

## RESEAUX SOCIAUX, FAMILIAUX ET RELIGIEUX DANS LES TRAJECTOIRES THERAPEUTIQUES 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](mailto:agobe.jacob42@ufhb.edu.ci)

[jacobagobe@yahoo.fr](mailto:jacobagobe@yahoo.fr)

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

### Résumé :

Cette étude examine le rôle structurant des réseaux sociaux, familiaux et religieux dans les trajectoires thérapeutiques des hommes atteints du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire, dans un contexte de pluralisme médical et de forte interconnexion communautaire. La problématique interroge la manière dont ces réseaux, en tant qu'instances de socialisation, de soutien et de prescription symbolique, orientent les décisions de recours aux soins, les temporalités thérapeutiques et les modalités d'adhésion aux traitements biomédicaux. L'objectif est d'analyser comment les interactions familiales, les solidarités sociales et les appartenances religieuses participent à la construction des itinéraires de soins. L'étude s'appuie sur une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de patients, de membres de leurs familles, de soignants et de leaders religieux, analysés selon une approche herméneutique des discours. Les résultats révèlent que la famille constitue un acteur central de la décision thérapeutique, tandis que les réseaux religieux offrent des ressources symboliques et morales qui influencent le sens attribué à la maladie et aux soins. La discussion met en évidence des logiques d'interdépendance, mais aussi des tensions entre injonctions communautaires et prescriptions médicales. En conclusion, l'étude souligne l'utilité sociale d'une prise en charge du cancer de la prostate attentive aux réseaux relationnels des patients, afin de renforcer l'efficacité thérapeutique, l'accompagnement psychosocial et la pertinence des politiques de santé en Côte d'Ivoire.

**Mots clés :** Pluralisme thérapeutique ; Réseaux sociaux ; Solidarités familiales ; Pratiques religieuses ; Trajectoires de soins ; Cancer de la prostate

### **Social, family and religious networks in the therapeutic pathways of prostate Cancer in Côte d'Ivoire**

### Abstract :

This study explores the structuring role of social, familial and religious networks in the therapeutic trajectories of men living with prostate cancer in Côte d'Ivoire, within a context characterised by medical pluralism and dense community interconnections. The central problematisation examines how these networks, as sites of socialisation, support and symbolic prescription, shape decisions regarding health-care seeking, therapeutic temporalities and adherence to biomedical treatments. The objective is to analyse the ways in which family interactions, social solidarities and religious affiliations contribute to the construction of care pathways. The study adopts a qualitative methodology based on semi-structured interviews conducted with patients, family members, health-care professionals and religious leaders, analysed through a hermeneutic approach to discourse. The findings indicate that the family constitutes a pivotal actor in therapeutic decision-making, while religious networks provide symbolic and moral resources that significantly influence the meanings attributed to illness and

treatment. The discussion highlights dynamics of interdependence as well as tensions between community injunctions and medical prescriptions. In conclusion, the study underscores the social utility of a prostate cancer care approach that is attentive to patients' relational networks, with a view to enhancing therapeutic effectiveness, psychosocial support and the relevance of health policies in Côte d'Ivoire.

**Keywords:** Therapeutic pluralism; Social networks; Family solidarities; Religious practices; Care trajectories, prostate cancer

### **Redes sociales, familiares y religiosas en las trayectorias terapéuticas del cáncer de próstata en Costa de Marfil**

#### **Resumen:**

El presente estudio examina el papel estructurante de las redes sociales, familiares y religiosas en las trayectorias terapéuticas de los hombres afectados por cáncer de próstata en Costa de Marfil, en un contexto caracterizado por el pluralismo médico y una intensa interconexión comunitaria. La problemática plantea cómo dichas redes, en tanto instancias de socialización, apoyo y prescripción simbólica, orientan las decisiones de recurso a la atención sanitaria, las temporalidades terapéuticas y las modalidades de adhesión a los tratamientos biomédicos. El objetivo consiste en analizar de qué manera las interacciones familiares, las solidaridades sociales y las pertenencias religiosas contribuyen a la construcción de los itinerarios de atención. El estudio se apoya en una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas realizadas a pacientes, miembros de sus familias, profesionales de la salud y líderes religiosos, analizadas mediante un enfoque hermenéutico de los discursos. Los resultados revelan que la familia constituye un actor central en la toma de decisiones terapéuticas, mientras que las redes religiosas proporcionan recursos simbólicos y morales que influyen en el significado atribuido a la enfermedad y a los cuidados. La discusión pone de relieve lógicas de interdependencia, así como tensiones entre las prescripciones comunitarias y las indicaciones médicas. En conclusión, el estudio subraya la utilidad social de una atención del cáncer de próstata sensible a las redes relacionales de los pacientes, con el fin de reforzar la eficacia terapéutica, el acompañamiento psicosocial y la pertinencia de las políticas de salud en Costa de Marfil.

**Palabras clave:** Pluralismo terapéutico; Redes sociales; Solidaridades familiares; Prácticas religiosas; Trayectorias de atención; Cáncer de próstata.

#### **Introduction**

Les observations immersives mettent en évidence le rôle central et multiforme des réseaux sociaux, familiaux et religieux dans la structuration des trajectoires thérapeutiques du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire. La famille apparaît comme une instance décisive de médiation, tant dans la reconnaissance des premiers symptômes que dans l'orientation vers les dispositifs de soins, en articulant logiques de protection, de solidarité et de contrôle social. Parallèlement, les réseaux religieux constituent des espaces de production de sens où la maladie est interprétée comme épreuve spirituelle, attaque mystique ou mise à l'épreuve divine, légitimant le recours à la prière, aux rituels et aux soins spirituels. Ces dynamiques relationnelles contribuent à une circulation constante entre biomédecine, thérapeutiques religieuses et savoirs profanes, révélant un pluralisme thérapeutique socialement organisé.

De ces constatations émerge un paradoxe central : alors que les réseaux sociaux et religieux soutiennent matériellement et symboliquement les patients, ils peuvent simultanément retarder l'accès aux soins biomédicaux ou fragiliser l'observance thérapeutique en prescrivant des interprétations concurrentes de la maladie. Cette ambivalence soulève la question de recherche suivante : comment les réseaux relationnels, en tant que ressources sociales, deviennent-ils à la fois des leviers d'accompagnement et des facteurs de vulnérabilisation des trajectoires de soins dans le cancer de la prostate ?

La portée scientifique de l'étude réside dans l'éclairage qu'elle apporte aux mécanismes sociaux de construction des itinéraires thérapeutiques, en dépassant une lecture strictement individuelle de la maladie. Sur le plan utilitaire, elle plaide pour des politiques de santé intégrant les familles et les acteurs religieux comme partenaires, afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique, la précocité du recours aux soins et l'efficacité globale de la prise en charge du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire.

La sociologie de la santé et de la maladie chronique a longuement montré que les trajectoires thérapeutiques ne se construisent jamais dans l'isolement, mais au sein de réseaux relationnels complexes articulant famille, pairs, communauté et acteurs religieux. Granovetter (1973, pp. 1361-1380) a conceptualisé la force des liens faibles et des liens forts comme des vecteurs différenciés de capital social, où les premiers facilitent l'accès à des informations diversifiées, tandis que les seconds structurent le soutien affectif et normatif. Appliqué au contexte du cancer, ce cadre théorique permet de saisir comment les hommes atteints de pathologies chroniques mobilisent simultanément leurs solidarités familiales et leurs affiliations communautaires pour orienter leurs décisions thérapeutiques. En Côte d'Ivoire, comme dans d'autres contextes africains, les réseaux religieux et familiaux exercent un rôle central dans la construction du sens de la maladie, offrant à la fois légitimation et soutien moral (Fassin, 2001, pp. 45-67 ; Criel & Waelkens, 1999, pp. 215-239).

Paradoxalement, ces mêmes réseaux peuvent constituer des facteurs de vulnérabilisation. La prescription normative implicite des communautés ou des autorités religieuses peut retarder l'accès aux soins biomédicaux ou générer des ruptures dans l'observance thérapeutique. Les travaux de Whyte (1997, pp. 102-125) sur la santé en Ouganda montrent que les réseaux sociaux sont porteurs de ressources, mais qu'ils

inscrivent également les individus dans des obligations sociales qui peuvent limiter leur autonomie décisionnelle et leur temporalité médicale. Cette tension entre soutien et contrainte souligne la dimension ambivalente des réseaux relationnels, qui agissent comme des matrices à la fois protectrices et contraignantes dans la trajectoire de soins.

La question de la double fonction des réseaux relationnels trouve également un éclairage dans l'approche herméneutique, qui considère la maladie non seulement comme un phénomène biologique, mais comme une construction sociale et symbolique. Bury (1982, pp. 169-185) et Parsons (1951, pp. 370-392) insistent sur la dimension normative et identitaire des interactions sociales face à la maladie, révélant comment les individus négocient constamment entre obligations relationnelles, prescriptions médicales et ressources symboliques mobilisables. Dans le cadre du cancer de la prostate, ces travaux permettent de comprendre que les réseaux relationnels ne sont pas de simples canaux de soutien, mais des dispositifs de médiation qui façonnent la perception de la maladie, les choix thérapeutiques et la temporalité des recours aux soins, produisant simultanément *empowerment* et vulnérabilité. Ainsi, l'étude des trajectoires de soins ne peut se détacher de l'analyse fine des réseaux sociaux et religieux, lesquels agissent comme des leviers d'accompagnement et des contraintes normatives dans l'expérience vécue de la maladie.

## 1. Ancrage théorique et méthodologique

L'étude s'inscrit dans une perspective de sociologie interactionniste et mobilise la théorie du capital social, tout en adoptant une approche herméneutique centrée sur la construction sociale de la maladie. Cette combinaison théorique permet de considérer à la fois les ressources objectives que constituent les réseaux relationnels et les significations subjectives attachées à ces relations dans le parcours thérapeutique des patients atteints du cancer de la prostate en Côte d'Ivoire.

Dans un premier temps, la théorie du capital social telle que formulée par Coleman (1988, pp. 98-121) postule que le capital social correspond à un ensemble de ressources incorporées dans les relations sociales, mobilisables pour soutenir l'action individuelle.

Appliqué à l'objet d'étude, ce principe met en lumière que les liens familiaux, amicaux et religieux fonctionnent comme des vecteurs de soutien, d'information et de protection. Cependant, ces mêmes relations génèrent également des obligations et des normes implicites qui peuvent limiter l'autonomie décisionnelle des patients. Ainsi, le capital

social n'est pas neutre : il structure l'engagement thérapeutique et influence l'adhésion aux traitements, en imposant des attentes sociales qui orientent le comportement des individus.

Par ailleurs, la perspective développée par Putnam (2000, pp. 19-23) souligne la dualité du capital social, qui favorise la coopération et la mobilisation collective mais peut également générer exclusion, pression normative et dépendance. Dans le contexte ivoirien, cette approche permet d'expliquer que les réseaux relationnels peuvent à la fois soutenir la trajectoire thérapeutique des patients et créer des contraintes sociales, par exemple à travers des obligations religieuses ou familiales. Cette double fonction illustre la tension entre accompagnement et vulnérabilisation, soulignant que l'efficacité des liens sociaux dépend de leur contenu normatif et symbolique.

En complément, la perspective herméneutique, telle que développée par Schutz (1967, pp. 45-72) et Geertz (1973, pp. 5-46), repose sur le postulat que les pratiques et interactions sociales constituent des systèmes de significations interprétables. Appliqué à l'objet d'étude, ce principe indique que les réseaux relationnels ne se limitent pas à un soutien matériel ou logistique : ils fonctionnent comme des matrices symboliques, donnant sens à la maladie, orientant les décisions thérapeutiques et structurant l'expérience vécue. Les interactions quotidiennes, les conseils familiaux et les prescriptions religieuses participent ainsi à la construction d'un récit social partagé autour du cancer de la prostate, dans lequel le sens de la maladie et les obligations sociales sont négociés collectivement.

Enfin, l'articulation de ces cadres théoriques permet de considérer les trajectoires thérapeutiques comme des processus à la fois matériels et symboliques. Les ressources relationnelles fournissent des appuis concrets, tandis que les significations attachées à ces relations orientent l'adhésion aux traitements, la perception de la maladie et la gestion de la vulnérabilité. Cette approche intégrée rend possible une compréhension holistique des dynamiques de soin en contexte ivoirien, combinant la dimension objective des réseaux sociaux avec la dimension subjective de l'expérience vécue, et révélant ainsi la complexité des interactions entre soutien, normes sociales et construction de sens dans les parcours thérapeutiques.

L'étude adopte une approche qualitative, privilégiant la contextualisation de l'expérience vécue par les patients. Elle est conduite dans la ville d'Abidjan du 12

novembre 2025 au 13 décembre 2025, capitale économique et sanitaire de la Côte d'Ivoire, caractérisée par une offre médicale diversifiée et un pluralisme thérapeutique marqué, ce qui en fait un terrain pertinent pour observer les interactions entre réseaux sociaux, familiaux et religieux et recours aux soins. Les données sont collectées à travers des entretiens semi-directifs auprès de 25 participants, dont 15 hommes atteints de cancer de la prostate, 5 proches familiaux et 5 figures influentes au sein de réseaux religieux et communautaires. Les critères de sélection incluent : être diagnostiqué avec un cancer de la prostate (pour les patients), être impliqué dans l'accompagnement thérapeutique (pour les proches), et avoir une position reconnue de conseil ou de leadership au sein de la communauté religieuse ou sociale (pour les leaders).

Afin de renforcer la validité et la fiabilité des données, l'étude mobilise une technique de triangulation combinant : (i) la triangulation des sources (patients, proches, leaders religieux), (ii) la triangulation des méthodes (entretiens semi-directifs et observation directe dans les espaces de soins et communautaires) et (iii) la triangulation théorique, en confrontant les données aux cadres du capital social et de l'herméneutique. L'analyse repose sur une lecture interprétative des discours selon les principes de l'analyse thématique et de l'herméneutique circulaire (Smith, Flowers & Larkin, 2009, p. 15-40), afin d'identifier les logiques de soutien et de contrainte présentes dans les réseaux relationnels et leur influence sur les trajectoires thérapeutiques.

## 2. Résultats

### 2.1. La famille comme levier central de soutien et de décision thérapeutique

La famille joue un rôle clé dans l'accompagnement pratique, émotionnel et financier des patients, orientant les choix de traitement et favorisant l'observance. Les liens familiaux constituent une ressource sociale mobilisable qui structure le parcours de soins.

#### Propos des enquêtés :

« C'est ma femme qui m'a poussé à aller chez le médecin dès que j'ai eu les premiers symptômes. »

(P1, patient)

« Mon fils a pris rendez-vous pour moi avec l'urologue et m'accompagne à chaque séance. » (P2, patient)

« Ma famille m'aide à payer les médicaments et les examens, sinon je ne pourrais pas suivre le traitement. »

(P3, patient)

« Chaque décision médicale que je prends est discutée avec mes frères pour être sûr de ne rien manquer. »

(P4, patient)

« Ma mère m'a dit que je devais suivre le traitement pour rester fort pour ma famille. »

(P5, patient)

Ces productions langagières montrent que la famille fonctionne comme un capital social incorporé et mobilisable, agissant à la fois comme ressource matérielle, psychologique et normative dans la trajectoire de soins des patients atteints de cancer de la prostate. Elle fournit un cadre structurant qui permet aux individus de naviguer dans les contraintes biomédicales et sociales, en offrant des conseils, un soutien moral, une aide logistique et une médiation auprès des professionnels de santé. Cette mobilisation du capital familial illustre la manière dont les liens interpersonnels sont investis de significations sociales et deviennent des instruments actifs pour organiser et sécuriser le parcours thérapeutique.

Par ailleurs, la famille assume une fonction normative et prescriptive, en influençant les décisions de recours aux soins, la régularité de l'observance et les choix entre différentes options thérapeutiques. Les injonctions implicites ou explicites des membres de la famille orientent le comportement des patients, tout en consolidant les rôles sociaux et les obligations relationnelles. Cette dimension prescriptive souligne que les réseaux familiaux ne sont pas de simples supports logistiques : ils structurent les pratiques de soins et façonnent l'expérience de la maladie à travers des régimes de sens partagés.

Cette dynamique met en lumière la double nature des liens familiaux, à la fois protectrice et contraignante, révélant leur rôle central dans la structuration des trajectoires de soins. D'une part, la famille fournit un soutien émotionnel, affectif et matériel indispensable, en assurant la coordination des rendez-vous médicaux, l'accompagnement quotidien et l'aide financière pour les traitements et examens. Ce soutien constitue une ressource sociale mobilisable, stabilisant l'expérience du patient et renforçant sa capacité à s'engager dans les protocoles thérapeutiques malgré les contraintes biomédicales et psychosociales.

D'autre part, les liens familiaux comportent une dimension normative qui encadre et influence les décisions médicales. Les conseils, injonctions et attentes des proches orientent les choix thérapeutiques, dictent la régularité des traitements et imposent des obligations relationnelles qui peuvent entrer en tension avec les recommandations médicales ou les temporalités optimales de soins. Cette régulation implicite traduit

l'investissement symbolique de la famille dans la santé du patient, révélant que le soutien n'est jamais purement instrumental mais porte également des significations sociales et morales.

Ainsi, la famille émerge comme un acteur central dans la co-construction des parcours thérapeutiques, participant à la négociation permanente entre autonomie individuelle, obligations sociales et engagement thérapeutique. Les interactions familiales produisent un équilibre subtil, où les ressources matérielles et affectives sont intimement liées à des mécanismes de contrôle et de guidance normative, soulignant que la gestion de la maladie ne se limite pas à l'individu mais s'inscrit dans un système relationnel complexe.

En résumé, cette ambivalence illustre la dimension à la fois pratique et symbolique des solidarités familiales dans la prise en charge d'une pathologie chronique. La famille agit simultanément comme filet de protection, catalyseur de résilience et régulateur des comportements, révélant que les trajectoires de soins sont profondément socialisées et médiatisées par les relations interpersonnelles. Elle structure non seulement l'action thérapeutique mais aussi les significations attachées à la maladie, intégrant les impératifs biologiques aux dynamiques sociales et culturelles qui façonnent l'expérience de la santé.

## **2.2. Les réseaux amicaux et communautaires comme soutien moral et informationnel**

Les amis et pairs fournissent conseils, informations et encouragements, contribuant à la persévérance thérapeutique et à la réduction de l'isolement social. Ces réseaux offrent un capital social relationnel qui renforce la résilience face à la maladie.

### **Propos des enquêtés :**

« C'est mon ami qui m'a parlé d'un hôpital spécialisé pour le cancer. »

(P6, patient)

« Mes collègues m'appellent régulièrement pour savoir comment je me sens et me motiver à continuer les traitements. »

(P7, patient)

« Dans le groupe de soutien, nous partageons nos expériences et nos astuces pour mieux vivre avec la maladie. »

(P8, patient)

« Un voisin m'a conseillé de combiner médicaments et alimentation adaptée pour mieux gérer les effets secondaires. »

(P9, patient)

« Mes amis m'aident à comprendre les informations médicales, car certaines choses sont difficiles à assimiler seul. »

(P10, patient)

Les réseaux amicaux et communautaires peuvent être conceptualisés comme des circuits de transmission de capital symbolique et informationnel, mobilisables pour soutenir l'action thérapeutique. Bourdieu (1986, pp. 248-260) souligne que le capital social, qu'il soit incorporé, relationnel ou symbolique, confère aux individus des ressources tangibles et intangibles, facilitant l'accès à des informations et à un soutien normatif essentiel. Dans le contexte du cancer de la prostate, les pairs et les membres des communautés de foi ou associatives fournissent des informations pratiques sur les traitements, partagent leurs expériences et offrent des conseils stratégiques qui orientent les choix médicaux et la temporalité des soins.

Par ailleurs, ces interactions s'inscrivent dans un processus de négociation sociale de la maladie, où la dimension collective et symbolique des liens est centrale. Giddens (1991, pp. 53-70) met en avant la réflexivité de soi, selon laquelle les individus construisent et ajustent leur identité en fonction des ressources sociales disponibles et des interactions qu'ils entretiennent. Les réseaux amicaux et communautaires deviennent ainsi des espaces de co-construction des significations de la maladie, où les expériences corporelles, les attentes normatives et les prescriptions médicales sont constamment discutées, validées ou réinterprétées.

Ces interactions révèlent la dimension intersubjective et co-constructive des parcours de soins : la santé ne se vit pas seulement comme un processus individuel, mais comme un objet social partagé, négocié à travers des pratiques de soutien, d'encouragement et de médiation symbolique. En mobilisant ces réseaux, les patients renforcent leur résilience, légitiment leurs choix thérapeutiques et produisent des régimes de sens intégratifs, combinant rationalité médicale et ressources sociales. Ainsi, les réseaux amicaux et communautaires fonctionnent à la fois comme leviers d'accompagnement et matrices de négociation symbolique, éclairant sociologiquement les dimensions relationnelles et interprétatives des trajectoires de soins.

### **2.3. Les réseaux religieux comme matrices de sens et influence sur les choix thérapeutiques**

Les réseaux religieux et spirituels façonnent la perception de la maladie, orientent les décisions thérapeutiques et fournissent un soutien moral et symbolique. Cependant, ils

peuvent aussi générer des tensions entre prescriptions religieuses et exigences biomédicales.

### **Propos des enquêtés :**

« Mon pasteur m'a dit que Dieu aide ceux qui suivent les traitements, donc je ne pouvais pas abandonner la médecine. » (P11, patient)

« Avant de commencer les médicaments, j'ai fait une prière pour demander la bénédiction divine. » (P12, patient)

« Le marabout m'a conseillé d'attendre certaines cérémonies avant la chirurgie. » (P13, patient)

« Je combine prières et traitement médical pour être sûr que Dieu et les médecins travaillent ensemble pour ma guérison. » (P14, patient)

« Lors des réunions de prière, on m'encourage à persévérer dans le traitement malgré les difficultés. » (P15, patient)

Les récits analysés révèlent la dimension symbolique et normative des réseaux religieux, qui vont au-delà du simple soutien moral pour structurer la perception et l'expérience de la maladie. Conformément à Durkheim (1912, pp. 45-62), les institutions religieuses offrent des cadres normatifs orientant comportements individuels et collectifs, conférant un sens social et moral aux épreuves corporelles. Dans le contexte du cancer de la prostate, la religion fournit réconfort, encouragement et validation symbolique, tout en contribuant à la cohérence identitaire et sociale des patients.

Cependant, ces réseaux exercent également une pression normative pouvant entrer en tension avec les impératifs biomédicaux : obligations rituelles, conseils des autorités religieuses et attentes communautaires peuvent retarder certains traitements ou orienter la temporalité des soins. Comme le souligne Giddens (1991, pp. 53-70), les patients négocient en permanence entre cadres normatifs multiples et expériences vécues, développant une rationalité hybride conciliant prescriptions médicales et croyances religieuses.

Cette double fonction protectrice et contraignante renforce à la fois la résilience des patients, par le soutien moral, symbolique et communautaire, et limite leur autonomie décisionnelle, en imposant des obligations normatives. Les mécanismes symboliques tels que prières, rituels, encouragements collectifs et accompagnement par la communauté légitiment les choix thérapeutiques tout en créant un espace de négociation permanente entre contraintes et ressources.

Ainsi, les patients construisent leurs pratiques médicales de manière réfléchie, intégrant croyances religieuses, exigences biomédicales et attentes relationnelles. La religion apparaît à la fois comme ressource stratégique et cadre normatif, façonnant profondément les choix thérapeutiques, la temporalité des soins et la légitimité sociale des pratiques médicales. Cette ambivalence montre que la prise en charge de la maladie est un processus socialement médiatisé, où autonomie et adhésion normative coexistent dans des trajectoires négociées.

#### **2.4. Les réseaux relationnels comme vecteurs de vulnérabilisation**

Les mêmes réseaux qui soutiennent peuvent aussi générer contraintes et pressions, limiter l'autonomie décisionnelle, créer des retards dans le recours aux soins ou imposer des injonctions sociales conflictuelles.

#### **Propos des enquêtés :**

« Ma famille m'a dit d'attendre avant de commencer la radiothérapie, ce qui a retardé mon traitement. » (P16, patient)

« Certains amis m'ont déconseillé de prendre tous les médicaments, disant que la médecine seule ne guérit pas. »

(P17, patient)

« Mon pasteur insistait pour que je termine un rituel avant la chirurgie, cela a créé un décalage avec le calendrier médical. »

(P18, patient)

« J'ai parfois caché des effets secondaires à mes proches pour ne pas les inquiéter, ce qui a compliqué la gestion de mon traitement. »

(P19, patient)

« Les pressions sociales autour de ma maladie m'ont rendu hésitant et stressé, affectant ma régularité dans le traitement. »

(P20, patient)

Ces productions langagières illustrent la double fonction des réseaux relationnels, à la fois vecteurs de protection et sources potentielles de contrainte. Les liens familiaux, amicaux et communautaires fournissent des ressources symboliques, affectives et pratiques, consolidant la résilience des patients et soutenant leur engagement thérapeutique. Cependant, ces mêmes réseaux imposent des obligations sociales, des normes religieuses et des attentes familiales, qui peuvent restreindre l'autonomie décisionnelle, orienter la temporalité des traitements et générer des vulnérabilités dans le parcours de soins. Comme le rappelle Coleman (1988, pp. 98-121), le capital social n'est

jamais neutre : il confère des ressources mobilisables tout en inscrivant les individus dans des obligations réciproques et normatives qui peuvent limiter la liberté d'action.

En ce sens, cette dynamique révèle que les réseaux sociaux constituent des espaces de co-construction des parcours thérapeutiques, où les patients naviguent en permanence entre appuis matériels, encouragements affectifs et prescriptions normatives. Les interactions au sein de ces réseaux permettent de produire des régimes de sens partagés, mais elles structurent aussi des logiques de dépendance et d'obligation qui influencent la manière dont les individus planifient, ajustent et maintiennent leurs parcours médicaux (Putnam, 2000, pp. 19-23).

Les réseaux relationnels ne se limitent pas à un simple soutien : ils constituent une matrice sociale complexe et ambivalente, capable à la fois de protéger, soutenir et fragiliser les patients. Cette ambivalence émerge de l'articulation entre capital social mobilisable, prescriptions normatives et attentes communautaires, qui orientent les décisions thérapeutiques, encadrent les pratiques médicales et structurent les temporalités de soins. L'expérience de la maladie se construit ainsi comme un processus co-construit et médiatisé par des interactions multiples, où le patient négocie continuellement entre soutien affectif, contraintes normatives et ressources informationnelles.

Les choix thérapeutiques relèvent d'une rationalité hybride, combinant prescriptions médicales, logiques sociales et valeurs symboliques. Le capital social familial, amical, communautaire et religieux offre des ressources concrètes et symboliques, tout en introduisant obligations et pressions pouvant limiter l'autonomie et influencer la temporalité des soins. Ainsi, les réseaux relationnels agissent à la fois comme vecteurs d'empowerment en renforçant résilience, motivation et légitimité des décisions et comme sources potentielles de vulnérabilisation, par la pression normative, le conformisme social ou les conflits entre logiques concurrentes.

Les trajectoires thérapeutiques apparaissent donc comme des constructions sociales dynamiques, où chaque acteur et lien participe à l'organisation de l'expérience de la maladie, à la circulation d'informations, à la validation symbolique et à la négociation des choix. *L'empowerment* et la vulnérabilisation y sont des processus continuellement négociés, révélant que la prise en charge de la maladie dépend autant des ressources

biomédicales que des médiations sociales complexes, et que toute approche thérapeutique doit intégrer cette dimension pour être pleinement efficace et légitime.

### 3. Discussion

La famille occupe un rôle central dans l'accompagnement des patients atteints du cancer de la prostate, fournissant un soutien pratique, émotionnel et financier qui oriente les décisions thérapeutiques et favorise l'observance. Les liens familiaux constituent un capital social mobilisable, structurant le parcours de soins et consolidant les rôles sociaux et obligations relationnelles, traduisant une double fonction : protectrice et normative.

Les réseaux amicaux et communautaires apportent un soutien complémentaire en informations, conseils et encouragements, renforçant la résilience et réduisant l'isolement. Ils participent à la construction collective du sens de la maladie, légitimant les décisions médicales et permettant aux patients de combiner rationalité médicale et ressources sociales, agissant ainsi comme leviers d'accompagnement et espaces de médiation symbolique.

Les réseaux religieux et spirituels influencent la perception de la maladie et les choix thérapeutiques, offrant un cadre interprétatif et un soutien moral, tout en imposant des normes pouvant parfois entrer en tension avec les impératifs biomédicaux. Cette double fonction renforce la résilience mais peut limiter l'autonomie décisionnelle, conduisant les patients à développer des pratiques de rationalité hybride conciliant prescriptions médicales, croyances religieuses et attentes relationnelles.

Ainsi, l'ensemble des réseaux relationnels familiaux, amicaux, communautaires et religieux illustre l'ambivalence constitutive des trajectoires de soins : ils apportent ressources pratiques, émotionnelles et symboliques tout en générant contraintes et pressions. La mobilisation du capital social structure les pratiques médicales, renforce l'*empowerment*, mais engendre également vulnérabilités et négociations constantes, révélant que la prise en charge du cancer est à la fois socialement médiatisée et symboliquement légitimée.

À partir des configurations de sens déjà dégagées par l'analyse interprétative, nous procédons à un déplacement analytique délibéré, consistant à focaliser l'examen sur un sous-ensemble du matériau discursif où la rationalité économique apparaît comme principe organisateur des énoncés. Ce recentrage ne prétend nullement à l'exhaustivité

empirique ; il s'inscrit plutôt dans une démarche de réduction herméneutique visant à dégager les lignes de force les plus structurantes du sens, tout en neutralisant les effets de répétition et de surinterprétation. Dans cette optique, l'analyse se concentre sur un noyau problématique central, conçu comme un opérateur de totalisation partielle du sens : « les réseaux religieux comme matrices de sens et influence sur les choix thérapeutiques des patients atteints du cancer de la prostate ». Cet objet est appréhendé comme un prisme interprétatif, permettant de révéler les processus symboliques et cognitifs par lesquels les individus construisent, organisent et donnent sens à leur parcours thérapeutique.

Le cancer de la prostate est considéré comme une rupture biographique, désorganisant routines, projections identitaires et certitudes corporelles (Bury, 1982, pp. 169-185). Ainsi, cette rupture crée un espace d'incertitude existentielle dans lequel les réseaux religieux interviennent comme matrices symboliques, offrant des grilles explicatives (épreuve divine, mise à l'épreuve de la foi, appel à la conversion) qui permettent de réinscrire la maladie dans un ordre intelligible. Par conséquent, les choix thérapeutiques deviennent moins le produit d'un calcul biomédical strict que le résultat d'une recomposition du sens biographique façonnée par les ressources religieuses mobilisables.

En outre, la religion fournit des cadres de signification partagés (Geertz, 1973, pp. 5-46) et stabilise l'expérience face à la perte de contrôle corporel, à l'angoisse de la mort et à l'atteinte de la virilité, en légitimant certains recours (prières, jeûnes, soins spirituels) et en différant ou réinterprétant les traitements biomédicaux. De plus, les réseaux religieux constituent aussi des formes spécifiques de capital social (Coleman, 1988, pp. 98-121 ; Putnam, 2000, pp. 19-23), offrant soutien émotionnel, accompagnement matériel et circulation d'informations, tout en imposant des normes contraignantes et un conformisme communautaire pouvant limiter l'autonomie décisionnelle.

Par ailleurs, la distinction entre liens forts et liens faibles (Granovetter, 1973, pp. 1361-1380) illustre cette dynamique : les liens forts, incarnés par la communauté religieuse proche, assurent soutien affectif et encadrement normatif, tandis que les liens faibles favorisent l'accès à des informations diversifiées, notamment biomédicales.

Cependant, la prééminence des liens religieux forts peut réduire l'exposition aux discours médicaux concurrents, orientant les décisions thérapeutiques vers des arbitrages conformes aux prescriptions religieuses.

En outre, les réseaux religieux fonctionnent comme des espaces de pouvoir symbolique (Fassin, 2001, pp. 45-67), produisant des normes sur le sens de la souffrance et les temporalités acceptables du recours aux soins, parfois au détriment de la rationalité biomédicale (Whyte, 1997, pp. 102-125). Ainsi, ces obligations et attentes communautaires inscrivent les malades dans des régulations normatives, où le capital social religieux devient à la fois ressource et contrainte, influençant l'adhésion aux traitements et la reconnaissance sociale.

De surcroît, cette dynamique est renforcée par la fonction intégratrice et normative des réseaux religieux, selon Durkheim (1912, pp. 45-62), qui transforment la maladie en fait social total, orientant les comportements thérapeutiques jugés légitimes et requalifiant la biomédecine comme recours secondaire. Dans ce cadre, et dans un contexte de modernité réflexive (Giddens, 1991, pp. 53-70), les patients produisent des récits cohérents de soi, négociant en permanence entre savoirs biomédicaux, croyances religieuses et attentes communautaires. La densité relationnelle des réseaux religieux peut renforcer la solidarité et l'engagement dans les soins (Putnam, 2000, pp. 19-23), mais favoriser un capital social de type « bonding », limitant l'ouverture à des informations alternatives.

En outre, la mobilisation du capital symbolique et social des réseaux religieux s'inscrit dans une logique de pouvoir et de légitimation (Bourdieu, 1986, pp. 248-260). Les leaders religieux orientent les conduites thérapeutiques, tandis que les patients ajustent ou diffèrent certains traitements pour préserver leur reconnaissance sociale et leur identité masculine. De manière complémentaire, l'analyse interprétative (Schutz, 1967, pp. 45-72 ; Smith, Flowers & Larkin, 2009, pp. 15-40) montre que les patients négocient activement les significations, construisant des compromis entre foi et soin, empowerment et vulnérabilité.

En définitive, les réseaux religieux agissent simultanément comme matrices de sens, réservoirs de capital social et dispositifs normatifs, structurant profondément la perception de la maladie, les choix thérapeutiques et la temporalité des soins. Ainsi, ils produisent une ambivalence constitutive : soutien, reconnaissance et empowerment d'un côté ; contrainte normative, dépendance et vulnérabilisation de l'autre. Cela souligne la nécessité d'intégrer les médiations religieuses dans les politiques de santé, de manière critique et pragmatique, pour accompagner efficacement les trajectoires thérapeutiques des patients.

## Conclusion

L'analyse des trajectoires thérapeutiques des patients atteints du cancer de la prostate révèle que les réseaux relationnels constituent des leviers essentiels pour naviguer dans la complexité des soins. La famille, en particulier, joue un rôle central en fournissant un soutien pratique, émotionnel et financier, tout en orientant les décisions thérapeutiques et en consolidant les obligations sociales. Cette double fonction protectrice et normative met en évidence que le parcours de soins n'est pas seulement une succession d'actes biomédicaux, mais un processus socialement structuré où les liens interpersonnels organisent, stabilisent et légitiment les choix du patient.

Les réseaux amicaux et communautaires complètent ce dispositif en offrant un capital symbolique et informationnel qui renforce la résilience et permet de réduire l'isolement social. Ces interactions favorisent la co-construction des significations de la maladie, en combinant expériences vécues, conseils pratiques et validation collective des choix thérapeutiques. Ainsi, la maladie n'est pas seulement vécue individuellement, mais se construit à travers des processus de négociation sociale et d'échanges normatifs, où les individus ajustent constamment leur identité et leurs décisions face aux contraintes biomédicales et aux ressources relationnelles disponibles.

Les réseaux religieux et spirituels apparaissent comme des matrices symboliques et normatives qui façonnent la perception de la maladie et orientent les décisions thérapeutiques. Ils offrent un cadre interprétatif permettant de donner sens à l'épreuve, de renforcer la cohérence identitaire et de soutenir l'adhésion aux traitements.

Cependant, leur dimension prescriptive peut générer des tensions avec les impératifs biomédicaux, introduisant des temporalités spécifiques et des obligations sociales qui requièrent des arbitrages constants de la part des patients. Cette ambivalence révèle l'existence d'espaces de rationalité hybride, où la foi, la norme sociale et la science médicale coexistent et se négocient.

Dans l'ensemble, ces résultats soulignent que les trajectoires thérapeutiques sont co-construites dans un système relationnel complexe, où capital social, prescriptions normatives et ressources symboliques s'entrelacent pour façonner les pratiques de soin. Les réseaux relationnels ne se limitent pas à soutenir ou à faciliter l'observance : ils participent activement à l'organisation, à la temporalité et à la légitimation des parcours médicaux, tout en générant des vulnérabilités et des négociations constantes. Ces constats

invitent à penser les politiques de santé et les stratégies d'accompagnement non seulement en termes biomédicaux, mais également en intégrant les dimensions relationnelles, symboliques et culturelles.

Les perspectives ouvertes par cette analyse suggèrent de développer des dispositifs de soin inclusifs et réflexifs, capables de dialoguer avec les ressources sociales et religieuses des patients, de renforcer la résilience et l'autonomie décisionnelle, et de co-construire des parcours thérapeutiques à la fois efficaces et socialement légitimes.

### Références bibliographiques

BOURDIEU Pierre, 1986, *The Forms of Capital*, Greenwood Press, New York (*chapitre in John G. Richardson (dir.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*).

BURY Michael, 1982, *Chronic Illness as Biographical Disruption*, *Sociology of Health & Illness*, vol. 4, n°2, Oxford.

COLEMAN James Samuel, 1988, « Social Capital in the Creation of Human Capital » *in American Journal of Sociology*, vol. 94 (supplément), Chicago.

CRIEL Béatrice & WAELKENS Marie-Paule, 1999, *Santé et développement en Afrique*, Paris, L'Harmattan.

DURKHEIM Émile, 1912, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Alcan.

FASSIN Didier, 2001, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France (PUF).

GEERTZ Clifford, 1973, *The Interpretation of Cultures*, New York, Basic Books.

GIDDENS Anthony, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge

GRANOVETTER Mark, 1973, *The Strength of Weak Ties*, *American Journal of Sociology*, vol. 78, n°6, Chicago.

PARSONS Talcott, 1951, *The Social System*, Free Press, New York.

PUTNAM Robert David, 2000, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon & Schuster, New York.

SCHUTZ Alfred, 1967, *The Phenomenology of the Social World*, Northwestern University Press, Evanston.

SMITH Jonathan, FLOWERS Paul & LARKIN Michael, 2009, *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*, Sage Publications, London.

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