patients apprennent à reconnaître des signes corporels tangibles tels que la diminution de la douleur, la fraîcheur ressentie sur la peau, ou la cicatrisation progressive des lésions. Cet apprentissage corporel, répété et transmis, constitue un savoir pratique difficilement dissociable du vécu. De plus, l'efficacité est renforcée par une validation sociale : les proches observent et commentent les effets visibles, ce qui transforme la perception individuelle en une reconnaissance collective. L'efficacité de l'argile devient ainsi un fait partagé et confirmé dans la communauté. Enfin, la transmission intergénérationnelle et la ritualisation de certains gestes (préparer l'argile, choisir des moments précis pour l'application) confèrent au soin une valeur culturelle et symbolique qui dépasse la seule dimension médicale. À ce propos, un patient rapporte :

« Dès que j'applique l'argile, je sens que la douleur diminue. Même avant de finir le traitement, je vois déjà le changement. »

Ce propos montre que le corps devient simultanément un récepteur et un validateur de l'efficacité, agissant comme support de savoir et instrument d'apprentissage. Le ressenti corporel constitue ici une preuve immédiate, qui est intégrée à un savoir empirique construit au fil des usages, des ajustements et des transmissions informelles. Par ailleurs, un autre usager témoigne :

« J'avais des boutons douloureux sur la jambe. Après deux jours d'application d'argile, la douleur a cessé et l'inflammation a disparu. Je n'ai même pas eu besoin d'aller à la pharmacie. »

Ce type de récit met en évidence le rôle substitutif de l'argile, notamment dans des contextes où la biomédecine est perçue comme inaccessible, inefficace ou inadaptée. Il illustre également une hiérarchisation expérientielle des traitements, fondée non pas sur des critères institutionnels, mais sur des résultats visibles, concrets, et validés au sein du collectif. En outre, les usages observés (cataplasmes, bains, ingestions) traduisent une maîtrise corporelle construite progressivement à travers la répétition des gestes et la transmission intergénérationnelle des savoirs. Cette pratique implique non seulement une dimension technique : savoir doser, appliquer, renouveler mais aussi une dimension sensible, où l'apprentissage corporel se nourrit des sensations éprouvées par le malade et interprétées par son entourage. Ainsi, l'argile n'est pas seulement perçue comme une substance thérapeutique, mais comme un vecteur d'apprentissage partagé, où les signes du corps (sécheresse de la plaie, diminution des odeurs, réduction de la douleur) sont interprétés collectivement et deviennent des preuves tangibles d'efficacité. À ce titre, un membre de famille précise :

« Quand on utilise l'argile, on voit la peau se refermer petit à petit. Même les plaies qui sentent mauvais s'assèchent. »

Cette expérience sensible alimente un processus de confiance et de reconnaissance sociale, où l'efficacité perçue s'ancre autant dans le vécu corporel que dans l'approbation du groupe. Autrement dit, l'usage de l'argile s'accompagne d'une validation communautaire qui conforte la légitimité de son recours et en assure la continuité dans le temps. Ainsi, le corps devient l'archive vivante du soin : il garde la trace des transformations, produit des indicateurs visibles et permet la construction de savoirs situés. Ces savoirs ne relèvent donc pas uniquement de la croyance, mais bien d'une pédagogie empirique, transmise dans des contextes de proximité, où se croisent observation, imitation et adaptation. Par ailleurs, ce processus est parfois reconnu discrètement par des professionnels de santé. L'un d'eux déclare :

« Nous avons vu des cas où des plaies chroniques ont évolué favorablement après l'usage de l'argile. Cela interpelle, même si ce n'est pas encore officiellement intégré dans nos protocoles. »

Ce type de reconnaissance implicite révèle que les logiques de preuve peuvent coexister, s'enchevêtrer et se renforcer mutuellement. L'efficacité perçue devient alors un point de convergence possible entre médecine communautaire et regard clinique. Elle incarne dès lors une rationalité pratique, issue du vécu corporel et social. En définitive, l'efficacité de l'argile ne peut être réduite à un simple ressenti individuel. Elle résulte d'un apprentissage partagé, d'une socialisation sensorielle, et d'une accumulation collective de savoirs expérientiels. Par conséquent, cette efficacité, reconnue et répétée dans les récits, les gestes et les mémoires,

résiste aux logiques de marginalisation épistémique en imposant ses propres critères de validation dans un cadre de transmission communautaire.

2.3. Transmission restreinte et réappropriations communautaires

En cohérence avec cette efficacité fondée sur l'expérience, il est important de comprendre comment les savoirs associés à l'argile se transmettent au sein des communautés. L'usage thérapeutique de l'argile en Côte d'Ivoire ne se diffuse pas de manière universelle ou institutionnalisée. Bien au contraire, il repose principalement sur des logiques de transmission restreinte, souvent informelles, qui s'enracinent dans les dynamiques communautaires et familiales. De fait, les savoirs liés à l'argile circulent essentiellement dans des espaces de proximité : famille, voisinage, cercles religieux ou réseaux de solidarité. Cette circulation, bien que non formalisée, repose sur une légitimité fondée sur l'expérience, la mémoire collective et la confiance intergénérationnelle. À ce propos, une mère de famille déclare :

« C'est ma grand-mère qui m'a appris à utiliser l'argile, elle l'utilisait pour tout : les plaies, les boutons, même pour les enfants qui avaient la diarrhée. »

Ce témoignage illustre le rôle central de la transmission familiale dans la préservation des savoirs thérapeutiques. En effet, cette forme de socialisation sanitaire, souvent silencieuse et non codifiée, structure durablement les pratiques de soin dans le quotidien domestique. Par ailleurs, une autre patiente explique :

« Quand j'étais petite, on faisait chauffer l'argile avec des feuilles. Aujourd'hui, je fais pareil pour mes enfants. »

Cette pratique, consistant à associer l'argile à certaines feuilles médicinales, témoigne d'un savoir empirique sur les interactions entre éléments naturels. En même temps, elle montre la reproduction générationnelle des gestes et l'existence d'une pédagogie implicite du soin. Ainsi, les enfants grandissent au contact de ces pratiques, les observent, les apprennent et les adaptent. Néanmoins, cette restriction apparente ne doit pas être assimilée à un enfermement traditionnel. En effet, les pratiques font l'objet de réappropriations constantes, selon les contextes et les générations. Un exemple révélateur est donné par une étudiante à Bouaké :

« J'ai cherché sur YouTube comment purifier l'argile avant de la boire. Ma mère l'utilisait, mais moi je veux faire attention. »

Ce propos montre une hybridation des sources de savoir : à la tradition orale s'ajoutent des sources numériques, scientifiques ou techniques. Ce croisement de référentiels traduit une rationalité éducative contemporaine, marquée par l'appropriation critique, la précaution et la quête d'autonomie. De surcroît, l'usage de l'argile déborde souvent les sphères médicales

stricto sensu. Dans certaines familles, elle prend une valeur symbolique forte dans les pratiques spirituelles ou rituelles. Ainsi, une femme d'âge mûr affirme :

« Avant une prière importante, on se lave avec l'argile pour être propre, pas seulement dehors mais dedans aussi. »

Ce témoignage révèle la charge morale, religieuse ou identitaire attribuée à l'argile. Il en résulte une polysémie d'usages qui renforce la profondeur sociale des savoirs transmis. En somme, la transmission restreinte des savoirs sur l'argile ne signifie pas immobilisme. Elle est à la fois conservatoire et évolutive, enracinée et ouverte. Elle assure la continuité culturelle tout en autorisant l'innovation. Surtout, elle reflète une pédagogie communautaire du soin, où la légitimité se fonde sur la preuve vécue, le lien affectif et la reconnaissance mutuelle. Ces dynamiques confirment que les savoirs thérapeutiques ne relèvent pas seulement du champ biomédical, mais s'inscrivent aussi dans un processus éducatif informel, structuré autour de l'observation, de l'expérience, et de l'ancrage culturel.

2.4. Hiérarchisation des savoirs, désappropriation institutionnelle et résistances communautaires

L'introduction progressive des logiques biomédicales dans les politiques de santé publique en Afrique subsaharienne s'est souvent accompagnée d'une marginalisation des pratiques traditionnelles, voire d'un processus de désappropriation des savoirs endogènes. Cette dynamique se manifeste aussi dans le cas de l'argile, dont l'efficacité est parfois captée par des institutions scientifiques ou industrielles sans reconnaissance formelle des communautés qui en ont historiquement fait usage. Les acteurs rencontrés dans cette étude expriment une fierté quant à l'efficacité de leurs savoirs, mais aussi un sentiment de dépossession. Un guérisseur confie :

« On vient nous demander comment on utilise l'argile, on explique, mais après, on ne nous associe plus. Ils font leurs recherches, mais ils oublient qui leur a appris. »

Ce témoignage met en lumière une asymétrie dans la production et la circulation des savoirs. Il révèle une dynamique d'extraction où les connaissances locales alimentent des recherches scientifiques sans que leurs détenteurs ne soient reconnus comme co-producteurs de savoirs. Il en résulte un déséquilibre entre reconnaissance institutionnelle et ancrage communautaire. En effet, bien que l'argile soit de plus en plus intégrée à des projets de valorisation scientifique, les détenteurs de savoirs ne sont que rarement impliqués dans les processus décisionnels. Plusieurs praticiens dénoncent ainsi une hiérarchisation implicite des savoirs, où la biomédecine conserve un monopole de légitimité, reléguant les savoirs locaux à un statut subalterne. Cette forme d'exclusion symbolique fragilise la reconnaissance de pratiques pourtant ancrées et éprouvées. Cette marginalisation s'inscrit également dans un processus de délégitimation éducative : les modes de transmission traditionnels, souvent oraux et communautaires, sont considérés comme

inférieurs par rapport à la formalisation académique des savoirs scientifiques. Ainsi, l'invisibilisation institutionnelle des savoirs liés à l'argile s'accompagne d'un effacement dans les curriculums éducatifs, ce qui constitue une double exclusion : cognitive et pédagogique. L'expérience du Centre Aboutou Poterie en constitue une illustration significative. Ce centre, fondé sur des pratiques traditionnelles d'usage de l'argile, a été temporairement intégré au CHU de Treichville notamment via la création d'une unité de médecine traditionnelle, à la suite d'un agrément officiel délivré par le ministère de la Santé le 6 août 2009. Cependant, cette reconnaissance, bien que hautement symbolique, n'a pas conduit à une intégration pérenne. Le retrait progressif du centre témoigne des difficultés structurelles liées à l'absence de cadre réglementaire clair et de financement pérenne. Cette situation souligne la précarité des ponts institutionnels entre médecine conventionnelle et savoirs traditionnels. Ainsi, malgré les preuves empiriques d'efficacité rapportées dans les analyses expérimentales, les traitements à base d'argile peinent à obtenir une reconnaissance équivalente dans les dispositifs officiels de soins. Cette tension est perceptible dans les témoignages. Un thérapeute traditionnel confie :

« Ils veulent nos recettes, mais sans nous. Quand c'est eux qui reprennent, c'est devenu scientifique. Quand c'est nous, c'est de la superstition. »

Ce propos explicite la dissymétrie de légitimation, dans laquelle les mêmes pratiques peuvent être valorisées ou discréditées selon l'origine de leur mise en œuvre. Il traduit un sentiment d'injustice épistémique vécu par les praticiens locaux. Cependant, cette dynamique de désappropriation ne se déploie pas sans résistance. De nombreux praticiens expriment une volonté de préserver la confidentialité de leurs savoirs. Une femme guérisseuse affirme :

« Il y a des choses qu'on ne dit pas. Sinon, ça perd son pouvoir. Il faut que ça reste dans la lignée. »

Cette affirmation traduit une stratégie de préservation identitaire et symbolique, visant à maintenir la souveraineté cognitive des communautés face à des formes de captation jugées intrusives. Ces résistances, bien que souvent silencieuses, traduisent une volonté de contrôle et une méfiance à l'égard des dynamiques d'appropriation institutionnelle. Par ailleurs, dans une perspective de sociologie de l'éducation, ces formes de résistance peuvent être interprétées comme des stratégies de sauvegarde de formes de pédagogie informelles, locales, mais pleinement opérantes. Les logiques d'apprentissage endogènes (observation, imitation, participation) se heurtent aux modèles d'enseignement formel qui ignorent la richesse des transmissions expérientielles. Dès lors, reconnaître la valeur éducative de ces savoirs reviendrait à leur redonner place dans les dispositifs de formation, qu'ils soient communautaires ou académiques. En définitive, la hiérarchisation des savoirs, les processus de désappropriation et les formes de résistance qu'ils suscitent mettent en lumière les tensions entre mondialisation des connaissances et enracinement local des pratiques. Dès lors, ces éléments appellent à repenser les modalités de collaboration entre science et société, dans une perspective de justice cognitive, de reconnaissance mutuelle et d'inclusion des dynamiques éducatives vernaculaires.

2.5. Vers une reconnaissance partagée de l'efficacité thérapeutique

En prolongement de la dynamique de désappropriation institutionnelle et de résistances communautaires évoquée précédemment, cette section s'intéresse à la manière dont l'efficacité thérapeutique de l'argile peut progressivement accéder à une reconnaissance partagée. L'efficacité thérapeutique de l'argile ne peut être réduite ni à une simple croyance populaire ni à une stricte validation scientifique. Elle se construit dans une dynamique d'interaction entre divers registres de savoirs: l'expérience vécue des usagers, l'expertise des praticiens traditionnels et les attentes institutionnelles. Les témoignages de soulagement recueillis sur le terrain éclairent cette construction collective, en soulignant les multiples façons dont les individus expérimentent, interprètent et justifient les effets de l'argile. Comme en témoigne une patiente :

« Quand j'ai mis l'argile, j'ai senti une chaleur. Deux jours après, le pus avait disparu. »

Ce propos traduit une perception corporelle immédiate et localisée de l'efficacité, qui fait office de première preuve tangible pour l'utilisateur. La sensation thermique et la disparition du pus deviennent des indicateurs concrets de succès thérapeutique. De même, un jeune homme ayant utilisé l'argile pour une diarrhée persistante rapporte :

« J'ai mélangé avec de l'eau, j'ai bu, et le lendemain je me sentais mieux. Ce ne sont pas seulement les médicaments qui guérissent. »

Ce témoignage illustre une confiance renouvelée dans des formes de soin alternatives, fondée sur l'expérience directe et la comparaison implicite avec la biomédecine. L'argile y est perçue comme un substitut ou un complément légitime aux traitements conventionnels. Ces récits traduisent une reconnaissance empirique, fondée sur des résultats visibles et immédiats, qui confèrent à l'argile une légitimité propre. Cette efficacité vécue s'articule à celle observée par les praticiens traditionnels, qui évoquent les réactions du corps et la rapidité des résultats comme critères de validation. Comme le résume un praticien :

« Si le malade revient sans douleur, avec la peau qui sèche, on sait que l'argile a bien agi. »

Ce type de retour d'expérience alimente un savoir accumulé et socialement partagé, formant une base de légitimation communautaire. Dans ce processus, chaque groupe d'acteurs (usagers, thérapeutes, chercheurs, agents de santé) projette sur l'argile ses attentes, ses savoirs et ses critères de preuve. Cette pluralité de perspectives génère une co-construction de l'efficacité, où les expériences subjectives croisent des observations partagées et des justifications semi-formelles. L'argile devient ainsi un objet-frontière, à la croisée des pratiques traditionnelles, des représentations populaires et des logiques institutionnelles. Pourtant, malgré cette

reconnaissance ancrée dans les usages, la légitimité institutionnelle reste limitée. Plusieurs patients rapportent que certains agents de santé reconnaissent discrètement l'efficacité de l'argile, tout en évitant de l'exprimer publiquement. Une infirmière en zone rurale confie :

« On voit que ça marche, mais on n'a pas le droit de le dire ici. On préfère ne pas se mêler. »

Cette disjonction entre usage populaire et reconnaissance officielle alimente un sentiment d'invisibilisation, tout en nourrissant un désir collectif de validation. Une patiente affirme :

« Si l'État reconnaissait que l'argile soigne, ce serait plus facile pour nous. On n'aurait pas l'impression d'être seuls. »

Ces propos expriment une demande explicite d'intégration des savoirs locaux dans les politiques publiques de santé. Ce besoin de reconnaissance dépasse la seule validation symbolique : il concerne aussi l'accès à une argile de qualité, l'encadrement de son usage, la formation des praticiens et la protection contre les dérives commerciales. Ainsi, les attentes exprimées par les communautés interrogées témoignent d'un véritable désir de co-construction des politiques de santé, fondées sur l'intégration des savoirs locaux comme ressources légitimes et complémentaires. En somme, l'argile, en tant qu'objet de soins partagé entre divers mondes sociaux, offre une opportunité de repenser l'efficacité thérapeutique dans une perspective pluraliste. Elle incarne un point de convergence entre science, expérience et légitimation sociale, ouvrant la voie à une redéfinition inclusive des critères de validation dans les systèmes de santé publique.

3. Discussion

La discussion s'articule autour de trois axes : la reconnaissance inégale des savoirs, la légitimation des pratiques dans un contexte de pluralisme médical, et les dynamiques de co-construction de l'efficacité thérapeutique.

3.1. Reconnaissance inégalitaire et rapports de pouvoir épistémiques

Dans les sociétés postcoloniales, les systèmes de santé sont traversés par des hiérarchies de savoirs héritées de l'histoire coloniale et consolidées par les politiques de développement biomédical. Ce phénomène de hiérarchisation marque une séparation implicite entre les savoirs reconnus, ceux issus de la biomédecine occidentale, et les savoirs populaires ou endogènes souvent relégués à la marge. En effet, cette division épistémique est renforcée par l'idée selon laquelle seule la science expérimentale permettrait de garantir l'efficacité des pratiques médicales, une position qui exclut a priori les formes de savoirs issues de traditions orales, de l'expérience communautaire ou de la mémoire culturelle. Ainsi, Santos (2007), en conceptualisant l'« écologie des savoirs », montre que cette domination des savoirs modernes

repose sur une invisibilisation des savoirs alternatifs, dont la validité est systématiquement conditionnée à leur reformulation selon les critères occidentaux. Ce phénomène concerne également les processus de transmission éducative. En effet, en privilégiant une éducation formelle et académique, les systèmes éducatifs africains postcoloniaux ont souvent marginalisé les savoirs vernaculaires, reproduisant ainsi des inégalités épistémiques à travers l'école elle-même. Par ailleurs, l'absence de cadre juridique solide pour l'intégration des médecines traditionnelles dans les politiques de santé publique, comme observé en Afrique de l'Ouest, témoigne de cette asymétrie structurelle. Pourtant, de nombreux travaux appellent à une reconnaissance plus équilibrée. *Hountondji appelle à une « science endogène critique »*, capable de dialoguer avec les institutions tout en valorisant les rationalités locales (Hountondji, 2007). Ce positionnement est redoublé par l'Organisation mondiale de la santé, qui invite à une meilleure intégration des médecines traditionnelles dans les systèmes de santé, à condition que leur évaluation prenne en compte leurs contextes spécifiques (OMS, 2013). À ce discours institutionnel s'ajoute une reconnaissance académique croissante de l'importance de penser ces savoirs dans leur pluralité. Par exemple, une revue récente souligne que la médecine traditionnelle peut enrichir les systèmes de santé en accompagnant les transformations socioculturelles et en renforçant l'autonomie des usagers (Hoenders, 2024). De même, dans une perspective de justice cognitive, Santos (2007) plaide pour une considération active des savoirs enracinés, en soulignant qu'ils permettent de contester les biais universalistes dans la légitimation des savoirs savants.

De surcroît, à l'échelle internationale, plusieurs expériences démontrent que l'institutionnalisation des savoirs médicaux alternatifs est possible lorsque les dispositifs de gouvernance sont conçus dans une logique de collaboration inter-systémique. Au Pérou, au Ghana ou encore en Chine, des politiques sanitaires ont permis l'insertion de pratiques traditionnelles dans les systèmes publics de santé, sans les subordonner entièrement à la biomédecine (WHO, 2013). Dans cette continuité, l'objet d'étude de cette recherche, à savoir l'usage thérapeutique de l'argile, illustre parfaitement ces mécanismes de hiérarchisation des savoirs. Comme nous l'avons montré dans la section II-4, bien que l'argile soit utilisée depuis des générations en Côte d'Ivoire pour traiter diverses affections, elle continue de ne bénéficier que d'une reconnaissance institutionnelle partielle. Le fait que son efficacité ne soit valorisée qu'après validation en laboratoire, et rarement sur la base des savoirs empiriques transmis oralement ou de l'expérience des communautés, témoigne de cette asymétrie épistémique. Ce traitement différencié participe à l'invisibilisation des rationalités locales, qui pourtant structurent une grande part des parcours de soins dans les zones rurales et périurbaines. D'un point de vue complémentaire, cette reconnaissance inégalitaire s'enracine également dans des dispositifs éducatifs qui relaient des formes de disqualification culturelle. En excluant l'argile des curricula officiels ou des formations médicales, on perpétue une forme d'illettrisme scientifique inversé, où seuls les savoirs codifiés selon les normes biomédicales sont légitimes. Reconnaître les savoirs populaires nécessitent ainsi une révision des normes éducatives et curriculaires. En définitive, une lecture critique des rapports de savoir dans le domaine de la santé révèle que la reconnaissance institutionnelle ne dépend pas uniquement de la preuve

scientifique, mais aussi de rapports de force politiques, culturels, et épistémiques. Admettre l'efficacité d'une pratique nécessite donc de sortir d'une lecture unidimensionnelle de la science pour envisager un véritable pluralisme cognitif et éducatif.

3.2. Légitimation, apprentissage et justice cognitive

Dans le prolongement de la réflexion sur les inégalités de reconnaissance entre les différents savoirs médicaux, cette section vise donc à explorer les liens entre apprentissage, légitimation et justice cognitive, en intégrant les apports conjoints de la sociologie de la santé et de la sociologie de l'éducation. En effet, si la médecine biomédicale repose sur une formation formelle et une légitimation institutionnelle, les savoirs endogènes, quant à eux, sont principalement transmis de manière informelle, selon des logiques éducatives alternatives qui échappent aux cadres classiques de certification. Dans ce contexte, les processus d'apprentissage qui accompagnent la transmission des savoirs thérapeutiques liés à l'argile relèvent d'une pédagogie ancrée dans l'expérience quotidienne, les interactions familiales, les rites communautaires et les récits partagés. Autrement dit, il s'agit d'un apprentissage situé, incarné dans des pratiques corporelles et des savoir-faire transmis par imprégnation, observation et répétition. De ce fait, ces formes de socialisation thérapeutique se rapprochent des pédagogies invisibles décrites par Bernstein (1975), où les apprentissages se font sans qu'ils soient explicitement désignés comme tels, mais produisent néanmoins des compétences réelles et opératoires.

Dans la continuité des travaux de Lave et Wenger (1991), ces apprentissages peuvent également être appréhendés comme des apprentissages situés, c'est-à-dire ancrés dans des contextes sociaux et culturels spécifiques où le savoir se construit à travers la participation active aux pratiques collectives. Ainsi, les thérapeutes endogènes et les apprenants informels s'inscrivent dans de véritables communautés de pratique, au sein desquelles la légitimité du savoir découle de l'expérience, de la transmission interpersonnelle et de la reconnaissance des pairs. Par ailleurs, à la manière du curriculum caché analysé par Bernstein (1975), la transmission de ces savoirs s'effectue par des mécanismes implicites (gestes, récits, valeurs) qui forment un système éducatif parallèle structurant les comportements et les représentations sans passer par une institutionnalisation explicite. De surcroît, comme le montre Benchekroun (2023), dans un article consacré à la maîtrise du lexique spécifique dans l'apprentissage, la légitimation des savoirs passe également par l'appropriation du langage propre à chaque champ de connaissance. Cette observation vient éclairer les dynamiques observées chez les thérapeutes endogènes, dont la transmission du savoir s'appuie sur un vocabulaire symbolique et expérientiel, garantissant la cohérence interne du système éducatif communautaire. Cependant, la légitimation de ces savoirs dépend fortement de la reconnaissance qu'en font les institutions scientifiques et sanitaires. Or, comme le montrent les témoignages recueillis et les travaux de Santos (2007), cette reconnaissance est souvent conditionnée à une reformulation des savoirs locaux dans les termes de la science moderne, ce qui engendre des formes de désappropriation et d'invisibilisation. En conséquence, cette situation alimente une injustice

cognitive, au sens où certains savoirs sont écartés non pour leur inefficacité, mais parce qu'ils ne correspondent pas aux cadres de pensée dominants.

Dès lors, pour dépasser cette asymétrie, il est nécessaire de concevoir des dispositifs de reconnaissance qui tiennent compte des spécificités éducatives, culturelles et symboliques des savoirs endogènes. Cela suppose non seulement de valider ces pratiques selon des critères expérientiels et communautaires, mais aussi de repenser les modèles de formation des soignants en intégrant une pluralité de savoirs. À cet égard, des expériences pilotes, comme les formations mixtes associant biomédecins et praticiens traditionnels en Afrique du Sud ou au Ghana, montrent qu'il est possible de construire une reconnaissance partagée fondée sur le dialogue et la réciprocité. En définitive, la légitimation des soins à base d'argile ne doit pas seulement être envisagée en termes d'efficacité médicale, mais aussi comme un processus éducatif et social. Ainsi, elle interroge les mécanismes de production, de transmission et de reconnaissance des savoirs, et appelle à une approche holistique de la santé fondée sur la justice cognitive, la pluralité des rationalités et la valorisation des pédagogies locales (Fricker, 2007 ; Verbeek et al., 2024).

3.3. Co-construction de l'efficacité thérapeutique : entre science, expérience et légitimité sociale

Dans le prolongement de ces constats, l'analyse de l'efficacité des soins dans le contexte africain et plus particulièrement ivoirien conduit à dépasser l'opposition binaire entre médecine scientifique et savoirs traditionnels. En effet, les données empiriques recueillies, notamment celles présentées dans les sections II-2 et II-5, révèlent que l'efficacité thérapeutique de l'argile ne peut être appréhendée uniquement à travers les critères de la biomédecine. Elle se construit plutôt à l'intersection de dimensions expérimentales, sociales, symboliques et institutionnelles, dans une logique d'interdépendance entre les différents registres de savoir. Dans un premier temps, les résultats des analyses physicochimiques, biologiques et microbiologiques menées par Kouakou et al. (2014 ; 2022 ; 2023) sur les argiles locales de Bocanda mettent en évidence des propriétés curatives tangibles. Ces argiles présentent des caractéristiques favorables à un usage thérapeutique : une teneur élevée en kaolinite et en illite, minéraux reconnus pour leurs propriétés absorbantes, cicatrisantes et antiseptiques (Carretero et al., 2006) ; un pH neutre ; une bonne capacité d'échange cationique ; une surface spécifique importante ; ainsi que des propriétés antioxydantes et une action antibactérienne contre *Pseudomonas aeruginosa*. Cependant, cette efficacité ne saurait se réduire à une dimension technique. Elle doit également être comprise comme une construction sociale résultant de l'articulation entre données scientifiques, pratiques empiriques, récits partagés et reconnaissance institutionnelle. Cette perspective s'inscrit dans la lignée des travaux de Mol (2002) qui, à travers le concept de « *corps multiple* », montre que les objets médicaux acquièrent des significations plurielles selon les contextes dans lesquels ils sont mobilisés. Dès lors, l'efficacité de l'argile repose simultanément sur ses propriétés physicochimiques et sur un système de validation communautaire constitué de récits de guérison, de pratiques rituelles et de traditions partagées.

L'étude de Langwick (2011), menée en Tanzanie, met en lumière que la matérialité des remèdes traditionnels est indissociable des réseaux d'interprétation culturelle et de médiation politique qui les accompagnent. De même, la co-construction de l'efficacité thérapeutique implique une interaction constante entre plusieurs régimes de vérité. D'un côté, les analyses biomédicales et les essais cliniques produisent des savoirs objectivables. De l'autre, les savoirs expérientiels des patients et les pratiques des thérapeutes traditionnels constituent des formes de connaissance légitimes, dès lors qu'elles produisent des effets reconnus, reproductibles et socialement validés. Cette approche rejoint les analyses de Menéndez (2005) sur les « *rationalités médicales* », selon lesquelles les choix thérapeutiques émergent à la croisée d'univers symboliques, d'expériences vécues et de contextes socio-économiques.

Un élément central de cette co-construction réside dans le rôle des figures éducatrices communautaires, notamment les femmes âgées, les guérisseuses et les matrones, dans la transmission des savoirs liés à l'usage de l'argile. Ces actrices, situées à l'interface des sphères domestique, religieuse et sanitaire, jouent un rôle déterminant dans la socialisation thérapeutique des jeunes générations. À travers des pratiques pédagogiques informelles : récits, observation, imitation, participation rituelle, elles ancrent ces savoirs dans une mémoire collective et dans des formes de légitimité fondées sur la confiance et l'expérience. Ainsi, la transmission éducative s'opère aussi bien dans le cadre familial que dans des espaces semi-publics tels que les marchés, les cérémonies religieuses ou les séances de soins collectifs, renforçant l'intégration sociale des savoirs thérapeutiques. Dans un contexte marqué par les inégalités structurelles d'accès aux soins, les traitements dits naturels ou populaires, comme l'argile, acquièrent une efficacité pratique renforcée. Ils constituent des réponses thérapeutiques accessibles, culturellement intégrées et collectivement légitimées.

Plusieurs études menées au Bénin (Kouagou et al., 2021), dans le rapport de l'OMS (2013) et dans l'analyse de Simon (2015) soulignent l'importance d'une reconnaissance contextualisée de l'efficacité, fondée sur les usages locaux et les représentations sociales. Ces résultats convergent avec les observations effectuées à Bocanda : la valeur thérapeutique de l'argile se mesure autant par la transformation corporelle que par la reconnaissance sociale et symbolique du soin. En somme, la reconnaissance de l'argile comme traitement efficace ne saurait se limiter à une validation technoscientifique isolée. Elle requiert une approche plurielle et située, articulant apports scientifiques, savoirs communautaires, dynamiques sociales de légitimation et rôle des figures éducatives dans la perpétuation et l'adaptation des savoirs thérapeutiques. Ce processus illustre pleinement la co-construction de l'efficacité thérapeutique, comprise non comme une donnée stable, mais comme un champ d'interactions et de négociations permanentes entre science, expérience et culture.

Conclusion

L'analyse des usages thérapeutiques de l'argile en Côte d'Ivoire met en évidence une dynamique complexe de légitimation, construite à l'interface entre science, expérience sociale et reconnaissance institutionnelle. À travers l'approche sociologique mobilisée, il apparaît que l'efficacité de l'argile ne relève pas d'une logique univoque mais d'une co-construction entre régimes de savoirs hétérogènes. Les résultats empiriques ont permis de saisir l'importance des perceptions communautaires, de la transmission restreinte et des récits de guérison dans la structuration des usages. Leur confrontation à des données expérimentales validées a offert un terrain fertile pour la discussion théorique. Celle-ci a montré que les rationalités médicales sont multiples, imbriquées et en constante négociation, dans un contexte marqué par l'inégale répartition des ressources biomédicales.

Cette articulation entre résultats et discussion appelle à reconsidérer les modalités de reconnaissance des pratiques thérapeutiques issues du local. Il ne s'agit pas seulement de les opposer ou de les subordonner aux savoirs biomédicaux dominants, mais de penser leur complémentarité possible dans une perspective de pluralisme médical assumé. Ainsi, la sociologie de la santé et la sociologie de l'éducation constituent des outils heuristiques majeurs pour analyser les rapports de pouvoir entre savoirs, les formes d'injustice épistémique, ainsi que les trajectoires de soin hybrides. Elles permettent de réinscrire les débats sur l'efficacité thérapeutique dans une perspective élargie, attentive à la diversité des logiques de soin, aux conditions de légitimation sociale, aux dynamiques de transmission éducative, et à la revalorisation des médecines dites alternatives dans les politiques publiques.

Au-delà de la seule reconnaissance scientifique, la valorisation des savoirs liés à l'argile appelle des mécanismes institutionnels innovants. Trois pistes sont envisageables :

1. Protocoles de collaboration entre praticiens et tradipraticiens avec une protection de la propriété intellectuelle communautaire et la traçabilité des savoirs.
2. Modules de formation mixtes dans les écoles de santé publique, favorisant la co-apprentissage entre médecine conventionnelle et savoirs endogènes, dans une perspective de pluralisme épistémique.
3. Chartes éthiques d'enregistrement et d'archivage des savoirs thérapeutiques locaux, garantissant la reconnaissance des détenteurs de savoirs et la répartition équitable des bénéfices issus de leur valorisation.

Ces dispositifs s'inscrivent dans une approche de justice cognitive, où la santé devient un champ de co-production du savoir, reliant institutions, communautés et chercheurs dans une dynamique de reconnaissance réciproque.

BIBLIOGRAPHIE

- Benchekroun, A. (2023). Impact de la maîtrise du lexique spécifique à l'IMS. *Revue Francophone*, 1(1), 18–28.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité [The social construction of reality]*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Bernstein, B. (1975). *Class, codes and control. Volume 3 : Towards a theory of educational transmissions*. London : Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève : Droz.
- Cagnetta, C., Delmontto, P., & Ruggiero, P. (2021). Clay-based materials in antibacterial therapy. *Applied Clay Science*, 215, Article 106305.

<https://doi.org/10.1016/j.clay.2021.106305>

- Carretero, M. I., Pozo, M., Laguna, M., & Rivera, M. A. (2006). Antibacterial properties of some Spanish clays used in pelotherapy. *Applied Clay Science*, 36(2), 131–136.
- Dumez, V., & L'Espérance, A. (2024). Beyond experiential knowledge : A classification of patient knowledge. *Social Theory & Health*, 22, 173–186.
- El Houssine, M. (2023). Représentations, attitudes et avis des lycéens marocains. *Revue Francophone*, 1(1), 33–47.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the ethics of knowing*. Oxford : Oxford University Press.
- Green, E. C. (2016). *Indigenous theories of contagious disease*. Walnut Creek : AltaMira Press.
- Hoenders, R. (2024). A review of the WHO strategy on traditional medicine : Policy and research implications. *Journal of Integrative Medicine*.
- <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1395698>
- Hountondji, P. J. (2007). *La rationalité, une ou plurielle ? [Rationality : One or plural ?]*. Dakar : CODESRIA.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest [An inhospitable medicine: Difficult relations between caregivers and patients in five West African capitals]*. Paris : Karthala.
- Janzen, J. M. (1978). *The quest for therapy in Lower Zaire*. Berkeley : University of California Press.
- Kaufman, S. R., Ryan, G., & Waldbaum, S. E. (1997). Medical efficacy and patient decision making. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(1), 26–46. <https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.1.26>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press.

- Kouagou, M. T., Amoussou, D. F., & Tossou, R. (2021). Perception de l'efficacité des traitements traditionnels au Bénin : Entre savoirs locaux et logiques institutionnelles. *Médecine et Savoirs Endogènes*, 12(1), 45–61.
- Kouakou, L. P. M.-S., Andji-Yapi, J., Coulibaly-Kalpy, J., & Coulibaly, K. E. (2014). Argiles utilisées dans la curation de diverses affections en Côte d'Ivoire : Étude de l'effet antibactérien. *Revue Ivoirienne de Science et Technologie*, 24, 84–92.
- Kouakou, M.-S. P. L., Amon, L. N., Gouré, B. I. H. D., Kabran, F. A., Kablan, C. L. A., Fofié, B. Y. N., Konan, L. K., Attioua, B. K., & Andji-Yapi, J. Y. (2022). Evaluation of antiradical activity and acute toxicity of healing clays from Ivory Coast. *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 16(5), 2043–2052.
- Kouakou, L. P. M.-S., Karidioula, D., Manouan, W. M. R., Pohan, L. A. G., Cissé, G., Konan, K. L., & Andji-Yapi, J. (2023). Use of two clays from Côte d'Ivoire for the adsorption of methyl red from aqueous medium. *Chemical Physics Letters*, 810, Article 140125.
- Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Bloomington : Indiana University Press.
- Menéndez, E. (2005). Le modèle alternatif de l'anthropologie médicale : Rationalité des savoirs médicaux traditionnels. *Anthropologie et Santé*, 9, 23–42.
- Ogunkoya, O. O., Adebayo, A., & Badejo, A. (2020). Integrative health practices among dermatology patients in Nigeria. *Journal of African Health Sciences*, 20(2), 113–124.
- Santos, B. de S. (2007). *Sociologie juridique critique : Pour une conception émancipatrice du droit*. Paris : L'Harmattan.
- Simon, A. (2015). Connaissances traditionnelles et santé : Étude de l'usage des substances naturelles dans les pratiques communautaires. *Revue Internationale de Médecine et de Santé Publique*, 9(4), 201–218.
- Tonda, J. (2019, June). Aboutou Koffi's argilotherapy : Pottery, therapeutics and the state in Côte d'Ivoire. In *7th European Conference on African Studies (ECAS7)*, Edinburgh, UK.
- Verbeek, L., Koning, M., & Schippers, A. (2024). Understanding epistemic justice through inclusive research about intellectual disability and sexuality. *Social Sciences*, 13(8), 408. <https://doi.org/10.3390/socsci13080408>
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. Geneva : World Health Organization.
- Williams, L. B., & Haydel, S. E. (2010). Evaluation of the medicinal use of clay minerals as antibacterial agents. *International Geology Review*, 52(7-8), 745–770. <https://doi.org/10.1080/00206811003679737>
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504.

Annexe 1 : Schéma de codage et traçabilité analytique

Arbre de codage thématique (issu de l'analyse avec MAXQDA)

L'arbre de codage présenté ci-dessous illustre la structure analytique utilisée pour l'interprétation des entretiens, observations et notes de terrain. Il rend compte des principales catégories (niveaux 1) et des sous-codes (niveaux 2 et 3) qui ont guidé la construction des résultats et la discussion.

Niveau 1 : Pluralisme médical et trajectoires de soins

- **Niveau 2 : Logiques de recours**
 - Séquences de soins (biomédecine → traditionnel → religieux)
 - Facteurs de choix thérapeutique (coût, proximité, confiance)
- **Niveau 2 : Articulation des systèmes**
 - Complémentarité thérapeutique
 - Concurrence entre praticiens
 - Adaptation contextuelle des pratiques

Niveau 1 : Efficacité perçue et apprentissage corporel

- **Niveau 2 : Signes corporels d'efficacité**
 - Soulagement de la douleur
 - Cicatrisation visible
 - Sensation de chaleur ou de fraîcheur
- **Niveau 2 : Validation communautaire**
 - Témoignages croisés
 - Récits de guérison
 - Transmission intergénérationnelle de la preuve
- **Niveau 2 : Échecs et non-répondeurs**
 - Absence de résultat visible
 - Interruption du traitement
 - Expériences contradictoires

Niveau 1 : Transmission et apprentissage communautaire

- **Niveau 2 : Modes de socialisation**
 - Transmission familiale et lignagère
 - Apprentissages par observation et imitation
 - Transmission orale et récit initiatique
- **Niveau 2 : Espaces de transmission**
 - Foyers domestiques

- Cercles religieux
- Réseaux de guérisseurs
- Espaces numériques (YouTube, forums)
- **Niveau 2 : Innovations éducatives**
 - Hybridation entre tradition et modernité
 - Recomposition intergénérationnelle des savoirs

Niveau 1 : Hiérarchisation des savoirs et désappropriation institutionnelle

- **Niveau 2 : Rapports de pouvoir épistémiques**
 - Monopole de la biomédecine
 - Invisibilisation des savoirs endogènes
 - Effacement des figures éducatrices communautaires
- **Niveau 2 : Résistances communautaires**
 - Secret thérapeutique
 - Sélectivité de la transmission
 - Stratégies de sauvegarde identitaire
- **Niveau 2 : Expériences de désappropriation**
 - Extraction non consentie des savoirs
 - Absence de reconnaissance académique
 - Détournement des pratiques par les institutions

Niveau 1 : Reconnaissance partagée et co-validation

- **Niveau 2 : Types de preuves**
 - Preuve expérientielle (vécu corporel)
 - Preuve communautaire (témoignages et consensus local)
 - Preuve scientifique (tests de laboratoire, articles)
- **Niveau 2 : Espaces de co-validation**
 - Dialogue entre praticiens et médecins
 - Participation des chercheurs aux observations de terrain
 - Expériences pilotes d'intégration (centres mixtes, projets OMS)

Traçabilité du processus de codage

Étapes du processus	Outils / Méthodes	Produits / Résultats
Transcription intégrale des entretiens	Word, Express Scribe	Corpus brut (145 pages)
Première lecture et identification inductive des thèmes	MAXQDA – Codage ouvert	132 codes initiaux
Regroupement conceptuel	MAXQDA – Codage axial	38 catégories consolidées
Construction des familles de codes	MAXQDA – Visualisation arborescente	5 thèmes majeurs (ci-dessus)

Étapes du processus	Outils / Méthodes	Produits / Résultats
Vérification inter-codage et saturation	Relecture croisée + supervision	Stabilisation des codes à partir du 21 ^e entretien
Analyse transversale et triangulation	Notes d'observation + citations	Narration analytique consolidée

Le choix du codage inductif visait à laisser émerger les catégories directement des discours des enquêtés, tout en les articulant aux cadres théoriques du pluralisme médical, de la socialisation et de la justice cognitive. Cette démarche s'inscrit dans une posture constructiviste, où le chercheur n'impose pas un modèle explicatif, mais co-produit le sens avec les acteurs sociaux.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

I. Profil et parcours de l'enquêté (e)

(Objectif : situer le contexte social et thérapeutique de la personne)

1. Pouvez-vous me parler un peu de vous (âge, activité, milieu de résidence, niveau d'instruction) ?
2. Avez-vous déjà eu recours à des soins à base d'argile ? Si oui, depuis quand et pour quelles affections ?
3. Comment avez-vous connu l'usage thérapeutique de l'argile (famille, voisins, praticiens, médias, réseaux sociaux...) ?

II. Représentations et significations sociales de l'argile

(Objectif : identifier les dimensions symboliques et sociales du soin)

4. Pour vous, qu'est-ce que l'argile soigne ou peut soigner ? Pourquoi ?
5. Selon vous, qu'est-ce qui fait que l'argile est efficace ?
6. Existe-t-il des moments, des lieux ou des rituels particuliers pour l'utiliser ?
7. Y a-t-il des personnes qui ne doivent pas l'utiliser ? Pourquoi ?
8. Comment distinguez-vous une "bonne" argile d'une "mauvaise" argile ?

III. Modalités d'usage et apprentissage du soin

(Objectif : comprendre la logique d'apprentissage et de transmission des savoirs)

9. Qui vous a appris à utiliser l'argile ?
10. Comment s'est faite cette transmission (observation, explication, démonstration, participation, imitation) ?
11. Dans quels espaces ces apprentissages se font-ils (famille, marché, temple, centre de santé, Internet, groupe WhatsApp, etc.) ?

12. Selon vous, peut-on “enseigner” ce savoir à quelqu’un d’extérieur à la communauté ? Pourquoi ?
13. Les jeunes générations apprennent-elles encore ces pratiques ? De quelle manière ?

IV. Efficacité perçue et preuves thérapeutiques

(Objectif : saisir les critères d’évaluation du soin du point de vue des acteurs)

14. Comment savez-vous que le traitement à base d’argile agit bien ?
15. Quels signes physiques, corporels ou spirituels observez-vous ?
16. Avez-vous déjà vu des cas où cela n’a pas fonctionné ? Si oui, comment expliquez-vous cet échec ?
17. Qu’est-ce qui, selon vous, fait la différence entre une guérison et une simple amélioration ?
18. Comment comparez-vous les résultats de l’argile à ceux des médicaments modernes ?

V. Relations avec le système biomédical et les institutions

(Objectif : étudier les tensions et complémentarités entre registres thérapeutiques)

19. Avez-vous déjà consulté un centre de santé ou un hôpital avant ou après avoir utilisé l’argile ?
20. Comment les professionnels de santé perçoivent-ils ces pratiques ?
21. Quelles sont les collaborations entre praticiens de l’argile et médecins ou infirmiers ?
22. Avez-vous entendu parler de recherches scientifiques sur l’argile ? Que pensez-vous de leur utilité ?

VI. Légitimation, reconnaissance et transmission institutionnelle

(Objectif : comprendre les enjeux de reconnaissance et de gouvernance des savoirs)

23. Quelles seraient, selon vous, les meilleures façons de valoriser ces savoirs ?
24. Craignez-vous que ces savoirs soient un jour confisqués, détournés ou oubliés ?
25. Seriez-vous favorable à l’enseignement des savoirs locaux dans les écoles de santé ? À quelles conditions ?

VII. Conclusion / Clôture

(Objectif : recueillir les représentations globales et les suggestions finales)

27. Pour vous, que représente l’argile au-delà du soin ?
28. Si vous deviez prodiguer un conseil à quelqu’un qui découvre cette pratique, que lui diriez-vous ?
29. Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n’avons pas abordé ?