



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (1)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 14 May 2025

Accepted, 25 March 2026

Published, 1 April 2026

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Ouattara, Annette Y.L. (2026). Trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo : entre action raisonnée, capital thérapeutique et pluralisme médical. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 8(1), pp.265-285. <https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.18>

## Research

### **Trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo : entre action raisonnée, capital thérapeutique et pluralisme médical**

*Therapeutic pathways of elderly diabetic patients in Korhogo: Between reasoned action,  
therapeutic capital, and medical pluralism*

**Lhaur-Yaigaiba Annette OUATTARA**

UFR : Sciences de Gestion et l'Environnement, Université Nangui ABROGOUA/Centre Suisse de  
Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire

**Correspondance** : email : [annetteouattara@yahoo.fr](mailto:annetteouattara@yahoo.fr) ;

## Résumé

Cette étude examine les trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo, en Côte d'Ivoire, en mobilisant une approche méthodologique combinant des enquêtes quantitatives (60 questionnaires) et des entretiens qualitatifs (30 entretiens semi-directifs). Les résultats révèlent des parcours complexes, façonnés par les représentations sociales de la maladie, les contraintes économiques, les affiliations symboliques et la coexistence entre la médecine biomédicale et les pratiques traditionnelles. En mobilisant la théorie de l'action raisonnée et le concept de capital thérapeutique, l'analyse montre que les décisions de soins ne relèvent pas uniquement de l'accessibilité ou du coût, mais d'une rationalité sociale située. Les patients alternent entre la médecine moderne et les soins traditionnels en fonction de la chronicité, de la légitimité culturelle et de la qualité relationnelle des soins. Si la biomédecine est souvent associée à la rigueur technique, les pratiques endogènes sont perçues comme plus accessibles, culturellement légitimes et porteuses d'une proximité humaine. Cette hybridation thérapeutique témoigne de stratégies d'adaptation face au vieillissement et aux inégalités structurelles. L'étude plaide pour une intégration culturellement sensible des deux systèmes, fondée sur l'éducation thérapeutique, la collaboration entre praticiens et des politiques publiques reconnaissant les savoirs traditionnels. Elle appelle à des modèles de santé inclusifs, durables et centrés sur les réalités sociales du vieillissement.

**Mots-clés** : diabète, itinéraire thérapeutique, vieillissement, médecine traditionnelle, pluralisme médical

## Abstract

This study examines the therapeutic pathways of elderly diabetic patients in Korhogo, Côte d'Ivoire, using a methods approach that combines quantitative surveys (60 structured questionnaires) and qualitative data (30 semi-structured interviews). The findings reveal complex trajectories shaped by social representations of illness, economic constraints, symbolic affiliations, and the coexistence of biomedical and traditional healing practices. Drawing on the

theory of reasoned action and the concept of therapeutic capital, the analysis shows that care decisions are not solely based on accessibility or cost, but stem from a socially situated rationality. Patients alternate between modern medicine and traditional care depending on chronicity, cultural legitimacy, and the relational quality of care. While biomedicine is often associated with technical rigor, endogenous practices are perceived as more accessible, culturally legitimate, and imbued with human proximity. This therapeutic hybridity reflects adaptive strategies in response to aging and structural inequalities. The study advocates for a culturally sensitive integration of both systems, based on therapeutic education, practitioner collaboration, and public policies that acknowledge traditional knowledge. It calls for inclusive, sustainable health models centered on the social realities of aging.

**Keywords:** diabetes, therapeutic pathway, aging, traditional medicine, medical pluralism

## Introduction

Le diabète constitue aujourd'hui l'une des principales maladies chroniques non transmissibles à l'échelle mondiale. Selon la Fédération Internationale du Diabète, environ 537 millions d'adultes vivaient avec le diabète en 2021, et ce nombre pourrait atteindre 783 millions d'ici 2045 si les tendances actuelles se maintiennent (International Diabetes Federation, 2021). Cette pathologie, caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de production ou d'utilisation de l'insuline, est associée à de nombreuses complications graves, notamment cardiovasculaires, neurologiques et rénales (World Health Organization, 2016). Les analyses de Zheng, Ley et Hu (2018) montrent que la progression mondiale du diabète est fortement associée à plusieurs facteurs de risque, notamment l'obésité, l'inactivité physique et les transformations des habitudes alimentaires liées aux changements des modes de vie.

Sur le continent africain, la progression du diabète s'inscrit dans un contexte de transition épidémiologique marqué par l'augmentation des maladies non transmissibles. Les estimations de la Fédération Internationale du Diabète indiquent qu'environ 24 millions de personnes vivaient avec le diabète en Afrique en 2021, et que ce nombre pourrait atteindre 55 millions d'ici 2045 (International Diabetes Federation, 2021). Dans une analyse portant sur les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne, Atun et al. (2017) soulignent que l'augmentation rapide des maladies chroniques, dont le diabète, constitue un défi majeur pour des systèmes de santé historiquement orientés vers la lutte contre les maladies infectieuses. De même, Pastakia et al. (2017) mettent en évidence les difficultés rencontrées par les systèmes de santé africains pour assurer une prise en charge efficace des maladies chroniques nécessitant un suivi thérapeutique à long terme.

Cette évolution épidémiologique concerne également l'Afrique de l'Ouest et plus particulièrement la Côte d'Ivoire. Selon la Fédération Internationale du Diabète, la prévalence du diabète chez les adultes âgés de 20 à 79 ans est estimée à environ 4,9 %, soit plus de 529 000 personnes vivant avec cette pathologie dans le pays (International Diabetes Federation, 2021). Les profils nationaux des maladies non transmissibles publiés par l'Organisation mondiale de la Santé indiquent également une prévalence d'environ 5 % chez les adultes en Côte d'Ivoire (World Health Organization, 2022). Dans le contexte ivoirien, l'étude menée par Oga et al. (2010) sur des patients suivis dans des structures de soins montre que le contrôle glycémique des patients diabétiques est influencé par plusieurs facteurs liés à l'organisation du suivi thérapeutique et aux conditions de prise en charge. Parallèlement à ces travaux portant sur les dimensions biomédicales du diabète, certains chercheurs ont analysé les comportements de recours aux soins des patients dans les contextes africains. Les analyses développées par Kleinman (1980) montrent que les parcours thérapeutiques des patients s'inscrivent dans

différents secteurs de soins : biomédical, populaire et traditionnel qui structurent les pratiques de prise en charge de la maladie. Dans la même perspective, Whyte, Van der Geest et Hardon (2002) mettent en évidence la manière dont les patients combinent différentes ressources thérapeutiques dans la gestion des maladies chroniques. Par ailleurs, l'étude qualitative menée par Awah, Unwin et Phillimore (2008) sur la gestion du diabète en Afrique montre également que les patients recourent souvent à plusieurs formes de soins, notamment les structures biomédicales, les pratiques thérapeutiques traditionnelles et certaines formes de prise en charge religieuse.

Dans les régions septentrionales de la Côte d'Ivoire, notamment à Korhogo, ces différentes formes de recours aux soins s'inscrivent dans un contexte sanitaire caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques. Dans de nombreux contextes africains, cette coexistence entre médecine biomédicale et médecine traditionnelle est analysée comme une situation de pluralisme médical, dans laquelle les patients naviguent entre différentes options thérapeutiques disponibles dans leur environnement social et sanitaire (Van der Geest, 1997 ; Kleinman, 1980). Dans cette perspective, la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète ne se limite pas à l'application d'un traitement médical, mais s'inscrit dans une trajectoire thérapeutique, c'est-à-dire dans un processus social impliquant les patients, leurs proches et les différents acteurs du système de soins (Strauss et al., 1985).

Les personnes âgées constituent dans ce cadre un groupe particulièrement exposé aux complications liées au diabète. Les recommandations de Kirkman et al. (2012) montrent que le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du risque de complications cardiovasculaires, neurologiques et métaboliques chez les patients diabétiques. Par ailleurs, certaines analyses soulignent que les conditions sociales et économiques peuvent influencer la gestion du diabète chez les personnes âgées, notamment en raison des contraintes liées à l'accès aux soins et à la continuité du suivi thérapeutique (World Health Organization, 2015). Dans ce contexte marqué par l'augmentation du diabète et par la coexistence de plusieurs systèmes de soins, la compréhension des trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques apparaît comme un enjeu scientifique important. Si les travaux biomédicaux ont largement documenté les mécanismes physiopathologiques et les complications du diabète, les logiques sociales qui orientent les parcours de soins des patients dans les contextes africains demeurent encore insuffisamment analysées. La question se pose dès lors de savoir comment les personnes âgées diabétiques construisent leurs trajectoires thérapeutiques dans un environnement sanitaire caractérisé par la coexistence de plusieurs systèmes de soins et par des contraintes sociales et économiques spécifiques.

Dès lors, la compréhension des trajectoires thérapeutiques ne peut se limiter à une approche biomédicale, mais nécessite une lecture sociologique intégrant les logiques d'action, les contraintes structurelles et les systèmes de représentation. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude. Elle vise à analyser les trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo, en mettant en évidence les facteurs sociaux, économiques et culturels susceptibles d'influencer leurs choix de recours aux soins.

## **2. Matériaux et Méthodes**

### **2.1. Cadre théorique : Théorie de l'action raisonnée**

Développée par Ajzen et Fishbein (1980), la théorie de l'action raisonnée postule que les comportements humains sont conditionnés par les intentions individuelles, elles-mêmes

déterminées par les croyances et les normes sociales. Dans le cadre des choix thérapeutiques, cette théorie permet d'expliquer pourquoi certains patients privilégient la médecine traditionnelle malgré la disponibilité des soins modernes. L'application de cette théorie à l'étude des itinéraires thérapeutiques des patients diabétiques âgés à Korhogo met en évidence l'impact des normes sociales et des croyances sur leurs décisions médicales. En effet, les représentations du diabète comme une maladie d'origine mystique ou héréditaire influencent fortement les comportements de recours aux soins. Par ailleurs, les normes culturelles valorisant l'expérience des guérisseurs traditionnels renforcent l'adhésion aux pratiques de médecine alternative, souvent perçues comme plus accessibles et mieux adaptées aux réalités locales (Olivier de Sardan, 1999). Dans cette perspective, il devient essentiel de comprendre comment ces croyances façonnent l'itinéraire thérapeutique des patients diabétiques et de réfléchir à des approches intégrées associant la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour améliorer la prise en charge du diabète dans les communautés locales.

## **2.2. Cadre méthodologique**

### **2.2.1. Démarche générale**

Cette recherche adopte une approche méthodologique mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. L'intégration de ces deux approches vise à articuler l'analyse statistique des pratiques de recours aux soins avec une compréhension approfondie des logiques sociales qui structurent les trajectoires thérapeutiques des patients. Cette démarche s'inscrit dans la perspective des recherches mixtes en sciences sociales et en santé, qui permettent de croiser les données quantitatives et qualitatives afin de produire une analyse plus complète des phénomènes étudiés (Creswell & Plano Clark, 2018).

La composante quantitative vise à décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients diabétiques âgés et à identifier les tendances générales des comportements de recours aux soins.

La composante qualitative permet d'explorer plus finement les représentations sociales du diabète, les logiques de choix thérapeutiques et les contraintes sociales, économiques et culturelles susceptibles d'influencer les parcours thérapeutiques.

L'articulation de ces deux approches permet ainsi de combiner une lecture statistique des pratiques de soins avec une analyse compréhensive des expériences vécues par les patients.

### **2.2.2. Site de l'étude et justification du choix du terrain**

L'étude a été réalisée dans la ville de Korhogo, située dans la région du Poro au nord de la Côte d'Ivoire. Le choix de ce site se justifie à la fois par des considérations sanitaires et socioculturelles. Korhogo constitue l'un des principaux centres urbains du nord du pays et dispose d'une diversité d'infrastructures sanitaires comprenant l'hôpital régional, plusieurs centres de santé publics, des structures privées ainsi que des praticiens de médecine traditionnelle. Par ailleurs, cette région est majoritairement peuplée par des communautés sénoufo dont les pratiques sociales et thérapeutiques accordent une place importante aux savoirs médicaux endogènes et aux pratiques de médecine traditionnelle. Les travaux anthropologiques consacrés aux sociétés sénoufo montrent en effet que les systèmes de soins traditionnels occupent une place importante dans les représentations locales de la maladie et dans les pratiques thérapeutiques (Jamin, 1977 ; Lemaire, 1999). Dans ce contexte socioculturel, les patients peuvent mobiliser différentes ressources thérapeutiques disponibles dans leur

environnement sanitaire. Cette coexistence entre médecine biomédicale et médecine traditionnelle correspond à ce que l'anthropologie médicale désigne comme une situation de pluralisme médical (Kleinman, 1980 ; Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002). Le choix de Korhogo permet ainsi d'observer les interactions entre ces différents systèmes de soins et les logiques sociales qui orientent les trajectoires thérapeutiques des patients diabétiques âgés.

### 2.2.3. Constitution et taille de l'échantillon

L'étude a porté sur un total de 90 participants répartis entre une enquête quantitative (60 participants) et une enquête qualitative (30 participants).

La taille de l'échantillon quantitatif a été définie en tenant compte de la population accessible de patients diabétiques âgés dans les structures de soins de la ville de Korhogo, ainsi que de la nécessité de couvrir les principaux lieux de recours thérapeutiques identifiés sur le terrain. L'objectif était de disposer d'un effectif suffisant pour décrire les tendances des pratiques de recours aux soins et permettre la réalisation d'analyses statistiques descriptives.

Dans les recherches portant sur des populations spécifiques difficilement accessibles dans les bases de données sanitaires, une taille d'échantillon comprise entre 50 et 100 participants est généralement considérée comme appropriée pour analyser les comportements de santé et les pratiques de recours aux soins (Guest, Namey & Mitchell, 2013 ; Creswell, 2014). Le choix de 60 participants pour la composante quantitative permet ainsi d'assurer une couverture équilibrée des différentes structures de soins tout en garantissant la faisabilité de la collecte dans le contexte étudié.

La composante qualitative comprend 30 participants sélectionnés pour approfondir l'analyse des trajectoires thérapeutiques. Le nombre d'entretiens a été déterminé selon le principe de saturation des informations, c'est-à-dire le moment où les entretiens supplémentaires n'apportaient plus d'éléments nouveaux à l'analyse.

### 2.2.4. Méthode de constitution de l'échantillon par structure de soins

Les participants ont été recrutés au sein de diverses structures de soins de la ville de Korhogo afin de prendre en compte la diversité des trajectoires thérapeutiques. La sélection des participants dans les structures biomédicales (hôpital régional, centres de santé urbains et structures privées) a été réalisée selon une stratégie combinant la méthode des quotas et une sélection systématique des patients répondant aux critères d'inclusion.

La méthode des quotas a permis d'assurer une répartition équilibrée des participants entre les différents types de structures sanitaires. À l'intérieur de chaque structure, les participants ont été sélectionnés parmi les patients présents lors des jours d'enquête, au moyen d'un tirage systématique tiré au sort dans les files d'attente ou les listes de consultation. Dans les structures de médecine traditionnelle, les participants ont été identifiés avec l'appui des tradipraticiens locaux, ce qui a permis d'inclure des patients ayant recours à ces formes de prise en charge. La répartition des participants par structure de soins est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. répartition des participants par structure de soins

Structure de soins	Total	Quantitatif	Qualitatif
--------------------	-------	-------------	------------

<b>Hôpital régional de Korhogo</b>	30	20	10
<b>Centres de santé urbains</b>	20	15	5
<b>Centres de santé privés</b>	15	10	5
<b>Cabinets de médecine traditionnelle</b>	15	10	5
<b>Patients identifiés via tradipraticiens</b>	10	5	5
<b>Total</b>	90	60	30

### 2.2.5. Méthodes de collecte des données

La collecte des données quantitatives a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré administré en face-à-face auprès de 60 participants. Cette modalité d'administration a été privilégiée afin de faciliter la compréhension des questions, notamment chez les personnes peu alphabétisées. Le questionnaire portait principalement sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, l'histoire de la maladie, les pratiques de recours aux soins, les perceptions du diabète, ainsi que les interactions entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

La composante qualitative de l'étude a reposé sur la réalisation de 30 entretiens semi-directifs, menés à partir d'un guide d'entretien thématique. Les entretiens ont porté sur les représentations sociales du diabète, les logiques de recours aux soins et les expériences vécues par les patients dans la gestion quotidienne de la maladie. Les entretiens ont été menés dans la langue la plus confortable pour les participants. Un interprète trilingue (malinké, tiembara et français) a été mobilisé pour faciliter la communication avec les participants non francophones. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits.

### 2.2.6. Principe d'anonymisation

Afin de préserver la confidentialité des participants, toutes les informations permettant d'identifier les enquêtés ont été anonymisées lors du traitement des données. Les noms des participants ainsi que les lieux de résidence précis ont été remplacés par des codes alphanumériques.

Par exemple, les participants ont été identifiés à l'aide de codes tels que H60\_01 pour un homme de 60 ans ou F72\_03 pour une femme de 72 ans. Cette procédure vise à garantir le respect de la vie privée des participants et à se conformer aux principes éthiques applicables aux recherches en sciences sociales et en santé.

### 2.2.7. Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. L'analyse a reposé sur des statistiques descriptives (fréquences, moyennes et écarts-types) permettant de décrire les caractéristiques des participants et leurs pratiques de recours aux soins. Des tests de corrélation de Pearson ont également été réalisés afin d'examiner les relations entre certaines variables sociodémographiques et les comportements thérapeutiques.

Les données qualitatives issues des entretiens ont été analysées à l'aide du logiciel MaxQDA selon une démarche d'analyse thématique de contenu. Cette méthode a permis d'identifier les principales catégories d'analyse relatives aux représentations du diabète, aux pratiques de soins et aux logiques de recours aux différents systèmes thérapeutiques.

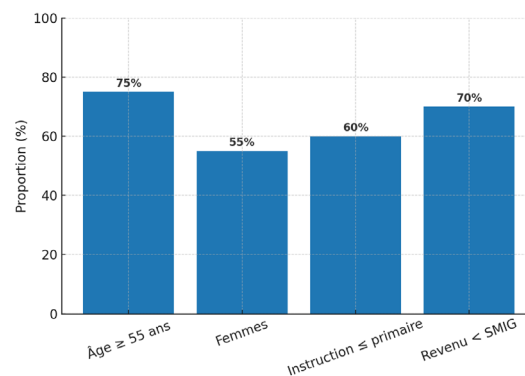
### 2.2.8. Considérations éthiques

Cette étude a respecté les principes éthiques de la recherche en sciences sociales. Le consentement éclairé des participants a été obtenu avant la collecte des données. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de la confidentialité des informations recueillies et de leur droit de se retirer à tout moment. Les données ont été anonymisées afin de garantir la protection de l'identité des enquêtés.

## 3. Résultats

### 3.1. Profil sociodémographique des patients : vers une compréhension intentionnelle des comportements de recours

L'analyse des données recueillies montre que les patients diabétiques interrogés sont majoritairement âgés de 55 ans et plus. Le tableau ci-dessous présente le profil des patients enquêtés :



**Figure 1.** Répartition sociodémographique des patients diabétiques âgés à Korhogo.

La figure met en évidence la surreprésentation des personnes âgées, la prédominance féminine, la faiblesse du niveau d'instruction et la forte proportion de patients en situation de précarité économique. Cette surreprésentation confirme leur plus grande vulnérabilité face aux maladies chroniques, en lien avec la détérioration progressive des fonctions physiologiques. Toutefois, cette vulnérabilité s'accompagne d'une rationalité située, où les expériences préalables, les représentations de la maladie et les normes sociales influencent les intentions de recours. La légère prédominance féminine (55% contre 45% d'hommes) s'explique par une socialisation différenciée : les femmes, généralement plus impliquées dans la gestion domestique de la santé, développent des attitudes plus favorables aux soins. Par ailleurs, elles sont soumises à des normes sociales valorisant leur responsabilité en matière de santé, ce qui renforce leur intention d'accès aux services.

Le niveau d'instruction, globalement faible (60% n'ayant pas dépassé le niveau primaire), influence directement la compréhension des recommandations médicales et l'adhésion aux logiques biomédicales. Une corrélation négative ( $r = -0.42$ ,  $p < 0.05$ ) entre niveau d'instruction et recours à la médecine traditionnelle confirme que les personnes moins instruites s'orientent davantage vers des formes de soin culturellement familières et symboliquement légitimes. Sur

le plan économique, la précarité est manifeste : 70% des enquêtés disposent d'un revenu inférieur au SMIG. Cette contrainte financière conditionne fortement les trajectoires de soins. Une corrélation positive ( $r = 0.58$ ,  $p < 0.01$ ) montre que les revenus plus élevés favorisent le recours à la médecine moderne. Ainsi, l'accès aux soins biomédicaux est filtré par une évaluation subjective coût/bénéfice, où l'intention de recours est freinée par le manque de ressources.

### 3.2. Parcours thérapeutiques des patients diabétiques âgés

#### 3.2.1. Répartition des formes de recours aux soins

Les données recueillies relèvent l'existence de trois principales formes de recours aux soins chez les patients diabétiques âgés enquêtés à Korhogo. Il s'agit, d'une part, du recours exclusif à la médecine moderne, d'autre part, du recours combiné à la médecine moderne et à la médecine traditionnelle, et enfin du recours exclusif à la médecine traditionnelle. À cet égard, la figure 2 présente la répartition des différents parcours thérapeutiques observés au sein de la population étudiée.

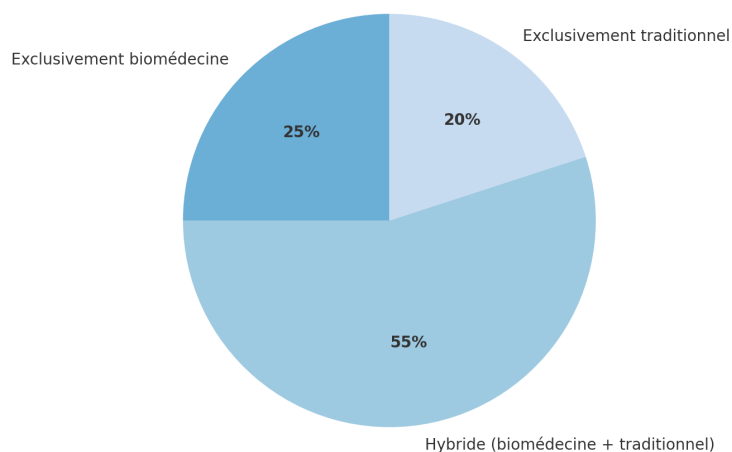


Figure 2. Répartition des parcours thérapeutiques des patients diabétiques à Korhogo

Dans l'ensemble, les résultats montrent que 25 % des patients ( $n = 22$ ) déclarent recourir exclusivement à la médecine moderne. Ce premier groupe correspond aux patients qui s'inscrivent dans un suivi biomédical sans mobilisation d'autres formes de soins. En revanche, la majorité des enquêtés, soit 55 % ( $n = 50$ ), adopte un recours combiné, associant médecine moderne et médecine traditionnelle. Cette proportion majoritaire indique que le recours aux soins ne s'inscrit pas dans une logique exclusive, mais plutôt dans une dynamique de pluralité thérapeutique. Enfin, 20 % des patients ( $n = 18$ ) déclarent recourir uniquement à la médecine traditionnelle. Ce dernier groupe regroupe les patients qui privilégient les soins endogènes sans recours aux structures biomédicales. Ainsi, au regard de ces différentes proportions, le recours hybride apparaît comme la modalité dominante dans la population étudiée. Plus largement, ces résultats mettent en évidence une diversification des pratiques de soins, caractérisée par la coexistence de plusieurs formes de recours au sein des trajectoires thérapeutiques des patients diabétiques âgés à Korhogo.

### 3.2.2. *Parcours exclusifs, hybrides et évolutifs*

L'analyse des données qualitatives permet d'approfondir la compréhension des formes de recours aux soins en mettant en évidence la structuration différenciée et évolutive des parcours thérapeutiques des patients diabétiques âgés. Tout d'abord, chez certains patients, le recours exclusif à la médecine moderne s'inscrit dans une logique de stabilisation thérapeutique fondée sur la confiance accordée au suivi clinique et à la relation avec le personnel de santé. À ce titre, un enquêté déclare :

*« J'ai confiance en mon médecin, il suit mon dossier depuis le début. Je ne veux pas mélanger les choses. »* (RM, 68 ans).

Ce type de positionnement traduit une orientation claire vers un modèle de prise en charge perçu comme cohérent, structuré et sécurisant. Il met également en évidence une forme d'adhésion normative au cadre biomédical, dans laquelle la continuité du suivi est valorisée comme condition d'efficacité. Ensuite, une proportion importante des patients adopte des parcours hybrides, caractérisés par la combinaison de plusieurs registres thérapeutiques. Cette hybridation ne relève pas d'une pratique aléatoire, mais s'inscrit dans des logiques différenciées. D'une part, elle peut traduire une recherche de complémentarité entre des formes de soins perçues comme agissant à différents niveaux. Ainsi, JK affirme :

*« Je prends mes médicaments à la clinique, mais ma sœur me prépare aussi des décoctions. Ça fait partie de notre culture. »* (JK, 61 ans).

Cette articulation des soins suggère que les patients mobilisent simultanément plusieurs ressources thérapeutiques, en fonction de leur efficacité perçue et de leur ancrage socioculturel. D'autre part, l'hybridation peut également répondre à des contraintes relationnelles et sociales. Dans ce sens, LT explique :

*« Mon fils me dit d'aller à l'hôpital, mais ma tante me donne des plantes. Je fais les deux pour ne pas fâcher. »* (LT, 64 ans).

Dans ce cas, le recours combiné apparaît comme un compromis social, visant à concilier des attentes parfois divergentes au sein de l'entourage. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un choix individuel, mais d'un ajustement inscrit dans un réseau de relations sociales. En revanche, les patients recourant exclusivement à la médecine traditionnelle s'appuient principalement sur des logiques de continuité culturelle et de transmission intergénérationnelle. À cet égard, B.O (70 ans) affirme :

*« Chez nous, on a toujours utilisé les plantes. Je n'ai jamais mis les pieds à l'hôpital. »*

Ce type de trajectoire traduit un ancrage durable dans des pratiques thérapeutiques héritées, perçues comme légitimes et éprouvées dans le temps. Il met également en évidence une cohérence interne entre les représentations de la maladie et les modes de prise en charge mobilisés. Par ailleurs, les résultats montrent que les trajectoires thérapeutiques ne sont ni linéaires ni figées, mais évoluent en fonction des expériences vécues de la maladie. En effet, certains patients déclarent avoir modifié leur recours aux soins à la suite d'une aggravation des symptômes. Ainsi, ZN (63 ans) indique :

« *J'ai d'abord pris des tisanes, mais quand j'ai commencé à voir flou, je suis allé à l'hôpital.* »

Ce type de basculement met en évidence une reconfiguration des choix thérapeutiques en situation de crise, où la perception du risque conduit à privilégier des formes de prise en charge jugées plus efficaces à court terme. À l'inverse, d'autres trajectoires évoluent sous l'effet de contraintes économiques. Par exemple, AF (69 ans) souligne :

« *On m'a prescrit trop de médicaments que je ne pouvais pas payer. Je suis retournée vers les plantes.* ».

Dans ce cas, le changement de recours ne traduit pas un rejet du modèle biomédical, mais plutôt une adaptation aux limitations financières. Le recours aux soins traditionnels apparaît alors comme une solution pragmatique face à l'inaccessibilité relative des traitements prescrits. Enfin, les professionnels de santé interrogés expriment des positions contrastées face à ces pratiques. Tandis que certains mettent en avant les difficultés de suivi liées aux interruptions ou aux combinaisons de traitements, d'autres adoptent une posture plus ouverte, reconnaissant la place des soins traditionnels dans les trajectoires des patients. À cet égard, un médecin déclare :

« *Les plantes ont leur rôle, mais elles doivent être utilisées avec précaution et pas de manière simultanée au traitement médical.* » (Médecin, centre urbain).

Cette diversité de positions souligne l'existence de tensions, mais aussi de possibilités d'articulation entre différents systèmes de soins. Ainsi, l'ensemble de ces résultats met en évidence que les parcours thérapeutiques des patients diabétiques âgés ne relèvent pas de choix fixes ou univoques, mais d'ajustements successifs, construits à l'intersection de logiques sanitaires, économiques, sociales et culturelles.

### **3.3. Structuration sociale des choix thérapeutiques : effets du capital éducatif et des ressources économiques**

#### ***3.3.1. Capital éducatif, contraintes économiques et différenciation des orientations thérapeutiques***

Les résultats mettent en évidence que les choix thérapeutiques des patients diabétiques âgés s'inscrivent dans des configurations sociales différenciées, fortement structurées par le niveau d'instruction et les ressources économiques disponibles. D'une part, le niveau d'instruction apparaît comme un facteur déterminant dans l'orientation des recours aux soins. En effet, les patients disposant d'un capital éducatif plus élevé tendent à privilégier la médecine moderne, en raison d'une meilleure compréhension des discours biomédicaux et des prescriptions thérapeutiques. À ce sujet, KM (62 ans) affirme :

« *J'ai fait un peu d'école, donc je comprends ce que disent les médecins. Je préfère suivre leurs conseils. J'ai même des amis qui, après un bon suivi médical se portent mieux* ».

Ce type de discours traduit une capacité accrue à décoder les normes médicales et à s'approprier les logiques de prise en charge proposées par les structures de santé. À l'inverse, les patients faiblement scolarisés expriment davantage de difficultés face au langage biomédical, perçu comme complexe et peu accessible. Ainsi, NT (68 ans) indique :

« À l'hôpital, on utilise des mots compliqués. Avec le guérisseur, je comprends ce qu'il fait. »

Dans ce cas, le recours aux soins traditionnels apparaît comme une alternative cognitivement plus accessible, fondée sur une compréhension directe des pratiques et des explications fournies. D'autre part, les contraintes économiques constituent un second facteur structurant des trajectoires thérapeutiques. En effet, les résultats montrent que les patients ne disposent pas des mêmes capacités d'accès aux soins biomédicaux, en raison des coûts liés aux consultations, aux examens et aux traitements. Dans ce contexte, certains patients choisissent de maintenir un suivi médical malgré les contraintes financières, en raison de l'efficacité perçue des soins. Par exemple, TT (66 ans) déclare :

« Les médicaments sont chers, mais au moins, je suis suivie et je sais que c'est fiable. »

Ce positionnement traduit une priorisation de la fiabilité thérapeutique, même au prix d'importants efforts économiques. En revanche, d'autres patients mettent en avant les difficultés d'accès liées aux exigences financières du système de santé. À cet égard, OZ (70 ans) souligne :

« À l'hôpital, on me demande de payer avant même de voir le médecin. Pour un retraité comme moi, ce n'est pas facile avec ma maigre pension. »

Ce type de contrainte agit comme un facteur de dissuasion, orientant les patients vers des solutions jugées plus flexibles et financièrement accessibles, notamment les soins traditionnels. Ainsi, l'analyse met en évidence que les choix thérapeutiques ne relèvent pas uniquement de préférences individuelles, mais s'inscrivent dans des conditions sociales différenciées. Ils résultent d'arbitrages construits à l'intersection des capacités de compréhension des patients et des ressources économiques mobilisables, ce qui contribue à produire des formes d'accès inégal aux différents systèmes de soins.

### **3.3.2. Régulations sociales et médiations relationnelles des choix thérapeutiques**

Au-delà des caractéristiques individuelles, les résultats mettent en évidence que les décisions thérapeutiques s'inscrivent dans des configurations sociales d'interdépendance, au sein desquelles les patients construisent leurs choix en interaction avec leur entourage, leur environnement social et, de plus en plus, des espaces numériques de diffusion des savoirs.

En premier lieu, les prescriptions familiales apparaissent comme un facteur structurant des orientations thérapeutiques. En effet, les décisions de recours aux soins sont fréquemment influencées par les membres de la famille, en particulier les aînés et les « Cadres », dont la parole bénéficie d'une légitimité sociale reconnue. À cet égard, DF (61 ans) explique :

« Ma belle-mère me disait que les piqûres fatiguent le corps. »

Ce type de discours met en évidence une influence normative exercée au sein du cadre familial, contribuant à orienter les représentations de la maladie et les choix thérapeutiques. En deuxième lieu, les recommandations issues du réseau social élargi jouent également un rôle déterminant. Les proches, amis ou connaissances interviennent comme des médiateurs dans les trajectoires de soins, en orientant les patients vers des ressources thérapeutiques spécifiques. Ainsi, AD (60 ans) déclare :

« *Mon frère connaît un guérisseur dans notre village.* ».

Dans ce cas, le recours thérapeutique s'inscrit dans une logique de médiation sociale fondée sur la confiance et la circulation des savoirs au sein des réseaux relationnels. En troisième lieu, les cadres sociaux et communautaires, qu'il s'agisse de leaders locaux, de figures d'autorité ou d'acteurs reconnus dans l'espace social, interviennent également dans l'orientation des pratiques de soins. Leur position sociale leur confère une capacité d'influence qui dépasse les relations interpersonnelles directes. Ils participent ainsi à la diffusion de normes, de représentations et de recommandations thérapeutiques, contribuant à structurer les comportements de recours au sein de la communauté. Par ailleurs, une transformation notable des modes de médiation thérapeutique réside dans l'émergence de thérapeutes et de conseillers en santé présents sur les réseaux sociaux. En effet, certains patients déclarent s'informer ou orienter leurs choix à partir de contenus diffusés en ligne, notamment via des vidéos, des témoignages ou des prescriptions informelles. Ces acteurs numériques, souvent perçus comme accessibles et proches des réalités quotidiennes, contribuent à redéfinir les circuits de légitimation des savoirs thérapeutiques. Ils participent ainsi à une forme de déterritorialisation du conseil médical, où l'autorité ne repose plus uniquement sur la proximité physique ou institutionnelle, mais également sur la visibilité et l'influence numérique. Enfin, les tradipraticiens eux-mêmes s'inscrivent dans ces dynamiques de médiation en orientant, dans certains cas, les patients vers les structures biomédicales lorsque les limites de leur intervention sont atteintes. Ce type de pratique met en évidence l'existence de formes d'articulation entre les systèmes de soins, fondées sur une reconnaissance pragmatique de leurs domaines respectifs de compétence.

Ainsi, l'ensemble de ces résultats souligne que les choix thérapeutiques ne relèvent pas de décisions strictement individuelles, mais s'inscrivent dans des régulations sociales complexes, désormais élargies aux espaces numériques. Celles-ci mobilisent à la fois des influences familiales, des médiations relationnelles, des cadres sociaux et de nouveaux acteurs digitaux, contribuant à orienter les patients vers des options thérapeutiques socialement et symboliquement légitimées.

### **3.4. Construction sociale de l'efficacité thérapeutique : entre légitimité biomédicale, savoirs endogènes et expérience vécue**

#### ***3.4.1. Représentations différenciées et hiérarchisation symbolique des systèmes de soins***

Les résultats mettent en évidence des perceptions différenciées de l'efficacité thérapeutique, révélant l'existence de formes de hiérarchisation symbolique entre les systèmes de soins mobilisés par les patients. D'un côté, certains patients considèrent la médecine moderne comme plus fiable, en raison du suivi médical, de la régularité des prescriptions et de la possibilité d'un encadrement clinique structuré. Dans cette perspective, l'efficacité est associée à la capacité du système biomédical à stabiliser l'état de santé et à fournir des repères thérapeutiques clairs. De l'autre, plusieurs enquêtés valorisent les soins traditionnels, perçus comme plus adaptés à la compréhension globale de la maladie. Ainsi, ML (60 ans) affirme :

« *La médecine moderne soigne les symptômes, mais les plantes guérissent en profondeur.* »

De même, SN (66 ans) indique : « *Les médicaments baissent le sucre, mais les plantes traitent la vraie source du problème.* » Ces discours traduisent une représentation élargie de l'efficacité thérapeutique, intégrant des dimensions non strictement biomédicales, telles que la profondeur

du traitement, l'origine supposée de la maladie ou encore la cohérence avec les représentations culturelles. Ainsi, l'évaluation de l'efficacité ne repose pas uniquement sur des critères cliniques, mais s'ancre dans des expériences vécues, des savoirs incorporés et des cadres interprétatifs socialement construits. Elle varie en fonction des trajectoires individuelles et des systèmes de référence mobilisés par les patients.

### ***3.4.2. Contraintes d'accès et expérience relationnelle du soin : entre accessibilité matérielle et reconnaissance symbolique***

Les résultats montrent, par ailleurs, que l'adhésion aux soins dépend à la fois de conditions matérielles d'accès et de la qualité de l'expérience relationnelle vécue dans les interactions thérapeutiques. D'une part, l'accessibilité physique et financière des structures de santé constitue un facteur déterminant dans les choix thérapeutiques. En effet, la proximité des structures favorise le recours aux soins, en réduisant les contraintes de déplacement. Toutefois, cet avantage est souvent limité par les difficultés économiques rencontrées par les patients. À cet égard, BB, (68 ans) déclare :

*« L'argent manque. »*

Ce type de contrainte agit comme un filtre dans l'accès aux soins biomédicaux, conduisant certains patients à ajuster leurs trajectoires en fonction de leurs ressources disponibles. D'autre part, la qualité de la relation soignant-soigné apparaît comme un élément central dans l'évaluation des systèmes de soins. En effet, plusieurs patients expriment une préférence pour des interactions perçues comme plus attentives et personnalisées. Par exemple, AL (63 ans) indique :

*« Chez le guérisseur, il prend le temps de me parler. »* (AL, 63 ans). De même, EM (66 ans) souligne : *« Il y a une vraie relation humaine. »*

Ces propos mettent en évidence l'importance accordée à l'écoute, à la disponibilité et à la reconnaissance du patient dans sa singularité. Dans ce contexte, l'efficacité thérapeutique ne se limite pas à la dimension technique du traitement, mais intègre également une dimension relationnelle, fondée sur la qualité de l'interaction et le sentiment d'être compris et accompagné. Ainsi, les patients tendent à comparer les systèmes de soins non seulement en termes de résultats attendus, mais aussi en fonction de l'expérience subjective qu'ils en tirent. En définitive, les résultats montrent que les choix thérapeutiques sont influencés par une double logique, combinant contraintes d'accès et qualité relationnelle. Cette articulation contribue à structurer les préférences des patients et à orienter leurs trajectoires de soins, en fonction à la fois des conditions matérielles et des expériences vécues dans les différents espaces thérapeutiques.

Dans l'ensemble, les résultats mettent en évidence que les trajectoires thérapeutiques des patients diabétiques âgés à Korhogo ne relèvent ni de choix aléatoires ni de choix strictement individuels. Au contraire, elles s'inscrivent dans des configurations sociales complexes, structurées à la fois par des ressources différenciées, des influences relationnelles et des cadres interprétatifs pluriels. En effet, l'analyse a permis de montrer que les pratiques de recours aux soins sont traversées par une diversité de logiques, articulant des contraintes économiques, des capacités de compréhension, des normes familiales et des médiations sociales, y compris celles qui émergent dans les espaces numériques. Par ailleurs, les perceptions de l'efficacité thérapeutique apparaissent elles-mêmes socialement construites, intégrant des dimensions à la fois biomédicales, symboliques et relationnelles. Ainsi, ces résultats révèlent que les patients

élaborent leurs trajectoires de soins à travers des arbitrages continus, situés à l'intersection de plusieurs systèmes de référence et de registres de légitimité. Ce constat invite à dépasser une lecture strictement biomédicale des comportements thérapeutiques, au profit d'une approche plus intégrative, attentive aux conditions sociales de production des choix et des préférences en matière de santé.

#### **4. Discussion**

Les résultats de la présente étude mettent en évidence que les trajectoires thérapeutiques des patients diabétiques âgés à Korhogo relèvent d'une gestion composite de la maladie, située à l'intersection de logiques sociales, économiques et culturelles. Loin de traduire des choix thérapeutiques désordonnés, ces trajectoires apparaissent, au regard des données recueillies, comme le produit d'arbitrages structurés, construits dans un contexte marqué par le pluralisme des systèmes de soins et des contraintes différenciées. Les résultats obtenus dans cette étude permettent d'engager une discussion à la lumière des travaux existants, en mettant en perspective les dynamiques observées à Korhogo avec celles documentées dans d'autres contextes.

##### **4.1. Représentations culturelles et interprétations symboliques**

Les données de l'enquête montrent que les représentations sociales du diabète influencent de manière significative les pratiques de recours aux soins chez les personnes âgées. En effet, une partie des enquêtés ne perçoit pas cette pathologie comme un désordre exclusivement biologique, mais aussi comme un déséquilibre d'ordre spirituel ou social nécessitant une prise en charge globale. Dans le prolongement de ces observations, l'analyse suggère que ces représentations, fortement ancrées dans des référentiels culturels, pourraient différer de celles observées dans d'autres catégories d'âge. Les éléments empiriques indiquent que les personnes âgées mobilisent davantage de cadres d'interprétation marqués par des logiques symboliques et expérientielles. À l'inverse, les individus plus jeunes tendent à s'appuyer davantage sur des référentiels biomédicaux, notamment sous l'effet des politiques de santé publique et de la diffusion des savoirs médicaux (Mendenhall et al., 2019). Ces résultats mettent ainsi en évidence une différenciation générationnelle des modes d'appropriation de la maladie. Ces observations renvoient plus largement à des processus de socialisation sanitaire différenciée, où les savoirs sur la maladie se construisent à l'intersection des expériences de vie, des normes culturelles et des dispositifs institutionnels. Dans cette perspective, les pratiques hybrides identifiées dans cette étude apparaissent comme des formes de rationalité située, au sens où les patients articulent différents registres de savoirs pour faire face à l'incertitude thérapeutique. Cette lecture prolonge les analyses de Kleinman (1980) et de Helman (2007), tout en s'inscrivant dans des travaux plus récents mettant en avant le rôle des déterminants sociaux dans la gestion du diabète. Par exemple, Marmot (2005) montre que les conditions sociales de vie influencent directement les pratiques d'autogestion de la maladie et l'adhésion thérapeutique. Dans le même sens, les observations réalisées dans le cadre de cette étude montrent que le recours à la médecine traditionnelle ne constitue pas une alternative marginale, mais s'inscrit dans un système de références cohérent. Les soins endogènes apparaissent ainsi capables de répondre à certaines dimensions sociales et symboliques de la maladie, souvent peu prises en compte par la biomédecine. Cette dynamique confirme les analyses de Feierman et Janzen (1992), tout en montrant que cette hybridation s'inscrit durablement dans les pratiques des personnes âgées interrogées. Par ailleurs, l'analyse met en évidence que les effets du vieillissement renforcent ces logiques. Les éléments recueillis suggèrent que les personnes âgées accordent une importance particulière aux dimensions relationnelles et symboliques du

soin. Ce constat peut être rapproché des travaux récents sur le vieillissement en Afrique, qui soulignent que les trajectoires de santé sont fortement influencées par les inégalités structurelles et les conditions de vie (Aboderin et Beard., 2015).

En outre, les résultats obtenus ne peuvent être dissociés des contraintes économiques et structurelles qui encadrent les parcours de soins. Les données indiquent que les patients disposant de faibles ressources économiques tendent à privilégier des solutions thérapeutiques jugées plus accessibles, ce qui rejoint les analyses contemporaines sur les inégalités d'accès aux soins (Peters et al., 2008). Dans le même sens, les contraintes d'accès aux soins, notamment la distance et les difficultés de mobilité, constituent des facteurs structurants des trajectoires thérapeutiques. Les résultats convergent avec des travaux récents mettant en évidence l'impact de l'accessibilité géographique sur la continuité des soins en contexte africain (Kruk et al., 2018). L'ensemble de ces éléments renvoie à une lecture sociologique des inégalités de santé, dans laquelle les trajectoires thérapeutiques sont façonnées par l'imbrication des conditions matérielles d'existence, des normes culturelles et des dynamiques relationnelles. Dans cette perspective, les résultats montrent que les parcours de soins ne peuvent être compris indépendamment des déterminants sociaux qui structurent les possibilités d'action des individus. Dans cette logique, les comportements observés traduisent moins des choix individuels isolés que des pratiques socialement situées, construites dans des contextes de contraintes et d'opportunités différenciées. Cette lecture met en évidence la nécessité d'une approche intégrée du diabète, tenant compte à la fois des dimensions biomédicales et des réalités sociales dans lesquelles s'inscrivent les patients.

En définitive, l'analyse développée met en lumière l'apport spécifique de cette étude, en montrant que les trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques ne relèvent ni d'une opposition entre médecine moderne et médecine traditionnelle, ni d'une simple contrainte économique, mais d'une rationalité socialement construite, située à l'intersection des dynamiques générationnelles, culturelles et structurelles propres au contexte ivoirien.

#### **4.2. Hybridation thérapeutique et capital social de soin : entre stratégies composites et reconfigurations identitaires**

Les pratiques thérapeutiques observées à Korhogo ne s'inscrivent pas dans une opposition binaire entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Au contraire, l'analyse met en évidence une hybridation thérapeutique dynamique, qui constitue une réponse pragmatique aux incertitudes liées à la maladie, aux contraintes d'accessibilité, aux limites perçues de chaque système de soins et aux représentations culturelles du diabète. Cette logique de combinaison ou d'alternance, largement présente chez les personnes âgées enquêtées, apparaît ainsi comme une modalité structurante des trajectoires de soins. Dans cette perspective, les patients développent des stratégies composites, au sens de Van der Geest et Whyte (1988), en articulant des prescriptions biomédicales, des recours aux tradipraticiens, des conseils issus de l'entourage et des savoirs expérientiels. L'analyse des parcours souligne qu'il ne s'agit pas d'un syncrétisme désordonné, mais d'une rationalité située, fondée sur l'accessibilité des ressources, leur coût, leur légitimité culturelle et le degré de confiance accordé aux acteurs du soin. Ainsi, certains patients consultent les structures biomédicales pour le diagnostic et le suivi clinique, tout en mobilisant simultanément des soins traditionnels pour traiter les dimensions perçues comme profondes ou symboliques de la maladie. Cette capacité à naviguer entre différents registres thérapeutiques suppose la mobilisation de ressources que l'on peut analyser en termes de capital thérapeutique. Entendu comme l'ensemble des ressources sociales, économiques, culturelles et symboliques mobilisées par les individus pour organiser leur parcours de soins, ce capital apparaît activé différemment selon les situations. Dans une perspective inspirée de Bourdieu,

cette distribution inégale renvoie aux positions sociales des individus, à la densité de leurs réseaux relationnels et à leur capacité à s'approprier les codes des différents systèmes de soins (Jenkins, 2011).

Les trajectoires analysées montrent que ce capital est mobilisé de manière flexible, en fonction de la proximité des ressources disponibles, de leur coût et du niveau de confiance accordé aux différents acteurs. Une telle dynamique traduit non seulement une adaptation aux contraintes structurelles, mais également une capacité d'arbitrage qui dépasse une lecture strictement économique du recours aux soins. Par ailleurs, ces pratiques thérapeutiques contribuent à des formes d'affirmation identitaire. Le recours simultané à plusieurs systèmes de soins ne relève pas uniquement d'une logique utilitariste, mais s'inscrit dans des pratiques symboliques par lesquelles les patients expriment leur appartenance culturelle, leurs croyances et leur rapport au corps. Cette lecture rejoint les analyses de Good (1994), qui soulignent que les pratiques de soin constituent des espaces d'expression du sens et de l'identité.

Dans le contexte étudié, cette pluralité de recours peut être interprétée comme une forme d'agentivité, au sens où les patients ne se contentent pas de subir leur condition, mais participent activement à la construction de leur trajectoire thérapeutique. Cette capacité d'action apparaît d'autant plus significative qu'elle s'exerce dans un environnement marqué par la vulnérabilité liée au vieillissement, aux contraintes économiques et aux inégalités d'accès aux soins. Dans le prolongement de ces dynamiques, l'hybridation thérapeutique s'inscrit dans un processus d'adaptation au vieillissement. Les trajectoires observées révèlent une reconfiguration progressive du rapport au corps, à la maladie et au soin, à mesure que les individus intègrent la chronicité du diabète dans leur expérience quotidienne. Ce processus peut être rapproché de la notion de « biographie revisitée » développée par Charmaz (1995), qui met en évidence la manière dont les individus réorganisent leur identité face à la maladie chronique. Dans cette perspective, les parcours de soins ne se limitent pas à des réponses fonctionnelles à la maladie, mais participent à une redéfinition progressive de soi, dans laquelle le recours aux différents systèmes thérapeutiques devient une composante centrale de l'expérience sociale du vieillissement. En définitive, l'analyse développée dans cette section montre que l'hybridation thérapeutique observée ne relève ni d'une juxtaposition aléatoire de pratiques ni d'une simple contrainte d'accès aux soins, mais constitue une forme d'organisation socialement située des parcours thérapeutiques, révélant la capacité des personnes âgées à mobiliser, articuler et hiérarchiser différentes ressources de soin dans un contexte marqué par le pluralisme médical.

### **4.3. Inégalités structurelles et arbitrages thérapeutiques**

Les trajectoires thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo apparaissent profondément structurées par un ensemble de contraintes économiques, sociales, culturelles et territoriales, qui contribuent à produire un accès différencié aux soins. Les données recueillies montrent que ces inégalités sont d'autant plus marquées que les patients âgés cumulent plusieurs formes de vulnérabilité, liées à leur position sociale, à leur état de santé et à leur environnement de vie.

En premier lieu, les contraintes économiques et spatiales jouent un rôle déterminant dans l'orientation des parcours de soins. Les coûts associés aux consultations, aux examens, aux traitements médicamenteux et aux déplacements constituent des obstacles majeurs pour les patients disposant de ressources limitées. Par ailleurs, l'éloignement des infrastructures de santé limite la fréquentation régulière des établissements biomédicaux. Dans ce contexte, le « capital spatial », entendu comme la capacité effective d'accéder aux services de santé, devient un facteur structurant d'inclusion ou d'exclusion thérapeutique. Ces observations s'inscrivent dans

le prolongement des travaux sur les déterminants sociaux de la santé, qui montrent que l'accès aux soins est fortement conditionné par les ressources économiques et les conditions de vie (Dahlgren & Whitehead, 1991 ; Kruk et al., 2018). Toutefois, les éléments empiriques suggèrent que ces contraintes ne conduisent pas nécessairement à un abandon des soins, mais plutôt à des formes d'ajustement, caractérisées par le recours à des alternatives localement accessibles, notamment la médecine traditionnelle. Celle-ci apparaît, dans le contexte étudié, comme une ressource thérapeutique à la fois économiquement accessible, géographiquement proche et culturellement légitime.

Par ailleurs, le niveau d'instruction constitue un facteur structurant des capacités d'appropriation des traitements biomédicaux. Les observations montrent que les patients ayant été scolarisés parviennent plus aisément à comprendre les prescriptions médicales, à interpréter les effets secondaires et à anticiper les complications liées à la maladie. À l'inverse, les personnes faiblement scolarisées rencontrent des difficultés à s'approprier les logiques biomédicales, ce qui tend à renforcer leur recours à des formes de soins perçues comme plus accessibles sur les plans cognitif et culturel. Dans le prolongement de ces dynamiques, le vieillissement apparaît comme un facteur d'amplification des vulnérabilités. La diminution des capacités physiques, les troubles cognitifs et l'isolement social affectent la régularité du suivi thérapeutique et la continuité des soins. Ces observations rejoignent les travaux de Bosworth et al. (2011), qui montrent que l'adhésion au traitement chez les personnes âgées dépend à la fois des capacités cognitives et du soutien social, notamment à travers l'implication de l'entourage et des aidants.

En outre, les arbitrages thérapeutiques observés s'inscrivent dans des dynamiques sociales plus larges. Les pratiques de recours aux soins apparaissent fortement influencées par les normes et attentes du milieu social. Dans un contexte où les pratiques traditionnelles sont valorisées, le recours à la médecine endogène peut également être interprété comme une forme de conformité aux normes communautaires. Cette dynamique peut être éclairée par la théorie de l'action raisonnée (Ajzen, 1991 ; Montano et Kasprzyk, 2015), selon laquelle les comportements sont en partie déterminés par les normes sociales perçues et le désir d'adhérer aux attentes du groupe. Les observations réalisées dans cette étude confirment que les décisions thérapeutiques des personnes âgées sont largement médiatisées par leur environnement relationnel.

L'ensemble de ces éléments renvoie à une lecture sociologique des parcours de soins, dans laquelle les comportements thérapeutiques apparaissent comme le produit d'une écologie relationnelle, structurée par l'imbrication des ressources disponibles, des normes sociales et des rapports sociaux d'âge. Dans cette perspective, les arbitrages thérapeutiques observés ne peuvent être réduits à des décisions individuelles isolées, mais doivent être compris comme des pratiques socialement situées, façonnées par des contraintes structurelles et des logiques collectives. En définitive, l'analyse met en évidence que les inégalités structurelles ne se limitent pas à restreindre l'accès aux soins, mais participent activement à la reconfiguration des trajectoires thérapeutiques, en orientant les choix, les combinaisons et les hiérarchisations des recours mobilisés par les personnes âgées diabétiques dans le contexte étudié.

#### **4.4. Vers une intégration encadrée et culturellement acceptable des soins**

L'analyse des trajectoires thérapeutiques observées met en évidence la nécessité de repenser les modalités d'articulation entre la médecine biomédicale et la médecine traditionnelle dans le contexte étudié. Face à la coexistence durable de ces deux systèmes, la question n'est plus celle de leur opposition, mais celle des conditions d'une intégration encadrée, socialement acceptable et médicalement sécurisée. Dans cette perspective, les pratiques mises en évidence suggèrent

que les patients ne perçoivent pas les différents systèmes de soins comme exclusifs, mais plutôt comme complémentaires. Cette dynamique renvoie à la notion de pluralisme médical, largement documentée en anthropologie de la santé (A. Kleinman, 1980 ; J. Janzen, 1978). Plus récemment, Whyte, Van der Geest et Hardon (2002) montrent que les itinéraires thérapeutiques reposent sur des arbitrages pragmatiques entre les différentes offres de soins disponibles. Dans le prolongement de ces travaux, les observations réalisées indiquent que les patients diabétiques âgés mobilisent ces différents registres en fonction de leur accessibilité, de leur coût et de leur légitimité sociale. Cette logique rejoint les analyses d'Olivier de Sardan (2015), selon lesquelles les pratiques de santé en Afrique reposent sur des formes de bricolage thérapeutique, articulant savoirs biomédicaux et savoirs locaux. Des expériences internationales illustrent les possibilités d'une telle articulation. Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle souligne que l'intégration encadrée de ces pratiques dans les systèmes de santé peut contribuer à améliorer l'accès aux soins et l'adhésion thérapeutique, notamment dans le cas des maladies chroniques (OMS, 2013).

Dans le contexte africain, plusieurs travaux montrent également que la reconnaissance institutionnelle de la médecine traditionnelle peut renforcer la couverture sanitaire, à condition d'être accompagnée de mécanismes de régulation et de formation (Bodeker & Burford, 2007). Ces orientations s'inscrivent dans les dynamiques observées dans cette étude, où les patients combinent différentes ressources thérapeutiques en fonction de leurs contraintes et de leurs attentes. En Côte d'Ivoire, les politiques publiques récentes témoignent d'une volonté d'encadrement progressif de la médecine traditionnelle. La Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle (Ministère de la Santé, 2021) met notamment l'accent sur la nécessité de structurer ce secteur, de sécuriser les pratiques et de favoriser leur intégration au sein du système de santé. Cependant, les observations issues de cette étude suggèrent que cette intégration ne peut être envisagée sans tenir compte des réalités sociales et culturelles des patients, en particulier des personnes âgées. Les trajectoires analysées montrent que l'adhésion aux soins dépend étroitement de leur acceptabilité culturelle, de leur accessibilité économique et de la qualité des relations entre soignants et patients. Ces éléments s'inscrivent dans les travaux de Napier et al. (2014), qui soulignent l'importance des facteurs culturels pour l'efficacité des interventions en santé.

Dans une perspective sociologique, cette intégration peut être interprétée comme un processus de recomposition des savoirs médicaux, dans lequel les différentes formes de connaissance ne sont plus hiérarchisées de manière rigide, mais articulées au sein de configurations hybrides. Cette lecture rejoint les travaux de Latour (2005), qui invitent à analyser les pratiques de soin comme le produit de réseaux d'acteurs et de savoirs. Par ailleurs, les observations mettent en évidence l'importance d'une approche différenciée selon les groupes sociaux. Dans le cas des personnes âgées, cette intégration devrait s'appuyer sur des dispositifs adaptés, notamment le renforcement de l'accompagnement social, la proximité des services et la prise en compte des préférences culturelles, en cohérence avec les analyses sur le vieillissement et la santé en Afrique (Aboderin & Beard, 2015). Dès lors, l'enjeu ne réside pas dans une fusion indistincte des systèmes de soins, mais dans la construction de formes d'articulation capables de répondre aux besoins concrets des patients, tout en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge. En définitive, l'analyse développée montre que l'intégration des systèmes de soins, telle qu'elle se dessine à partir des pratiques observées, s'inscrit dans une dynamique de pluralisme médical encadré, révélant la nécessité de politiques de santé capables de concilier exigences biomédicales, réalités sociales et légitimités culturelles dans le contexte ivoirien.

## Conclusion

Cette étude a analysé l'influence des dynamiques socioculturelles sur les choix thérapeutiques des personnes âgées diabétiques à Korhogo. Les trajectoires observées apparaissent comme des constructions sociales complexes, situées à l'intersection de contraintes économiques, de normes culturelles et de représentations symboliques du soin. Elles ne relèvent ni d'une logique linéaire ni d'une uniformité des pratiques, mais traduisent des formes d'adaptation différenciées face à la maladie chronique. Dans ce contexte, le recours aux soins s'inscrit dans une logique de pluralisme médical, où la médecine biomédicale et les pratiques traditionnelles sont perçues comme complémentaires. Les patients élaborent ainsi des stratégies thérapeutiques hybrides, ajustées à leurs ressources, expériences et environnement social. Cette hybridation traduit une rationalité située, révélatrice de la capacité des individus à arbitrer entre différentes options de soin selon leur accessibilité, leur légitimité et leur signification culturelle.

Ces dynamiques invitent à interroger les modèles classiques d'organisation des systèmes de santé, souvent fondés sur une hiérarchisation implicite des savoirs médicaux. Dès lors, l'enjeu ne réside pas uniquement dans l'amélioration de l'offre biomédicale, mais dans la reconnaissance et l'articulation des différents registres thérapeutiques mobilisés par les patients. Une telle perspective suppose de dépasser les approches strictement institutionnelles afin d'intégrer les pratiques sociales effectives, les savoirs locaux et les logiques relationnelles qui structurent les parcours de soins. Dans cette optique, le renforcement des compétences interculturelles des professionnels de santé constitue un levier essentiel pour améliorer la relation soignant-soigné et favoriser l'adhésion thérapeutique. Par ailleurs, le développement de dispositifs de médiation sanitaire intégrant les acteurs communautaires, y compris les tradipraticiens reconnus, contribuerait à sécuriser les trajectoires de soins et à limiter les ruptures thérapeutiques chez les personnes âgées vulnérables.

Ainsi, l'apport de cette étude réside dans la mise en évidence du caractère socialement construit, stratégiquement négocié et culturellement ancré des trajectoires thérapeutiques, ouvrant la voie à des modèles de prise en charge plus contextualisés, équitables et adaptés aux réalités locales. Ces résultats ouvrent également des perspectives de recherche sur l'intégration opérationnelle du pluralisme médical dans les politiques de santé en Afrique subsaharienne.

## Références bibliographiques

- ABODERIN Isabella, BEARD John, 2015, « Older people's health in sub-Saharan Africa », *The Lancet*, 385(9968), p. E9–e11. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0)
- AJZEN Icek, 1991, « The theory of planned behavior », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), p.179–211. DOI : [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- ATUN Rifat, JHA Ashish K., CHANG Alexander Y. Et al., 2017, « Diabetes in sub-Saharan Africa: from clinical care to health policy », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(8), p.622–667. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30181-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30181-X)
- AWAH Paschal K., UNWIN Nigel, PHILLIMORE Peter, 2008, « Diabetes, medicine and modernity in Africa », *Social Science & Medicine*, 67(2), p.209–219. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- BODEKER Gerard, BURFORD Gemma, 2007, *Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Policy and Public Health Perspectives*, London, Imperial College Press.
- BOSWORTH Hayden B., GRANGER Bradi B., MENZIES Vicki et al., 2011, « Medication adherence: a call for action », *American Heart Journal*, 162(3), p.412–424. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.06.007>

- CHARMAZ Kathy, 1995, « The body, identity, and self: Adapting to impairment », *The Sociological Quarterly*, 36(4), p.657–680. DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x>
- CRESWELL John W., 2014, *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 4e édition, Thousand Oaks, Sage Publications.
- CRESWELL John W., PLANO CLARK Vicki L., 2018, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 3e édition, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DAHLGREN Göran, WHITEHEAD Margaret, 1991, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute for Futures Studies.
- FEIERMAN Steven, JANZEN John M., 1992, *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, University of California Press.
- GOOD Byron J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GUEST Greg, NAMEY Emily, MITCHELL Marilyn, 2013, *Collecting Qualitative Data: A Field Manual for Applied Research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- HELMAN Cecil G., 2007, *Culture, Health and Illness*, 5e édition, London, Hodder Arnold.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021, *IDF Diabetes Atlas*, 10e édition, Brussels, IDF.
- JAMIN Jean, 1977, *Les lois du silence : Essai sur la fonction sociale du secret chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire*, Paris, Maspero.
- JENKINS Richard, 2011, *Social Identity*, 3e édition, London, Routledge.
- KIRKMAN M. Sue, BRISCOE Vicki J., CLARK Nancy et al., 2012, « Diabetes in older adults », *Diabetes Care*, 35(12), p.2650–2664. DOI : <https://doi.org/10.2337/dc12-1801>
- KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- KRUK Margaret E., GAGE Anna D., ARSENEAU Emily et al., 2018, « High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era », *The Lancet Global Health*, 6(11), p.e1196–e1252. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- LATOUR Bruno, 2005, *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford, Oxford University Press.
- LEMAIRE Marianne, 1999, *Les Sénoufo*, Paris, L'Harmattan.
- MARMOT Michael, 2005, « Social determinants of health inequalities », *The Lancet*, 365(9464), p.1099–1104. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- MBANYA Jean Claude N., MOTALA Ayesha A., SOBNGWI Eugene et al., 2010, « Diabetes in sub-Saharan Africa », *The Lancet*, 375(9733), p.2254–2266. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60550-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60550-8)
- MENDENHALL Emily, NORRIS Shane A., SHAHMANESH Maryam, 2019, « Diabetes and syndemics », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(12), p.964–966. DOI : [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30253-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30253-8)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, 2021, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, Abidjan, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.
- MONTANO Daniel E., KASPRZYK Danuta, 2015, « Theory of Reasoned Action and Planned Behavior », in GLANZ Karen, RIMER Barbara K., VISWANATH K. (dir.), *Health Behavior: Theory, Research and Practice*, 5e édition, San Francisco, Jossey-Bass, p.95–124.
- OGA A. S., DIABY V., AKE-ASSI E. Et al., 2010, « Diabète en Côte d'Ivoire : aspects épidémiologiques et cliniques », *Médecine d'Afrique Noire*, 57(10), p.487–492.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999, « Anthropologie et développement », *Revue Tiers Monde*, 40(160), p.729–745.

- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2015, *La rigueur du qualitatif*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan.
- OMS, 2013, *WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023*, Geneva.
- OMS, 2015, *World Report on Ageing and Health*, Geneva.
- OMS 2016, *Global Report on Diabetes*, Geneva.
- OMS, 2022, *Noncommunicable Diseases Country Profiles: Côte d'Ivoire*, Geneva.
- PASTAKIA Sandeep D., PEARCE Erin, LIPSKA Kasia J., 2017, « Diabetes in sub-Saharan Africa », *BMJ*, 356, j1207. DOI : <https://doi.org/10.1136/bmj.j1207>
- PETERS David H., GARG Anu, BLOOM Gerald et al., 2008, « Poverty and access to health care in developing countries », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, p.161–171. DOI : <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- STRAUSS Anselm, FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara, WIENER Carolyn, 1985, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press.
- VAN DER GEEST Sjaak, 1997, « Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? », *Tropical Medicine & International Health*, 2(9), p.903–911. DOI : <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1997.d01-358.x>
- VAN DER GEEST Sjaak, WHYTE Susan Reynolds, 1988, « The charm of medicines », *Medical Anthropology Quarterly*, 2(4), p.345–367. DOI : <https://doi.org/10.1525/maq.1988.2.4.02a00030>
- WHYTE Susan Reynolds, VAN DER GEEST Sjaak, HARDON Anita, 2002, *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ZHENG Yan, LEY Sylvia H., HU Frank B., 2018, « Global aetiology and epidemiology of type2 diabetes mellitus », *Nature Reviews Endocrinology*, 14(2), p.88–98. DOI : <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>

© 2026 OUATTARA, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*.  
Ceci est un article en accès libre sous la licence  
the Creative Commons Attribution License  
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

#### Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.