

Religiosité, spiritualité et recours aux soins dans la prise en charge du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

jacobagobe@yahoo.fr

<https://orcid.org/0009-0004-8636-9753>

KAMBE Kambé Yve

Maître de Recherche

Institut d'Ethno-sociologie

Université Félix Houphouët-Boigny

kambekambeyve@gmail.com

Résumé :

Cette étude interroge les articulations entre pratiques religieuses, spiritualité et recours aux soins biomédicaux dans la prise en charge du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire(Abidjan), dans un contexte marqué par le pluralisme thérapeutique et la forte prégnance du religieux. La problématique centrale examine la manière dont les significations symboliques de la maladie, socialement et spirituellement construites, orientent les trajectoires de soins des patients. L'objectif est de comprendre comment la foi, les croyances religieuses et les dispositifs spirituels influencent les décisions thérapeutiques, l'observance médicale et les temporalités du recours aux services de santé. S'inscrivant dans une méthodologie qualitative, l'étude mobilise des entretiens semi-directifs auprès de patients atteints du cancer de la prostate, de soignants et de leaders religieux, complétés par une analyse interprétative des discours. Les résultats révèlent que la maladie est fréquemment pensée comme une épreuve spirituelle, une sanction ou une mise à l'épreuve divine, légitimant le recours simultané ou alternatif à la prière, aux soins religieux et à la biomédecine. La discussion met en évidence des logiques de complémentarité mais aussi de tension entre rationalité médicale et rationalité religieuse. En conclusion, l'étude souligne l'utilité sociale d'une prise en charge intégrative, attentive aux univers de sens des patients, afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique et l'efficacité des politiques de lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire.

Mots clés : Spiritualité, Pratiques religieuses, Recours aux soins, Cancer de la prostate, Sociologie de la santé

Abstract:

This study interrogates the interrelations between religious practices, spirituality and biomedical health-care seeking in the management of prostate cancer in Côte d'Ivoire (Abidjan), within a context characterised by therapeutic pluralism and the pronounced salience of religion. The central problematisation examines how socially and spiritually constructed symbolic meanings of illness shape patients' care trajectories. The objective is to understand how faith, religious beliefs and spiritual practices influence therapeutic decision-making, medical adherence, and the temporalities of engagement with health services. Employing a qualitative methodology, the study draws on semi-structured interviews with men living with prostate cancer, health-care professionals and religious leaders, complemented by an interpretative discourse analysis. Findings indicate that the illness is frequently construed as a spiritual trial, a sanction, or a divine test, legitimising concurrent or alternating recourse to prayer, religious interventions and biomedical care. The discussion highlights logics of complementarity, alongside tensions between medical rationality and religious rationality.

In conclusion, the study underscores the social utility of an integrative approach to care that is attentive to patients' symbolic universes, thereby enhancing therapeutic adherence and the effectiveness of prostate cancer control policies in Côte d'Ivoire.

Keywords: Spirituality, Religious practices, Health-care seeking, Prostate cancer, Sociology of health

Introduction

Les constatations empiriques issues de l'enquête mettent en évidence l'imbrication étroite entre pratiques religieuses, spiritualité et recours aux soins dans la prise en charge thérapeutique du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire. La maladie est majoritairement interprétée par les patients comme une épreuve spirituelle, une mise à l'épreuve divine ou l'expression d'un désordre invisible, conférant aux pratiques religieuses une fonction centrale de réassurance, d'explication et de réorientation des trajectoires thérapeutiques. La prière, les rituels de délivrance et les consultations auprès des leaders religieux coexistent ainsi avec le recours à la biomédecine, révélant un pluralisme thérapeutique fondé sur la quête de sens autant que sur la quête de guérison.

De ces observations se dégage un paradoxe structurant : si la spiritualité constitue une ressource symbolique majeure favorisant l'endurance morale, l'acceptation de la maladie et le soutien social, elle peut également entrer en tension avec les prescriptions biomédicales, en légitimant des retards de consultation ou des interruptions de traitement. Ce paradoxe fonde la question de recherche suivante : comment les logiques religieuses et spirituelles, en tant que matrices de sens, façonnent-elles simultanément l'adhésion et la résistance aux dispositifs biomédicaux dans la prise en charge thérapeutique du cancer de la prostate ?

La portée scientifique de l'étude réside dans l'éclairage qu'elle apporte à la compréhension sociologique des rapports entre santé et religion, en montrant que les trajectoires de soins sont socialement et symboliquement construites. Sur le plan pratique, elle interroge les stratégies de prise en charge intégrative, associant soignants et acteurs religieux, afin d'améliorer la précocité du recours aux soins, l'observance thérapeutique et l'efficacité des politiques de lutte contre le cancer de la prostate en Côte d'Ivoire.

L'état de connaissance sur la santé converge pour considérer les trajectoires thérapeutiques non comme de simples séquences décisionnelles individuelles, mais comme des configurations sociales et symboliques, médiatisées par des univers de sens historiquement et culturellement constitués. Les travaux de Fassin (2001, pp. 45-67), fondés sur une approche méthodologique ethnographique et socio-anthropologique attentive aux pratiques ordinaires du soin et aux économies morales de la santé, montrent que les expériences de la maladie sont structurées par des régimes de légitimation qui articulent savoirs biomédicaux, normes sociales et référents moraux. L'auteur montre que l'expérience de la maladie est médiatisée par des régimes de légitimation articulant savoirs biomédicaux, normes sociales et référents moraux. Toutefois, si cette perspective demeure heuristique pour analyser les parcours de soins en contexte ivoirien, elle présente certaines limites au regard du sujet : *Pratiques religieuses, spiritualité et recours aux soins dans la prise en charge thérapeutique du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire (Abidjan)*.

Premièrement, les travaux de Fassin accordent une place centrale aux processus de hiérarchisation morale et aux logiques de gouvernement des corps, dans une perspective marquée par l'analyse du pouvoir et des inégalités. Cette orientation, bien que pertinente, tend à sous-estimer la dimension expérientielle et existentielle de la maladie cancéreuse, notamment lorsqu'elle est investie d'une signification spirituelle. Dans le cas du cancer de la prostate à Abidjan, la maladie ne relève pas uniquement d'une inscription dans des régimes moraux, mais d'un travail actif de production de sens mobilisant la prière, le jeûne, la délivrance, les consultations prophétiques ou pastorales. La rationalité religieuse ne s'y réduit pas à un filtre moral de la biomédecine : elle constitue un registre autonome de compréhension et d'action.

Deuxièmement, l'approche de Fassin, centrée sur les dispositifs institutionnels et les cadres normatifs, analyse surtout la manière dont la biomédecine est reçue, négociée ou contestée dans des contextes marqués par des inégalités sociales. Or, dans l'étude du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire, l'enjeu ne se limite pas à la réception de la rationalité médicale. Il s'agit plutôt d'une co-construction dynamique entre rationalité biomédicale et rationalité religieuse. Les patients ne se situent pas simplement dans une position de filtrage symbolique de l'offre médicale ; ils élaborent des itinéraires thérapeutiques hybrides où examens urologiques, traitements oncologiques et pratiques spirituelles s'articulent de manière complémentaire, parfois simultanée.

Troisièmement, la focale fassinienne sur les « économies morales » tend à privilégier l'analyse des rapports entre État, institutions sanitaires et populations. Elle éclaire moins les interactions microsociales au sein des communautés religieuses (églises pentecôtistes, paroisses catholiques, mosquées, groupes de prière) qui jouent un rôle structurant dans la décision de consulter, de poursuivre ou d'interrompre un traitement. Dans le contexte abidjanais, ces espaces religieux fonctionnent comme des arènes de légitimation thérapeutique, de soutien psychologique et de redéfinition identitaire

face à une pathologie souvent associée à la virilité, à la sexualité et à la dignité masculine.

Quatrièmement, la perspective de Fassin, en insistant sur les effets de domination et de hiérarchisation morale, risque d'occulter les capacités d'arbitrage thérapeutique des patients ou bien les pratiques d'auto-détermination des patients. Dans le cas étudié, les patients atteints du cancer de la prostate ne sont pas seulement soumis à des régimes normatifs ; ils mobilisent stratégiquement plusieurs registres de savoirs pour maximiser leurs chances de guérison, réduire l'angoisse et préserver leur statut social. La spiritualité apparaît alors non comme une simple réaction à l'incertitude biomédicale, mais comme une ressource thérapeutique à part entière.

Enfin, si Fassin met en lumière le caractère non neutre de la rationalité médicale, il analyse principalement la manière dont celle-ci est socialement encadrée. L'étude du cancer de la prostate à Abidjan révèle plutôt une dialectique productive entre univers religieux et biomédical : loin d'être uniquement en tension ou en concurrence, ces registres peuvent s'articuler dans des formes de pluralisme thérapeutique stabilisé. Cette articulation dépasse la logique de hiérarchisation morale pour relever d'une pragmatique du soin fondée sur la complémentarité.

Ainsi, la contribution de Fassin demeure fondamentale pour penser la dimension politique et morale des trajectoires thérapeutiques. Néanmoins, appliquée au cas du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire, elle nécessite un déplacement analytique : du gouvernement des corps vers la co-construction des rationalités ; de la hiérarchisation morale vers l'hybridation thérapeutique ; et d'une lecture principalement institutionnelle vers une sociologie des pratiques religieuses comme matrices actives du recours aux soins.

Dans une perspective complémentaire, Kleinman (1988, pp. 25-42) mobilise une méthodologie clinique et interprétative, centrée sur l'analyse des *illness narratives*, pour montrer que la maladie constitue une rupture biographique nécessitant un travail de mise en sens. Ces

résultats soulignent que les patients élaborent des modèles explicatifs hybrides, articulant causalités biomédicales, spirituelles et sociales. Cette approche explicite directement l'objet étudié, dans la mesure où les récits des hommes atteints du cancer de la prostate mettent en évidence une négociation permanente entre registres explicatifs religieux et médicaux. Toutefois, la limite de cette perspective réside dans son centrage prioritaire sur la reconstruction narrative individuelle, laissant en arrière-plan l'analyse des dispositifs collectifs religieux églises, groupes de prière, autorités spirituelles comme instances structurantes des trajectoires thérapeutiques en contexte abidjanais.

Dans le contexte africain, Criel et Waelkens (1999, pp. 215-239), reposant sur des enquêtes de terrain en santé publique et en anthropologie médicale, montrent que les pratiques religieuses et spirituelles constituent de véritables institutions normatives, capables d'orienter la temporalité du recours aux soins et de prescrire des séquences thérapeutiques légitimes. Leurs résultats convergent avec ceux de la présente étude en ce qu'ils révèlent l'imbrication des logiques religieuses et biomédicales. Néanmoins, leurs analyses portent principalement sur l'organisation des systèmes de santé et les dynamiques communautaires générales, sans interroger la dimension sexuée et symbolique spécifique d'une pathologie comme le cancer de la prostate. La maladie étudiée ici touche un organe hautement associé à la masculinité, à la sexualité et à la virilité, ce qui intensifie le rôle des référents religieux dans la gestion de la honte, du silence et de la vulnérabilité corporelle dimensions moins centrales dans leurs travaux.

L'ambivalence des réseaux religieux est également mise en évidence par Whyte (1997, pp. 102-125) à partir d'une ethnographie des pratiques thérapeutiques en contexte de pluralisme médical. Les résultats de l'auteure montrent que les réseaux offrent simultanément protection sociale et contraintes normatives. Cette lecture trouve un écho empirique direct dans l'objet étudié : la foi peut légitimer l'adhésion aux traitements biomédicaux lorsqu'ils sont perçus comme compatibles avec les prescriptions spirituelles, mais elle peut aussi générer des retards ou des résistances lorsque la guérison est

interprétée comme relevant exclusivement du registre religieux. Toutefois, la limite de cette approche tient à son inscription dans une ethnographie du pluralisme thérapeutique général, sans focalisation sur les pathologies chroniques graves à forte charge symbolique masculine. L'analyse du cancer de la prostate à Abidjan met en lumière des arbitrages pragmatiques plus complexes, où la question de la sexualité, de la performance et du statut conjugal redéfinit les modalités mêmes du pluralisme médical.

Les travaux de Becker (1995, pp. 78-95), fondés sur une approche interactionniste des conduites dites déviantes, apportent un cadre méthodologique pour comprendre l'engagement thérapeutique comme un processus négocié. Becker montre que les pratiques s'inscrivent toujours dans des systèmes normatifs multiples. Appliquée à l'objet étudié, cette perspective permet de saisir les choix thérapeutiques des patients atteints du cancer de la prostate comme des actes socialement situés, visant à préserver l'intégrité morale, religieuse et corporelle. Cependant, la limite de cette approche réside dans son ancrage initial dans l'analyse de la déviance et des carrières sociales, ce qui ne permet pas de saisir pleinement la dimension ontologique et spirituelle de la maladie cancéreuse. La présente étude déplace ainsi l'analyse vers une normalité du pluralisme thérapeutique, constitutive des trajectoires de soin en Côte d'Ivoire, plutôt que vers une lecture en termes de transgression ou d'étiquetage.

Toutefois, les approches herméneutiques de Bury (1982, pp. 170-180) et la sociologie fonctionnaliste de Parsons (1951, pp. 372-388), bien que méthodologiquement distinctes, convergent dans leur reconnaissance du rôle des significations sociales dans l'expérience de la maladie. Bury, à partir d'une analyse qualitative des récits de malades, met en évidence la maladie comme rupture du cours ordinaire de la vie, tandis que Parsons, dans une démarche théorique normative, conceptualise le rôle du malade comme mécanisme de régulation sociale. Néanmoins, ces deux cadres présentent des limites face au sujet traité : Bury n'intègre pas de manière centrale la dimension religieuse institutionnalisée comme ressource thérapeutique active, tandis que Parsons tend à universaliser le « rôle du malade » sans prendre en compte les reconfigurations induites par

des normes religieuses spécifiques et par la forte densité symbolique attachée à la masculinité en contexte ivoirien. L'étude du cancer de la prostate montre ainsi que les normes religieuses redéfinissent simultanément le statut du malade, les attentes conjugales et communautaires, ainsi que les modalités concrètes du recours aux soins, échappant à une lecture strictement biographique ou fonctionnaliste.

En définitive, la particularité épistémologique de cette étude réside dans son approche intégrative et située, qui articule sociologie de la santé, anthropologie religieuse et analyse des formes socialement produites de la masculinité corporelle. En intégrant les apports mais aussi les limites de ces auteurs, elle montre que les trajectoires thérapeutiques liées au cancer de la prostate en Côte d'Ivoire ne peuvent être comprises qu'en tenant compte de la coprésence négociée des rationalités religieuses et biomédicales, dans un contexte où la spiritualité ne constitue ni un simple filtre symbolique, ni une contrainte normative, mais une ressource structurante et performative du recours aux soins.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La compréhension de cet objet d'étude repose sur une approche sociologique globale, qui met en dialogue la théorie de la culture religieuse et les cadres interprétatifs mobilisés en sociologie de la santé, afin d'enrichir l'analyse des pratiques et des expériences liées à la maladie. Selon Berger et Luckmann (1966, pp. 51-78), la réalité sociale se déploie comme un construit symbolique et institutionnel, par le truchement d'artefacts, de rites et de normes qui confèrent intelligibilité et légitimité aux expériences vécues.

Appliquée au cancer de la prostate, cette réflexion montre que la religion et la spiritualité ne relèvent pas uniquement de croyances personnelles ou intimes. Elles constituent de véritables cadres de compréhension qui influencent profondément la manière dont les patients perçoivent la maladie, vivent les traitements et orientent leurs décisions thérapeutiques. Les pratiques religieuses, les prières, les rituels collectifs ou encore les conseils des autorités spirituelles

participent ainsi à l'organisation concrète des parcours de soins. Pour les patients, l'engagement religieux ne se limite donc pas à un simple réconfort moral face à la souffrance. Il devient une manière de donner du sens à l'épreuve de la maladie et de mieux supporter les transformations physiques et psychologiques qu'elle entraîne.

À travers la foi, les malades cherchent à comprendre ce qui leur arrive, à maintenir l'espoir et à préserver un certain équilibre intérieur malgré les incertitudes liées au cancer. La religion agit également comme un espace de médiation entre les exigences médicales et les valeurs spirituelles des patients. Elle permet à ces derniers d'intégrer les traitements biomédicaux dans une vision plus large de leur existence, où la guérison est pensée à la fois comme un processus médical, moral et spirituel. Les patients construisent ainsi leurs parcours thérapeutiques en articulant les recommandations des médecins avec les pratiques et les normes issues de leur univers religieux.

Cette réflexion est mieux comprise à travers la notion de « healthworld » développée par Germond et Cochrane (2010, pp134-152), qui désigne les univers de sens à partir desquels les individus interprètent leur santé, leur corps et leur expérience de la maladie. Dans le cas du cancer de la prostate, les croyances religieuses et spirituelles constituent ainsi de véritables cadres de compréhension qui influencent la manière dont les patients vivent leur parcours thérapeutique.

Ces univers religieux et spirituels ne restent pas séparés de la médecine moderne. Ils coexistent avec les savoirs biomédicaux, interagissent avec eux et influencent les décisions des patients. Pour certains malades, la foi renforce l'adhésion aux traitements médicaux lorsqu'elle encourage la confiance envers les médecins et les hôpitaux. Dans d'autres situations, certaines pratiques religieuses ou spirituelles comme les jeûnes prolongés, les séances de prières intensives ou le recours aux guérisseurs traditionnels peuvent modifier le rythme du suivi médical ou conduire les patients à privilégier d'autres formes de prise en charge.

Les parcours de soins apparaissent alors comme des espaces où plusieurs logiques se rencontrent en permanence. Les patients ne

gèrent pas uniquement une maladie du corps ; ils doivent aussi composer avec leurs croyances, leurs valeurs spirituelles et les attentes de leur entourage. Le vécu thérapeutique se construit donc à la fois dans la réalité physique de la maladie et dans les significations symboliques que les individus attribuent à leur expérience.

Ainsi, comprendre les trajectoires thérapeutiques implique de reconnaître que les décisions de soins sont toujours situées dans un contexte social, culturel et spirituel précis. Les pratiques médicales, les croyances religieuses et les expériences personnelles s'entremêlent pour produire des manières particulières de vivre, comprendre et affronter la maladie.

L'approche de Pattison (2000, pp. 211-230) vient renforcer cette critique en insistant sur la dimension prescriptive et normative de la religion dans les sociétés africaines, notamment dans sa capacité à hiérarchiser le temps et à réguler les modalités du recours aux soins. Les réseaux religieux et spirituels se présentent ainsi comme des espaces ambivalents, conjuguant fonctions structurantes et contraintes normatives. D'une part, ils procurent un soutien moral, affectif et social indispensable pour accompagner le patient dans l'épreuve corporelle et existentielle du cancer ; d'autre part, ils instaurent des cadres prescriptifs, imposant des obligations temporelles et symboliques susceptibles de retarder, de moduler ou d'orienter différemment l'observance des protocoles biomédicaux.

Appliquée à cette étude, cette approche théorique permet de comprendre que le parcours thérapeutique des patients atteints du cancer de la prostate ne suit pas un chemin simple ou uniquement médical. Il se construit progressivement à travers les relations sociales, les croyances religieuses, les attentes de l'entourage et les prescriptions des professionnels de santé. Les patients évoluent ainsi dans un univers où plusieurs logiques se croisent et influencent leurs choix face à la maladie.

Chaque décision liée aux soins comme prendre régulièrement les médicaments, participer à des pratiques religieuses ou solliciter l'avis d'un guide spirituel résulte souvent d'un équilibre entre différentes influences. Les patients cherchent continuellement à concilier les recommandations médicales avec leurs convictions religieuses et les

normes de leur communauté. Le parcours de soins devient alors un espace de négociation permanente, où les individus tentent de trouver des réponses adaptées à leurs réalités sociales, spirituelles et thérapeutiques.

Cette perspective met également en lumière l'importance des réseaux religieux et communautaires dans l'expérience de la maladie. Ces espaces influencent la manière dont les patients interprètent leur état de santé, justifient leurs choix thérapeutiques et maintiennent une certaine stabilité personnelle malgré les transformations provoquées par le cancer et les traitements. Les croyances religieuses et les relations sociales contribuent ainsi à préserver le sentiment d'identité et à renforcer la capacité des patients à faire face à l'épreuve de la maladie.

En définitive, les trajectoires thérapeutiques apparaissent comme des espaces complexes où se rencontrent et s'entremêlent médecine, religion et normes sociales. Les expériences de soins ne reposent donc pas uniquement sur des décisions biomédicales, mais aussi sur des dimensions symboliques, morales et relationnelles qui donnent sens au vécu des patients et orientent leurs comportements face à la maladie.

Cette étude s'est inscrite dans une démarche qualitative de type compréhensif et interprétatif, particulièrement adaptée à l'analyse des phénomènes sociaux complexes impliquant des croyances, des représentations et des expériences subjectives. Le recours à cette approche s'est justifié par la nature même de l'objet étudié, à savoir les interactions entre les logiques religieuses, spirituelles et biomédicales dans la prise en charge du cancer de la prostate. En effet, contrairement aux approches quantitatives qui privilégient la mesure et la généralisation statistique, l'approche qualitative a permis d'accéder aux significations que les acteurs ont attribuées à la maladie, aux traitements et aux pratiques thérapeutiques, ainsi qu'aux mécanismes sociaux qui ont orienté leurs choix et leurs comportements de santé (Denzin & Lincoln, 2018).

L'étude a été réalisée dans la commune de Yopougon, située à Abidjan, capitale économique et principal pôle sanitaire de la Côte d'Ivoire. Ce choix de terrain s'est appuyé sur plusieurs considérations

scientifiques. D'une part, Yopougon a constitué l'une des communes les plus peuplées du pays et a présenté une forte diversité socioculturelle et religieuse. D'autre part, elle a concentré de nombreuses infrastructures sanitaires publiques et privées ainsi qu'une importante diversité d'organisations religieuses et de groupes spirituels. Ce contexte de pluralisme thérapeutique a offert un cadre particulièrement pertinent pour analyser les modalités selon lesquelles les patients ont articulé les ressources biomédicales et religieuses dans leur parcours de soins.

La sélection des participants s'est fondée sur un échantillonnage raisonné (purposive sampling), privilégiant les individus susceptibles de fournir des informations riches et pertinentes en lien avec les objectifs de recherche. Au total, vingt-cinq participants ont été retenus : quinze hommes diagnostiqués d'un cancer de la prostate, cinq proches impliqués dans leur accompagnement thérapeutique et cinq leaders religieux ou figures spirituelles exerçant une influence reconnue au sein de leur communauté. Les critères d'inclusion ont prévu que les patients aient reçu un diagnostic médical confirmé et qu'ils aient été engagés ou aient eu été engagés dans un parcours de soins biomédical ; que les proches aient participé activement à la gestion quotidienne de la maladie ; et que les leaders religieux aient occupé une fonction reconnue d'encadrement spirituel. Le nombre de participants a été déterminé selon le principe de saturation théorique, c'est-à-dire jusqu'au moment où les nouvelles données recueillies n'ont plus apporté d'informations significativement nouvelles aux catégories analytiques émergentes (Glaser & Strauss, 1967).

Les données ont été recueillies principalement à travers des entretiens semi-directifs permettant de combiner la souplesse de l'échange avec l'exploration systématique des thématiques de recherche. Cette technique a favorisé l'expression des expériences vécues, des croyances religieuses, des interprétations de la maladie et des stratégies thérapeutiques mobilisées par les participants. Les entretiens ont été complétés par une observation participante menée dans certains espaces de soins, lieux de culte et espaces communautaires, afin de saisir les pratiques effectives, les interactions

sociales et les formes de médiation entre univers religieux et biomédical.

Afin d'assurer la crédibilité, la fiabilité et la robustesse des résultats, l'étude a mobilisé plusieurs formes de triangulation. La triangulation des sources a permis de confronter les points de vue des patients, des proches et des leaders religieux. La triangulation méthodologique a associé les données issues des entretiens à celles produites par l'observation participante. Enfin, la triangulation théorique a consisté à interpréter les résultats à la lumière de plusieurs cadres analytiques issus de la sociologie de la santé, de la sociologie de la religion et de l'anthropologie médicale. Cette stratégie a favorisé une compréhension plus complète du phénomène étudié tout en limitant les biais liés à une source ou à une perspective unique (Denzin, 1978).

L'analyse des données a suivi une démarche herméneutique et interprétative fondée sur une analyse thématique et narrative. Les verbatims ont d'abord été transcrits intégralement puis soumis à un processus de codage permettant l'identification des thèmes récurrents, des catégories de sens et des logiques d'action des acteurs. L'analyse narrative a complété cette démarche en reconstituant les trajectoires de maladie et les parcours thérapeutiques afin de comprendre comment les individus ont articulé, négocié ou hiérarchisé les référentiels religieux et biomédicaux au fil de leur expérience de la maladie (Riessman, 2008 ; Morse & Field, 1995). Cette approche analytique a permis de mettre en évidence les tensions, les complémentarités et les arrangements pratiques qui ont structuré les décisions thérapeutiques.

Sur le plan éthique, la recherche a respecté les principes de consentement libre et éclairé, d'anonymat, de confidentialité et de protection des données personnelles. Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de leur droit de retrait et des modalités d'utilisation des données recueillies. Ces dispositions ont contribué à garantir la qualité scientifique de la recherche tout en assurant le respect de la dignité et des droits des personnes enquêtées.

Cette stratégie méthodologique s'est révélée particulièrement pertinente pour appréhender les dimensions symboliques, culturelles

et relationnelles du cancer de la prostate dans le contexte ivoirien. Elle a permis d'analyser de manière approfondie la façon dont les croyances religieuses et spirituelles ont influencé l'interprétation de la maladie, les choix thérapeutiques, l'observance des traitements biomédicaux et les trajectoires de soins, tout en tenant compte des contraintes sociales et institutionnelles qui ont encadré ces expériences.

2. Résultats

2.1. Foi et médecine : comment la spiritualité soutient et légitime le suivi des traitements

Les pratiques spirituelles et les croyances religieuses amplifient la perception de la biomédecine comme complémentaire à l'action divine. Les rituels et la prière ne sont pas en opposition aux traitements thérapeutiques, mais légitiment et orientent la continuité de la thérapie.

Données langagières recueillies:

« Je prie chaque matin, puis je prends mes médicaments comme prescrit par le médecin. La foi et la médecine marchent ensemble. » (*G.L, patient, Yopougon*)

« Mon pasteur m'a dit que Dieu aide ceux qui se soignent. Je ne peux pas abandonner les traitements. » (*Y.V, patient, Yopougon*)

« Avant chaque chimiothérapie, je fais une prière pour demander force et guérison. Cela me donne confiance pour suivre le traitement. » (*KP, patient, Yopougon*)

« Je crois que Dieu peut guérir, mais il utilise aussi les médecins comme instruments. » (*G.N, patient, Yopougon*)

« Mon groupe de prière m'encourage à continuer mes séances médicales, car la foi ne remplace pas la médecine. » (*Y.B, patient, Yopougon*)

Ces récits montrent que, dans la prise en charge du cancer de la prostate, la religion et la médecine ne sont pas vécues par les patients comme deux univers opposés. Au contraire, elles s'entrecroisent et se complètent dans la manière dont les malades comprennent leur maladie, supportent les traitements et donnent du sens à leur parcours thérapeutique. La foi n'apparaît donc pas comme un refus de la médecine moderne, mais comme une ressource importante qui aide les patients à mieux vivre l'épreuve de la maladie et à faire face aux incertitudes liées aux soins.

Pour de nombreux patients, la religion constitue un appui moral et psychologique essentiel. Elle leur permet d'interpréter la maladie, de maintenir l'espoir et de trouver une certaine stabilité émotionnelle face aux douleurs, aux traitements lourds et à l'angoisse de l'avenir. À travers les prières, les conseils spirituels ou les échanges avec les communautés religieuses, les patients parviennent à rendre leur souffrance plus supportable et à inscrire leur expérience dans une perspective porteuse de sens. La maladie n'est alors plus perçue uniquement comme une atteinte biologique, mais également comme une épreuve humaine, morale et spirituelle.

Dans ce contexte, la foi agit souvent comme un soutien à l'adhésion aux soins biomédicaux. Les croyances religieuses renforcent la confiance envers les médecins, les hôpitaux et les traitements prescrits. Beaucoup de patients considèrent les professionnels de santé comme des instruments de Dieu ou voient dans les traitements médicaux une possibilité de guérison accordée par la volonté divine. Ainsi, la religion ne remplace pas la médecine ; elle contribue plutôt à renforcer l'engagement des patients dans le suivi thérapeutique et dans le respect des prescriptions médicales.

L'analyse met également en évidence une forme de combinaison pratique entre savoirs religieux et savoirs scientifiques. Les patients naviguent continuellement entre les conseils médicaux, les recommandations issues de leurs communautés religieuses et les croyances culturelles qui entourent la maladie. Leurs décisions thérapeutiques résultent donc d'ajustements permanents entre plusieurs logiques : suivre un traitement médical, participer à des pratiques spirituelles, écouter les proches ou encore respecter certaines

prescriptions religieuses. Cette manière de gérer la maladie traduit une adaptation concrète aux réalités du quotidien et aux contraintes de l'expérience thérapeutique.

Ces parcours montrent enfin que la santé ne se limite pas à une simple question biologique. Elle se construit aussi dans les relations sociales, les liens de confiance et les significations que les individus attribuent à leur expérience. À travers leurs pratiques thérapeutiques, les patients cherchent non seulement à soigner leur corps, mais aussi à préserver leur dignité, leur identité et leur équilibre intérieur malgré les bouleversements provoqués par la maladie.

En définitive, la religion joue un rôle central dans les parcours de soins liés au cancer de la prostate. Elle influence les représentations de la maladie, oriente les comportements de recours aux soins et aide les patients à maintenir une cohérence dans leur trajectoire de vie. Les réseaux spirituels et religieux deviennent ainsi des espaces de soutien, d'interprétation et de légitimation des pratiques thérapeutiques. Dans cette dynamique, médecine et religion apparaissent moins comme des réalités opposées que comme deux ressources complémentaires mobilisées par les patients pour faire face à l'épreuve de la maladie.

2.2. Influence normative des réseaux religieux sur les choix et le timing des soins

La religion peut produire des normes qui prescrivent la mise à l'épreuve de la foi ou la priorité des interventions spirituelles, retardant ou contrecarrant l'adhésion aux traitements biomédicaux.

Données langagières recueillies :

« Mon guérisseur traditionnel m'a dit d'attendre sa bénédiction avant de commencer les médicaments. »

(T.M, patient, Yopougon)

« Je voulais d'abord faire une prière spéciale de 7 jours avant la chirurgie. » *(G.N, patient, Yopougon)*

« Mon pasteur m'a conseillé de continuer les prières avant de commencer la radiothérapie. » *(N.M, patient, Yopougon)*

« Je n'ai pas pris tous les médicaments prescrits, car je pensais que Dieu pouvait me guérir seul. » (*T.G, patient, Yopougon*)

« Ma famille m'a encouragé à consulter le marabout avant le médecin. » (*D.L, patient, Yopougon*)

Ces discours montrent que les réseaux religieux jouent un rôle important dans la manière dont les patients atteints du cancer de la prostate organisent leur parcours de soins. Au-delà du soutien moral ou de l'encouragement spirituel qu'ils apportent, ces espaces religieux transmettent aussi des règles, des conseils et des attentes qui influencent concrètement les comportements des malades. Les croyances, les recommandations des responsables religieux et les pratiques collectives définissent souvent ce qu'il est jugé bon ou approprié de faire face à la maladie.

Dans cette dynamique, les pratiques religieuses imposent parfois leur propre rythme dans la gestion de la maladie. Les périodes de jeûne, les temps de prières intenses ou certaines épreuves spirituelles occupent une place centrale dans la vie des patients et peuvent modifier l'organisation des soins. Or, le temps religieux ne correspond pas toujours au temps médical, qui repose sur des rendez-vous précis, la prise régulière des médicaments et le respect des protocoles thérapeutiques.

Ainsi, certains patients peuvent retarder une consultation, interrompre momentanément un traitement ou réorganiser la prise des médicaments afin de participer à des activités religieuses jugées importantes. Ces situations révèlent l'existence d'un décalage, parfois même d'une tension, entre les exigences de la médecine et celles de la pratique religieuse. Les patients se retrouvent alors à devoir concilier deux univers normatifs qui orientent simultanément leurs décisions et leurs comportements.

Cette réalité montre que les réseaux religieux ne sont pas seulement des espaces de réconfort face à la maladie. Ils fonctionnent également comme des cadres sociaux qui produisent des normes et influencent les choix thérapeutiques. Le regard de la communauté, l'autorité des guides religieux ou encore la peur d'être perçu comme manquant de

foi peuvent peser sur les décisions des patients. Les prescriptions religieuses acquièrent ainsi une force importante dans la conduite des parcours de soins.

Cependant, cela ne signifie pas nécessairement un rejet de la biomédecine. Dans la plupart des cas, les patients cherchent plutôt à articuler les exigences religieuses et médicales afin de préserver à la fois leur santé physique et leur équilibre spirituel. Leur parcours thérapeutique devient alors un espace de négociation permanente entre croyances, attentes communautaires et prescriptions médicales.

La résistance observée dans ces contextes ne peut dès lors être interprétée comme un rejet irrationnel ou une ignorance des savoirs médicaux. Elle s'apparente plutôt à une stratégie de négociation sociale et identitaire, par laquelle les patients tentent de composer avec des régimes normatifs pluriels et parfois contradictoires. Pris à l'intersection de la rationalité médicale, des attentes communautaires et de leurs propres convictions spirituelles, les individus développent des pratiques ajustées, faites de reports, d'adhésions partielles ou de réappropriations sélectives des prescriptions biomédicales. Ces pratiques hybrides constituent des compromis pragmatiques visant à préserver à la fois l'efficacité thérapeutique perçue et la cohérence relationnelle et symbolique du patient au sein de son univers social et religieux.

Ces tensions révèlent également la double fonction ambivalente des réseaux religieux dans les parcours de soins. D'un côté, ils fournissent un soutien moral, affectif et symbolique décisif, permettant aux patients de faire face à la souffrance, à l'incertitude pronostique et aux transformations corporelles induites par les traitements. De l'autre, ils imposent des cadres normatifs susceptibles de restreindre l'autonomie décisionnelle du patient, d'introduire des retards ou des ajustements dans la mise en œuvre des soins biomédicaux, et parfois de renforcer des formes de vulnérabilité thérapeutique. Cette ambivalence souligne que l'accompagnement religieux ne peut être appréhendé de manière univoque, mais doit être analysé comme un dispositif social à effets différenciés, à la fois protecteurs et contraignants.

En résumé, cette analyse montre que les patients ne prennent pas leurs décisions seuls ni de manière automatique. Ils s'appuient sur leurs proches, leurs responsables religieux et leur entourage pour comprendre la maladie et choisir comment se soigner. Ils utilisent et ajustent en permanence les ressources et les conseils qu'ils reçoivent pour faire face à leur situation. Les choix thérapeutiques ne sont donc pas de simples décisions médicales. Ils dépendent du contexte, des normes sociales, des croyances religieuses et des contraintes personnelles. La trajectoire de soins n'est pas uniquement guidée par la biomédecine : elle se construit à la rencontre des logiques médicales, religieuses et symboliques. Ces constats suggèrent que l'accompagnement médical devrait mieux prendre en compte le rôle des réseaux religieux et leurs normes. En les intégrant de manière réfléchie dans la prise en charge, il serait possible de renforcer l'adhésion aux traitements, de réduire les tensions entre religion et médecine et d'améliorer l'efficacité globale des soins.

2.3. Capital religieux et engagement dans les traitements : rôle des réseaux communautaires dans la persévérance thérapeutique

Les réseaux religieux offrent soutien moral, cohésion sociale et accompagnement affectif, favorisant la persévérance dans les traitements.

Données langagières recueillies :

« Lors des réunions de prière, nous partageons nos expériences et cela m'encourage à continuer mes soins. » (F.K, patient, Yopougon)

« Le pasteur me téléphone pour me demander comment je vais et m'encourage à ne pas abandonner les médicaments. » (S.M, patient, Yopougon)

« Mon église organise des visites aux malades, cela me fait sentir soutenu et compris. » (N.H, patient, Yopougon)

« Je suis entouré de frères de foi qui me rappellent l'importance de suivre mes prescriptions médicales. » (S.S, patient, Yopougon)

« La communauté de prière me donne de la force pour affronter la douleur et les effets secondaires. » (D.E, patient, Yopougon)

Dans cette configuration, la religion se donne à voir comme un capital social et symbolique mobilisable, au sens bourdieusien du terme, constituant une ressource relationnelle structurée que les patients activent afin de consolider leur engagement envers les traitements biomédicaux. Loin de relever d'un simple registre de croyances individuelles, elle s'inscrit dans des réseaux communautaires organisés qui produisent de la confiance, de la reconnaissance et de la légitimité sociale. Ces réseaux offrent un soutien moral constant, des conseils pratiques ajustés à l'expérience de la maladie, ainsi qu'une validation collective des choix thérapeutiques, contribuant à atténuer le sentiment d'isolement, de vulnérabilité et d'incertitude qui accompagne fréquemment l'annonce et la prise en charge du cancer de la prostate. En ce sens, le capital religieux fonctionne comme un dispositif de résilience sociale, permettant aux patients de maintenir la continuité de leurs parcours thérapeutiques malgré la pénibilité des traitements, les effets secondaires, l'altération de l'image corporelle et les tensions émotionnelles durables induites par la pathologie.

Cette mobilisation du capital religieux et communautaire met en lumière la capacité des individus à négocier et à renforcer leur pouvoir d'agir dans des contextes marqués par l'incertitude et la fragilisation biographique. Les interactions régulières avec les membres de la communauté religieuse, les groupes de prière et les figures d'autorité spirituelle ne relèvent pas uniquement d'un accompagnement affectif ; elles constituent de véritables instances de médiation symbolique qui contribuent à rendre intelligibles les prescriptions médicales, à en légitimer l'observance et à en aménager la temporalité. Par ces médiations, les décisions thérapeutiques sont réinscrites dans un cadre de sens partagé, où le recours à la biomédecine est interprété non comme une rupture avec la foi, mais comme une épreuve légitime, voire moralement valorisée.

Ainsi, la religion dépasse largement le simple cadre de la spiritualité pour devenir une véritable ressource dans le vécu de la maladie. Elle apporte aux patients un soutien moral et émotionnel, tout en proposant des repères, des règles de conduite et des formes d'accompagnement qui influencent leur manière de suivre les soins. À travers les communautés religieuses, les prières et les conseils spirituels, les patients trouvent non seulement du réconfort, mais aussi une force qui les aide à poursuivre les traitements et à faire face aux difficultés liées au cancer de la prostate.

La religion joue également un rôle important dans le maintien des liens sociaux et de l'équilibre personnel des malades. Elle permet aux patients de préserver une certaine continuité dans leur identité malgré les transformations physiques, psychologiques et sociales provoquées par la maladie. Les pratiques religieuses offrent ainsi un espace où les individus peuvent se sentir soutenus, reconnus et compris dans l'épreuve qu'ils traversent.

Cette réalité montre que les parcours de soins ne se construisent jamais de manière totalement individuelle. Les décisions thérapeutiques, les attitudes face à la maladie et l'engagement dans les traitements sont profondément influencés par l'entourage, les réseaux communautaires et les croyances partagées. Les relations sociales, les normes collectives et les significations accordées à la maladie participent pleinement à la manière dont les patients vivent et gèrent leur expérience thérapeutique.

Dès lors, comprendre les trajectoires de soins implique de prendre en compte ces dimensions sociales et symboliques qui entourent la maladie. Les réseaux religieux et communautaires ne sont pas périphériques aux soins biomédicaux ; ils contribuent au contraire à leur appropriation, à leur acceptation et parfois même à leur efficacité sociale auprès des patients.

2.4. Croyances religieuses et sens du cancer : comment la spiritualité influence l'expérience et les choix de soins

Les croyances religieuses offrent un cadre interprétatif de la maladie, qui peut transformer l'expérience du cancer en épreuve spirituelle,

sanction ou test de foi. Ces significations influencent les attitudes vis-à-vis des soins biomédicaux.

Données langagières recueillies :

« Je considère ma maladie comme un test de Dieu. Cela me donne patience pour suivre le traitement. » (A.K, patient, Yopougon)

« Le cancer est pour moi une épreuve, mais Dieu m'accompagne à travers les médecins. » (D.M, patient, Yopougon)

« Je vois mes médicaments comme des instruments de la volonté divine. » (Y.L, patient, Yopougon)

« Je prie pour comprendre pourquoi j'ai cette maladie, cela m'aide à accepter la chimiothérapie. » G.P, patient, Yopougon)

« Ma foi me fait voir le traitement comme un chemin vers la guérison que Dieu a permis. » (N.V, patient, Yopougon)

Ces récits illustrent que les logiques religieuses occupent une place centrale dans le processus de subjectivation de la maladie, entendu comme l'ensemble des opérations par lesquelles les patients intègrent, interprètent et réélaborent leur expérience corporelle, émotionnelle et thérapeutique. La spiritualité ne se réduit pas à une croyance intime ou à un refuge psychologique ; elle constitue un cadre cognitif, narratif et symbolique structurant, à travers lequel les individus reconfigurent le sens de la maladie et de ses effets sur le corps. Ce cadre permet de réduire l'incertitude inhérente aux traitements, d'ordonner les symptômes, les douleurs et les effets secondaires, et d'inscrire l'expérience corporelle altérée dans un récit intelligible, doté de continuité et de cohérence biographique. Dès lors, la maladie cesse d'être appréhendée comme un simple dysfonctionnement organique pour être investie comme une épreuve socialement et symboliquement négociée, au sein de laquelle les patients arbitrent entre injonctions religieuses, recommandations biomédicales et attentes sociales.

Dans cette perspective, la spiritualité agit comme un médiateur à la fois émotionnel et cognitif, orientant les manières de ressentir, de nommer et d'évaluer la maladie, tout en influençant concrètement l'adhésion aux dispositifs thérapeutiques. Elle peut favoriser l'observance médicale en conférant aux traitements une légitimité morale et une signification transcendante, mais elle peut également susciter des formes de résistance sélective à certaines prescriptions biomédicales perçues comme incompatibles avec les obligations spirituelles ou les convictions personnelles. Cette ambivalence témoigne du fait que la rationalité religieuse ne s'oppose pas mécaniquement à la rationalité médicale ; elle participe plutôt à une reconfiguration située des normes thérapeutiques, dans laquelle les patients cherchent à préserver leur intégrité morale et identitaire face à la vulnérabilité corporelle, à la perte de contrôle et aux transformations imposées par la maladie et ses traitements.

Ces dynamiques mettent ainsi en exergue que les trajectoires thérapeutiques ne sauraient être pensées comme des parcours strictement biomédicaux, linéaires et décontextualisés. Elles sont co-construites dans des espaces hybrides de rationalité, où se croisent, s'articulent et parfois se confrontent les registres de la science médicale, de la religion et des normes sociales ordinaires. Les pratiques religieuses et spirituelles fonctionnent alors comme de véritables matrices actives de sens, d'action et de légitimation sociale, qui permettent aux patients de donner une intelligibilité à leur expérience, de soutenir leur engagement dans les soins et de maintenir une identité morale et sociale cohérente. En ce sens, la subjectivation de la maladie apparaît comme un processus fondamentalement interprétatif et relationnel dans lequel la santé se construit à l'intersection de savoirs experts, de croyances partagées et de dispositifs symboliques, révélant toute la complexité sociale des parcours de soins contemporains.

3. Discussion

Les parcours de soins des hommes atteints du cancer de la prostate s'inscrivent dans des espaces où les patients donnent eux-mêmes du

sens à leur expérience de la maladie. Dans ces trajectoires, les savoirs médicaux et les croyances religieuses ne s'opposent pas systématiquement : ils s'entrecroisent, s'ajustent et se complètent au fil du vécu de la maladie.

Les pratiques religieuses prières, participation aux rituels, échanges avec les communautés de foi ne se réduisent pas à un simple réconfort. Elles jouent un rôle concret dans la manière dont les patients comprennent leur état de santé, acceptent les traitements et traversent les moments d'incertitude. La religion aide souvent à organiser les émotions, à renforcer l'espoir et à inscrire la maladie dans une histoire plus large, où la guérison est à la fois une réalité médicale et une expérience humaine, morale et spirituelle.

Dans cette dynamique, les patients mobilisent différentes ressources pour faire face à la maladie. Ils articulent les recommandations des médecins avec les conseils spirituels et les attentes de leur entourage. Le parcours thérapeutique devient alors un processus d'ajustement permanent, construit dans le quotidien, au croisement de plusieurs logiques de vie.

Cependant, les réseaux religieux ne sont pas uniquement des espaces de soutien. Ils peuvent aussi introduire des règles et des obligations qui influencent le rythme des soins. Les périodes de jeûne, les temps de prière intensifs, la consultation de guides spirituels ou certaines exigences liées à la foi peuvent parfois modifier l'organisation des traitements médicaux. Cela crée des situations où les patients doivent composer entre plusieurs temporalités : celle de la médecine et celle de la vie religieuse.

Ces réalités montrent que les patients ne sont pas de simples exécutants des prescriptions médicales. Ils négocient en permanence leurs choix, adaptent leurs comportements et cherchent à préserver à la fois leur santé, leur identité et leur équilibre spirituel. La religion apparaît alors comme une ressource importante qui donne du sens à l'épreuve de la maladie, tout en influençant concrètement les décisions thérapeutiques.

Ainsi, les parcours de soins se construisent dans des espaces hybrides où s'entrelacent médecine, croyances religieuses et normes sociales. Dans cet ensemble, les patients cherchent avant tout à rendre

leur expérience de la maladie compréhensible, supportable et cohérente avec leur vision du monde.

À la lumière des résultats présentés, nous privilégions un corpus discursif circonscrit par une visée analytico-économique, visant non pas l'exhaustivité descriptive, mais la mise en évidence des éléments structurants et opératoires susceptibles d'éclairer la dynamique sous-jacente des parcours de soins. Ce positionnement méthodologique se déploie dans une logique sélective et synthétique, où la réduction des redondances discursives ne constitue pas une limitation empirique, mais un effet de focalisation analytique, permettant de concentrer l'interprétation sur les phénomènes réellement constitutifs de l'expérience thérapeutique. Dans cette perspective, l'objet de l'étude est défini comme un nœud pivot d'analyse : « Capital social religieux et résilience thérapeutique : médiations communautaires et persévérance dans les parcours biomédicaux ». Ce choix opératoire engage l'étude dans une herméneutique située, où les discours des enquêtés sont lus comme des instruments de construction et de légitimation sociale, révélant simultanément les stratégies d'activation des ressources relationnelles et symboliques et les stratégies de maintien de l'autonomie d'action dans un contexte de vulnérabilité biomédicale et existentielle. La focalisation sur le capital religieux comme vecteur de médiation symbolique permet ainsi de mettre au jour les processus de résilience thérapeutique, en articulant la dimension normative, la reconnaissance communautaire et l'adhésion aux protocoles biomédicaux. En opérant cette sélection analytique, le corpus discursif devient un outil de décodage des logiques d'engagement et de persévérance, offrant une lecture structurée des interactions entre réseaux religieux, sens moral et continuité des pratiques de soins, tout en révélant les tensions, arbitrages et compromis qui structurent les trajectoires thérapeutiques.

Ce résultat s'inscrit dans une analyse articulant perspective structurelle et interprétative permettant de saisir comment les ressources symboliques et relationnelles sont mobilisées pour soutenir la continuité des soins dans des contextes de vulnérabilité corporelle et existentielle.

À la lumière de Berger et Luckmann (1966, pp. 51-78), les réseaux religieux peuvent être compris comme des institutions symboliques qui construisent et légitiment la réalité sociale des patients : la foi, les pratiques collectives et les rituels communautaires structurent un univers cognitif et normatif conférant intelligibilité à l'expérience de la maladie et aux protocoles biomédicaux. Cette perspective met en évidence que le capital religieux ne se limite pas à un soutien moral isolé, mais constitue un dispositif de médiation sociale et symbolique, par lequel les patients réinscrivent leur capacité d'agir dans des parcours thérapeutiques contraints différenciés, en articulant prescriptions médicales et exigences normatives, morales et symboliques de leur communauté d'affiliation.

La conceptualisation du capital religieux comme vecteur de résilience thérapeutique s'inscrit en forte convergence analytique avec les travaux fondateurs de Bury (1982, pp. 167-182) et Kleinman (1988, pp. 25-42), qui appréhendent l'expérience de la maladie comme une rupture biographique et un espace de reconfiguration identitaire. À l'instar de ces auteurs, les résultats de l'étude montrent que les pratiques religieuses et communautaires fonctionnent comme des dispositifs de continuité narrative, permettant aux individus de réordonner les épisodes de souffrance, de contenir l'incertitude thérapeutique et de maintenir une cohérence du soi mise à l'épreuve par la maladie. Toutefois, une première ligne de discorde apparaît : là où Bury et Kleinman privilégient une lecture centrée sur l'expérience individuelle et la gestion subjective de la rupture, l'objet étudié met en évidence le rôle structurant des normes collectives et des économies morales religieuses, qui encadrent les trajectoires thérapeutiques au-delà du registre biographique. Cette inflexion constitue une rupture épistémologique, en déplaçant l'analyse de la seule reconstruction du sens vers une compréhension relationnelle et socialement encadrée de la résilience thérapeutique.

Dans le contexte africain, les travaux de Criel et Waelkens (1999, pp. 215-239) et de Pattison (2000, pp. 211-230) trouvent un écho empirique direct dans les résultats, en ce qu'ils soulignent le rôle des réseaux normatifs et symboliques dans l'orientation de la temporalité des soins et la prescription de modalités d'action socialement

légitimes. La recherche confirme cette convergence en montrant que le capital religieux structure des arbitrages permanents entre rationalité biomédicale, obligations spirituelles et attentes communautaires. Néanmoins, elle introduit un déplacement analytique en révélant que ces registres ne fonctionnent ni dans une stricte complémentarité ni dans une opposition frontale, mais dans une logique de co-présence négociée, où les patients mobilisent stratégiquement les ressources religieuses pour stabiliser leur trajectoire thérapeutique. Ce positionnement intermédiaire renforce la validité interne des résultats, fondée sur la cohérence entre matériaux empiriques, catégories analytiques et cadres théoriques mobilisés de cette étude.

La dimension normative et performative du capital religieux entre également en résonance critique avec les analyses de Whyte (1997, pp. 102-125) et de Fassin (2001, pp. 45-67), qui montrent que l'inscription dans des réseaux sociaux et normatifs produit simultanément protection sociale et contraintes morales. Les résultats confirment ce double effet en soulignant que la persévérance dans les traitements biomédicaux ne relève ni d'une adhésion strictement individuelle ni d'une rationalité instrumentale, mais d'une négociation constante entre soutien communautaire, obligations symboliques et impératifs thérapeutiques. Toutefois, là où Whyte et Fassin insistent principalement sur les effets de contrainte et de normalisation, l'étude met en lumière des formes d'appropriation active du capital religieux, par lesquelles les patients transforment ces contraintes en ressources d'endurance morale et de légitimation sociale. Cette mise en lumière d'une capacité d'action contextualisée ouvre un débat analytique stimulant, tout en contribuant à renforcer la capacité explicative de l'analyse.

Les travaux de Becker (1995, pp. 78-95) apportent un éclairage complémentaire, en concevant l'engagement thérapeutique comme une pratique performative inscrite dans des régimes normatifs multiples. En convergence avec cette perspective, les résultats montrent que chaque décision thérapeutique constitue un acte socialement encadré, par lequel les patients cherchent à préserver leur intégrité morale, sociale et corporelle. Toutefois, l'étude dépasse la

focale sur la déviance ou la marginalité en montrant que ces ajustements normatifs ne relèvent pas uniquement des marges sociales, mais constituent une modalité ordinaire de gestion de la maladie dans des contextes de pluralisme thérapeutique. Cette généralisation raisonnée fonde une validité externe contextualisée, en rendant transférables les mécanismes observés à d'autres settings caractérisés par la coexistence de référentiels normatifs hétérogènes.

En somme, la mobilisation du concept de healthworlds proposé par Germond et Cochrane (2010, pp. 134-152) permet d'opérer une synthèse épistémologique des résultats. Cette approche rejoint pleinement l'objet de l'étude en montrant que le capital religieux doit être compris comme un univers de sens ancré dans la réalité sociale des patients. Dans cet univers, les représentations de la maladie, les obligations spirituelles et les prescriptions médicales ne sont pas séparées, mais s'influencent et s'articulent au quotidien. Les patients naviguent ainsi entre plusieurs repères pour donner du sens à leur expérience du cancer et à leur parcours de soins.

Les propos recueillis ne peuvent donc pas être réduits à de simples récits personnels. Ils constituent aussi des moyens par lesquels les patients justifient leurs choix, donnent une cohérence à leur parcours et mobilisent leurs relations sociales et spirituelles pour faire face à la maladie. Le discours devient alors une ressource à la fois sociale et symbolique, qui aide à comprendre comment les individus s'adaptent et tiennent dans l'épreuve de la maladie.

Cette lecture permet de dépasser les approches strictement biomédicales qui tendent à considérer les comportements de santé comme uniquement individuels ou rationnels. Elle montre au contraire que la capacité à faire face à la maladie se construit dans un ensemble de relations sociales, de croyances et de valeurs partagées. La résilience face au cancer apparaît ainsi comme un processus collectif, façonné par l'entourage, les croyances religieuses et les interactions avec le système de santé.

En définitive, la solidité de ces résultats repose sur la cohérence entre les données de terrain, les cadres théoriques mobilisés et l'analyse des récits des patients. Leur portée peut également être étendue à d'autres contextes où coexistent médecine moderne et

pluralité de croyances. Ainsi, la capacité des patients à tenir dans le parcours de soins apparaît comme le résultat d'un équilibre entre ressources religieuses et exigences médicales, révélant toute la dimension humaine, sociale et morale de l'expérience de la maladie.

Conclusion

L'analyse des parcours de soins des patients atteints du cancer de la prostate montre que la prise en charge de la maladie ne peut pas être comprise uniquement à travers la médecine. Les patients vivent leur expérience dans un univers où les croyances religieuses, les pratiques spirituelles et les soins biomédicaux s'entremêlent constamment. La religion ne représente donc pas seulement un soutien moral ou émotionnel ; elle devient une ressource importante qui aide les patients à donner du sens à la maladie, à supporter les traitements et à maintenir un équilibre personnel face aux bouleversements provoqués par le cancer.

Les résultats mettent en évidence le rôle central des réseaux religieux et communautaires dans les trajectoires thérapeutiques. À travers les prières, les rituels, les conseils spirituels et les échanges avec les proches ou les responsables religieux, les patients trouvent des repères qui les aident à mieux vivre l'incertitude liée à la maladie. Ces pratiques contribuent à renforcer l'espoir, à réduire les angoisses et à inscrire les traitements dans une logique plus large où la guérison est perçue non seulement comme un processus médical, mais aussi comme une épreuve humaine et spirituelle.

Les récits des enquêtes montrent également que les patients cherchent continuellement à concilier plusieurs exigences : suivre les recommandations médicales, respecter leurs convictions religieuses et répondre aux attentes de leur entourage. Les décisions thérapeutiques ne sont donc jamais prises de manière isolée. Elles résultent de négociations permanentes entre les prescriptions biomédicales, les obligations religieuses et les normes communautaires. Cette articulation entre foi et médecine révèle une manière pragmatique de gérer la maladie, dans laquelle les patients mobilisent différentes ressources pour faire face à leur situation.

Cependant, la religion peut jouer un rôle ambivalent dans les parcours de soins. D'un côté, elle soutient les patients, renforce leur engagement dans les traitements et favorise leur persévérance thérapeutique. De l'autre, certaines pratiques religieuses, comme les périodes de jeûne, les retraites spirituelles ou les temps prolongés de prière, peuvent parfois modifier ou retarder certains soins médicaux. Les patients doivent alors trouver un équilibre entre les exigences du suivi médical et celles de leurs pratiques spirituelles.

Par ailleurs, le recours à la spiritualité apparaît comme une véritable stratégie de résilience face à la maladie. La foi aide les patients à mieux supporter la souffrance physique et psychologique, à garder espoir et à maintenir une continuité dans leur vie malgré les transformations liées au cancer et aux traitements. La maladie est ainsi vécue non seulement comme une atteinte du corps, mais aussi comme une expérience sociale, morale et spirituelle qui redéfinit le rapport à soi, aux autres et à l'avenir.

Cette étude montre aussi que les réseaux religieux ne sont pas de simples espaces de consolation. Ils constituent des cadres sociaux influents qui orientent les comportements, renforcent les liens de solidarité et participent à la légitimation des pratiques thérapeutiques. Les trajectoires de soins se construisent donc dans des environnements relationnels où se croisent soutien social, croyances religieuses et savoirs médicaux.

En définitive, prendre en compte la dimension religieuse et spirituelle dans l'accompagnement des patients peut contribuer à améliorer l'adhésion aux traitements et la qualité de la prise en charge. Une meilleure compréhension des croyances, des pratiques religieuses et des réalités communautaires permettrait aux professionnels de santé d'adapter davantage leurs interventions aux expériences vécues par les patients.

Enfin, cette recherche ouvre plusieurs perspectives importantes. Il serait utile de mener des études sur une plus longue durée afin de mieux comprendre comment les croyances religieuses influencent l'évolution des parcours thérapeutiques au fil du temps. L'association d'approches qualitatives et quantitatives permettrait également d'évaluer plus précisément l'impact des réseaux religieux sur

l'observance médicale et le bien-être psychologique des patients. Sur le plan pratique, ces résultats soulignent l'intérêt d'une approche plus intégrative des soins, fondée sur le dialogue entre professionnels de santé, acteurs religieux et communautés, afin de construire des stratégies thérapeutiques respectueuses des croyances des patients et adaptées à leurs réalités sociales et spirituelles.

Bibliographie

BECKER Howard Saul, 1995. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York, Free Press

BERGER Peter Ludwig & LUCKMANN Thomas, 1966. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY, Anchor Books

BURY Michael, 1982. *Chronic Illness as Biographical Disruption*. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), pp. 167-182

CRIEL Bart & WAELEKENS Marc, 1999. *L'accès aux soins de santé en Afrique: Approches et réalités*. Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant

FASSIN Didier, 2001. *L'ordre et le désordre de la vie. Essai sur les usages sociaux de la souffrance*. Paris, Éditions Flammarion

GERMOND Paul & COCHRANE Anne, 2010. *Healthworlds: Social Theory and Health*. London, Routledge

KLEINMAN Arthur, 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.

PARSONS Talcott, 1951. *The Social System*. Glencoe, IL, Free Press

PATTISON Shaun, 2000. *Religion and Public Health in Africa: Norms, Prescriptions and Practices*. London, Routledge

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