

DESERTION DES HOPITAUX EN COTE D'IVOIRE : DYNAMIQUES SOCIO- ANTHROPOLOGIQUES DU RECOURS A LA MEDECINE ALTERNATIVE A BOUAKE

COULIBALY Brahima

*Enseignant-chercheur,
Socio-anthropologue de la santé (Université Alassane Ouattara)*

*(+225) 0505296493/0102254793/0747840456
coul.tiebe_ib@yahoo.fr*

SORO Gnenegnin

*Enseignant-chercheur, Socio-anthropologue de la santé
(Université Alassane Ouattara)*

*(+225)0757549680/0544577176/0103622466
sorognelson@gmail.com*

KONAN Djamala Brou Dorcas

*Doctorante en Socio-anthropologie de la santé
(Université Alassane Ouattara)*

*(+225)0709837346/ 0101562357
dorcaskdb@gmail.com*

Résumé

Cette étude socio-anthropologique analyse la désertion hospitalière au CHU de Bouaké, entendue comme l'abandon des soins ou une sortie contre avis médical. S'appuyant sur une approche qualitative (observations et entretiens auprès de 25 acteurs), elle met en évidence des logiques imbriquées. Les contraintes économiques apparaissent centrales : le coût élevé des soins conduit les ménages à arbitrer entre traitement et survie. Par ailleurs, la faible perception de l'efficacité des soins biomédicaux fragilise la confiance envers l'hôpital. Des dysfonctionnements institutionnels (lenteur, déficit de

communication, qualité de l'accueil) accentuent cette défiance. Les représentations mystiques de la maladie orientent aussi vers la médecine alternative, perçue comme plus accessible et culturellement adaptée. Les trajectoires thérapeutiques relèvent ainsi d'un pluralisme médical. En somme, la désertion hospitalière constitue un phénomène multidimensionnel, révélateur de rationalités sociales complexes à intégrer dans les politiques de santé.

Mots-clés : désertion hospitalière ; contraintes économiques ; pluralisme médical ; représentations sociales ; médecine alternative et dysfonctionnements institutionnels.

Abstract

This socio-anthropological study analyses hospital desertion at the University Hospital Centre of Bouaké, understood as the abandonment of care or discharge against medical advice. Based on a qualitative approach (observations and interviews with 25 participants), it highlights interrelated dynamics. Economic constraints emerge as central: the high cost of care forces households to arbitrate between treatment and survival. Furthermore, the low perceived effectiveness of biomedical care undermines trust in the hospital. Institutional dysfunctions (delays, poor communication, and variable quality of reception) reinforce this distrust. Mystical representations of illness also direct patients towards alternative medicine, perceived as more accessible and culturally appropriate. Therapeutic pathways thus reflect a form of medical pluralism. Overall, hospital desertion appears as a multidimensional phenomenon, revealing complex social rationalities that should be integrated into health policies.

Keywords: *hospital desertion; economic constraints; medical pluralism; social representations; alternative medicine; institutional dysfunctions.*

1. Introduction

La désertion hospitalière, conceptualisée dans la littérature biomédicale sous le terme de sortie contre avis médical (SCAM), constitue aujourd'hui une problématique majeure des systèmes de santé à l'échelle mondiale. Elle désigne le départ volontaire d'un patient avant l'achèvement du traitement prescrit par les professionnels de santé (Alfandre, 2009). Bien que ce phénomène soit universel, son intensité, ses formes et ses déterminants varient fortement selon les contextes socio-économiques, institutionnels et culturels. Dans les pays à revenu élevé, où les systèmes de protection sociale sont relativement consolidés, la désertion hospitalière demeure marginale, avec des taux généralement compris entre 1 % et 2 % des hospitalisations (Ibrahim et al., 2007 ; Southern et al., 2012). Elle s'explique principalement par des facteurs relationnels et organisationnels, tels que l'insatisfaction vis-à-vis des soins, les conflits avec le personnel ou encore des contraintes personnelles liées à la vie professionnelle ou familiale.

En revanche, dans les pays d'Afrique subsaharienne, ce phénomène prend une ampleur beaucoup plus importante et s'inscrit dans des configurations sociales complexes. Les études empiriques révèlent des taux pouvant dépasser 30 % dans certains services hospitaliers (Sogoba et al., 2024),

traduisant l'effet combiné de contraintes économiques, de fragilités institutionnelles et de logiques socioculturelles spécifiques. L'accès aux soins biomédicaux y est fortement limité par la faiblesse des mécanismes de couverture sanitaire, la prédominance du paiement direct et les inégalités sociales structurelles. Comme le souligne Ridde (2010), les coûts directs et indirects des soins constituent un facteur majeur d'exclusion sanitaire. À ces contraintes s'ajoutent les dysfonctionnements organisationnels des systèmes de santé, caractérisés par l'insuffisance des ressources humaines, la faiblesse des plateaux techniques et des conditions d'accueil dégradées, décrits par Jaffré et Olivier de Sardan (2003) comme une « médecine inhospitalière ». Au-delà de ces dimensions matérielles, la désertion hospitalière renvoie également à des logiques culturelles et symboliques profondes. Dans de nombreux contextes africains, les pratiques de santé s'inscrivent dans un pluralisme thérapeutique où coexistent biomédecine, médecine traditionnelle et recours religieux (Kleinman, 1980 ; Benoist, 1996). Les patients naviguent entre ces systèmes de soins selon leurs expériences, leurs ressources et leurs croyances. Les représentations sociales de la maladie, selon Moscovici (1961) et Jodelet (1989), structurent fortement ces choix thérapeutiques, notamment lorsque la maladie est interprétée comme d'origine mystique ou spirituelle (Dozon, 1995 ; Desclaux, 2003).

En Côte d'Ivoire, ces dynamiques sont particulièrement visibles. Malgré les réformes sanitaires, dont la Couverture Maladie Universelle, l'accès aux soins reste inégal. Au CHU de Bouaké, environ 16 % des patients quittent les services avant la fin de leur prise en charge,

exposant à des complications graves. Ainsi, la désertion hospitalière ne peut être réduite à un comportement individuel irrationnel. Elle constitue un fait social complexe, mobilisant dimensions économiques, institutionnelles, culturelles et symboliques. Elle renvoie à une rationalité située (Simon, 1957) et peut être analysée comme un fait social total (Mauss). Cette étude vise donc à analyser ses dynamiques socio-anthropologiques à Bouaké à travers une approche qualitative fondée sur entretiens, observation et étude de cas, afin de comprendre l'articulation entre précarité, expériences hospitalières et pluralisme thérapeutique.

2. Cadre méthodologique

2.1. Contexte

Cette recherche porte sur la désertion des malades des hôpitaux, entendue comme l'interruption volontaire des soins par un patient hospitalisé, soit à travers une sortie contre avis médical, soit par évasion sans autorisation. Le cas étudié est celui du CHU de Bouaké, où ce phénomène expose les patients à des risques sanitaires majeurs. Malgré les efforts de l'État ivoirien en matière d'accès aux soins et la mise en place de la Couverture Maladie Universelle, certains malades continuent d'abandonner leur prise en charge hospitalière. Cette situation interroge les logiques sociales, culturelles et économiques qui sous-tendent ces comportements. La question principale est la suivante : comment expliquer la désertion des hôpitaux par certains malades ? Elle se décline en trois axes : le recours à d'autres

systèmes de soins, les conditions socioéconomiques des patients et les limites de la médecine conventionnelle. La thèse défendue est que la désertion résulte de l'articulation entre contraintes économiques, pluralisme thérapeutique et insuffisances perçues du système biomédical.

2.2. Zone d'étude

L'étude est conduite au CHU de Bouaké et s'inscrit dans une approche qualitative, fondée sur une étude de cas et une perspective phénoménologique. Elle vise à comprendre les expériences vécues, les perceptions et les logiques d'action des acteurs concernés par la désertion hospitalière.

2.3. Population d'étude et échantillonnage

L'enquête qualitative repose sur un échantillon de 25 enquêtés, composé de malades ayant déserté ou en situation de désertion, de leurs proches, d'agents de santé, d'acteurs de la médecine alternative et de leaders religieux. Les participants ont été sélectionnés selon la technique du choix raisonné, en privilégiant des acteurs directement impliqués ou informés du phénomène. Les malades retenus sont ceux ayant quitté l'hôpital contre avis médical ou par évasion après leur hospitalisation dans les services des urgences, de la médecine interne, de la cardiologie, du PPH et de la neurologie.

2.4. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données repose sur deux techniques principales : l'observation directe, qui permet d'analyser les pratiques de soins, les interactions entre acteurs et le contexte des décisions de sortie, et les entretiens semi-directifs, réalisés auprès des différents acteurs à partir d'un guide d'entretien. Ces entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants, retranscrits puis complétés par des notes de terrain. Dans certains cas, le recours à des interprètes a été nécessaire pour faciliter la communication.

2.5. Traitement et analyse des données

Les données qualitatives ont été transcrites, organisées et codifiées selon des thématiques en lien avec les objectifs de recherche. L'analyse repose principalement sur une analyse thématique et une analyse des discours, visant à mettre en évidence les logiques sociales, les représentations et les expériences vécues liées à la désertion hospitalière.

2.6. Cadres théoriques mobilisés

L'analyse s'appuie sur plusieurs cadres théoriques complémentaires : la théorie des représentations sociales, qui permet de comprendre les croyances et perceptions liées à la maladie et aux soins ; la théorie de la résilience, mobilisée pour analyser la capacité des patients à faire face à la maladie ; l'individualisme méthodologique, utilisé pour saisir les logiques décisionnelles des acteurs ; et la théorie

de la rationalité limitée, qui permet d'interpréter les choix des patients dans un contexte marqué par des contraintes multiples.

2.7. Considérations éthiques et limites

La recherche a respecté les principes éthiques, notamment le consentement éclairé des participants et la confidentialité des données. Elle a été réalisée avec l'autorisation des autorités universitaires et hospitalières. Toutefois, certaines limites ont été rencontrées : difficultés d'accès aux données, méfiance de certains acteurs, barrières linguistiques et disponibilité variable des enquêtés. Par ailleurs, l'étude étant circonscrite au CHU de Bouaké, ses résultats ne peuvent être généralisés sans précaution.

3. Résultats

Les résultats sont organisés autour de quatre axes : contraintes économiques et abandon des soins, relations soignants-soignés et climat hospitalier, représentations sociales de la maladie, ainsi que recours à la médecine alternative et pluralisme thérapeutique. Cette structuration permet d'analyser les logiques sociales de la désertion hospitalière à Bouaké.

3.1. Contraintes économiques et abandon des soins

Cette section analyse les contraintes économiques et l'abandon des soins en mettant en exergue le coût élevé des soins et l'épuisement progressif des ressources des ménages. Elle souligne les arbitrages économiques effectués,

la logique de survie financière qui en découle, ainsi que la désertion hospitalière comprise comme une stratégie adaptative face aux contraintes matérielles et aux exigences du système de soins.

3.1.1. Coût des soins et épuisement des ressources

Le coût élevé des soins hospitaliers constitue un facteur déterminant dans la désertion des patients. L'accumulation des dépenses (consultations, médicaments, examens) entraîne un épuisement progressif des ressources des ménages. Face à cette pression financière continue, les patients et leurs familles sont contraints d'interrompre le traitement, non par refus, mais par incapacité économique, faisant de la désertion une réponse contrainte aux exigences financières du système de santé. Les propos d'un patient en témoignent : « Chaque jour, on nous donne des ordonnances, et on doit payer encore (...) à un moment, on n'a plus les moyens. » (Patient 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du patient montre une expérience marquée par une pression financière continue au cours de l'hospitalisation. L'expression « *chaque jour* » traduit la régularité et la répétition des dépenses, révélant une temporalité de l'endettement progressif. La mention « *on nous donne des ordonnances* » renvoie à une perception passive du patient, qui subit les prescriptions sans pouvoir en maîtriser les implications économiques. L'ajout de « *on doit payer encore* » souligne le caractère cumulatif et contraignant des coûts, perçus comme une charge sans cesse renouvelée. Enfin, l'expression « *à un moment, on n'a plus les moyens* » marque un seuil critique d'épuisement des ressources, au-delà duquel la poursuite des soins devient

impossible. Ce discours met ainsi en évidence une logique d'accumulation financière conduisant à une rupture, où la désertion apparaît comme une conséquence directe de l'incapacité économique à soutenir durablement le coût des soins hospitaliers.

3.1.2. Arbitrages économiques des ménages

Les arbitrages économiques des ménages jouent un rôle central dans la désertion hospitalière. Face à des ressources limitées et à des dépenses de santé croissantes, les familles doivent prioriser leurs besoins essentiels, tels que l'alimentation ou le logement, au détriment des soins. Cette hiérarchisation contrainte conduit à interrompre le traitement lorsque son coût devient insoutenable, faisant de la désertion une décision rationnelle visant à préserver l'équilibre économique du ménage. Ces propos suivant illustrent : « On a vendu ce qu'on avait, mais ça ne suffisait pas pour continuer le traitement. » (Patient 2, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025). Le propos du patient exprime une dynamique d'épuisement des ressources économiques au sein du ménage. L'expression « on a vendu ce qu'on avait » traduit une mobilisation extrême des ressources disponibles, marquée par la liquidation du patrimoine familial. Elle témoigne d'une volonté initiale de maintenir le patient dans le circuit biomédical, malgré les contraintes financières. Toutefois, la conjonction « mais » introduit une rupture, signalant l'échec de cette stratégie d'adaptation. L'énoncé « ça ne suffisait pas » met en lumière un déséquilibre structurel entre les capacités économiques du ménage et les exigences financières du traitement hospitalier. Enfin, l'expression « continuer le traitement »

indique que la désertion ne résulte pas d'un refus des soins, mais d'une incapacité à en assurer la continuité. Ce discours révèle ainsi une logique d'arbitrage contraint, où l'épuisement des ressources conduit à l'abandon des soins comme ultime recours.

3.1.3. Logique de survie financière

La logique de survie financière renvoie aux stratégies mises en œuvre par les ménages pour préserver leurs ressources face à la pression des coûts hospitaliers. Lorsque les dépenses de santé menacent l'équilibre économique, les familles privilégient la satisfaction des besoins essentiels. Dans ce contexte, la désertion hospitalière apparaît comme une décision contrainte, visant à éviter un appauvrissement critique et à maintenir la survie économique du ménage. C'est en ce sens qu'un proche d'un malade affirme : « L'hôpital est bon, mais si tu n'as pas l'argent, tu ne peux pas rester. » (Patient 2, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) (Parent 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos met en évidence une tension entre reconnaissance de la qualité des soins et contraintes d'accès. L'affirmation « *l'hôpital est bon* » traduit une perception positive de l'efficacité biomédicale, attestant que la désertion ne relève pas d'un rejet du dispositif thérapeutique. Toutefois, la conjonction « *mais* » introduit une rupture argumentative, signalant l'existence d'un obstacle majeur. L'expression « *si tu n'as pas l'argent* » souligne le caractère conditionnel de l'accès aux soins, fondé sur la capacité de paiement. Elle renvoie à une représentation du système hospitalier comme économiquement sélectif. Enfin, l'énoncé « *tu ne peux pas rester* » exprime une exclusion de fait, où la continuité des

soins dépend directement des ressources financières. Ce discours met ainsi en lumière une dissociation entre qualité et accessibilité, révélant une forme de marchandisation du soin et une contrainte structurelle favorisant la désertion hospitalière.

3.2. Relations soignants-soignés et climat hospitalier

Cette partie analyse les relations soignants-soignés et le climat hospitalier à travers l'hétérogénéité des attitudes du personnel, le déficit d'empathie et de communication, ainsi que le sentiment d'abandon exprimé par les patients. Elle met en lumière l'impact de ces dynamiques relationnelles sur l'expérience hospitalière et la confiance institutionnelle.

3.2.1. Hétérogénéité des attitudes du personnel

L'hétérogénéité des attitudes du personnel soignant fragilise la relation soignant-soigné et dégrade le climat hospitalier. Alternant entre bienveillance et comportements perçus comme distants ou désagréables, ces interactions imprévisibles génèrent incertitude et insatisfaction chez les patients. Cette variabilité relationnelle entrave la construction d'une confiance durable, conduisant certains patients à se détourner de l'hôpital et à envisager la désertion comme une réponse à une expérience jugée peu sécurisante. Un parent s'exprime en ces termes : « On est arrivé le matin vers 6h30, mais ce n'est qu'à midi qu'ils se sont occupés de ma maman. Il y en a qui sont gentils, mais d'autres sont vraiment désagréables. » (Parent 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025). Le propos montre une expérience hospitalière marquée à la fois par des

contraintes organisationnelles et des tensions relationnelles. La précision temporelle « 6h30 » et « midi » souligne une attente prolongée, traduisant une prise en charge tardive perçue comme problématique, surtout dans un contexte de vulnérabilité. L'expression « *ce n'est qu'à midi* » accentue le sentiment de retard et d'abandon temporaire. Par ailleurs, la formulation « *il y en a qui sont gentils, mais d'autres sont vraiment désagréables* » révèle une hétérogénéité des attitudes du personnel soignant. Le contraste introduit par « *mais* » met en évidence une expérience relationnelle ambivalente, oscillant entre satisfaction et insatisfaction. L'expression « *il y en a* » renvoie à une absence d'homogénéité dans les pratiques professionnelles, rendant la qualité de l'accueil imprévisible. Ce discours traduit ainsi une fragilisation de la confiance envers l'institution, susceptible d'encourager la désertion hospitalière.

3.2.2. Déficit d'empathie et de communication

Le déficit d'empathie et de communication dans les relations soignants-soignés contribue à dégrader le climat hospitalier et à fragiliser la confiance des patients. L'absence d'écoute, d'explications claires et de considération émotionnelle est perçue comme un manque de reconnaissance. Cette distance relationnelle accentue le sentiment d'abandon et d'insécurité, poussant certains patients à quitter l'hôpital et à recourir à d'autres formes de soins jugées plus humaines et accessibles. Un parent de malade s'exprime en ces termes : « Le traitement ne finit pas, mais la maladie ne part pas non plus. On t'envoie de service en service sans te donner d'explication. » (Parent 2, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du

parent traduit une expérience de prise en charge marquée par l'inefficacité perçue du traitement et un déficit de communication institutionnelle. L'expression « *le traitement ne finit pas* » évoque une temporalité thérapeutique longue et épuisante, perçue comme interminable, tandis que « *la maladie ne part pas non plus* » souligne l'absence de résultats tangibles, renforçant un sentiment d'échec du dispositif biomédical. Cette double formulation met en évidence une désillusion progressive face à l'hôpital. Par ailleurs, l'énoncé « *on t'envoie de service en service* » traduit une désorganisation du parcours de soins, où le patient est déplacé sans continuité ni cohérence perçue. Enfin, l'expression « *sans te donner d'explication* » révèle un déficit de communication, générant une insécurité cognitive et une perte de compréhension du processus médical. L'ensemble du discours met en lumière une expérience hospitalière fragmentée, contribuant à fragiliser la confiance et à favoriser la désertion.

3.2.3. Sentiment d'abandon

Le sentiment d'abandon dans les relations soignants-soignés traduit une rupture du lien de confiance et une défaillance du climat hospitalier. Les patients, confrontés à un manque d'attention, d'accompagnement et de suivi, se sentent négligés dans leur parcours de soins. Cette expérience de mise à distance institutionnelle fragilise leur adhésion au système biomédical et favorise la désertion hospitalière, perçue comme une réponse à une prise en charge jugée insuffisamment humaine et sécurisante. Un parent confirme en ces termes : « Quand tu arrives, on te laisse attendre longtemps avant de s'occuper de toi. On a

l'impression d'être seul et comme si les agents de santé n'aiment pas leur travail » (Parent 3, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du patient met en évidence une expérience hospitalière dominée par un sentiment d'abandon et de négligence institutionnelle. L'expression « *quand tu arrives* » situe le patient dans une temporalité d'entrée immédiate dans le système de soins, rapidement suivie d'une attente prolongée. La formulation « *on te laisse attendre longtemps* » traduit une perception de passivité institutionnelle, où l'absence de prise en charge est interprétée comme un laisser-faire. Le segment « *avant de s'occuper de toi* » souligne un retard perçu comme injustifié, renforçant l'insatisfaction. L'énoncé « *on a l'impression d'être seul* » exprime un sentiment d'isolement et de vulnérabilité, révélateur d'une rupture du lien soignant-soigné. Enfin, la phrase « *comme si les agents de santé n'aiment pas leur travail* » traduit une interprétation négative des attitudes du personnel, associée à un manque d'engagement. L'ensemble du discours révèle une dégradation du climat relationnel, susceptible d'alimenter la désertion hospitalière.

3.3. Représentations sociales de la maladie

Cette section analyse les représentations sociales de la maladie en mettant en évidence sa dimension mystique et religieuse, les causes invisibles et les interprétations culturelles qui structurent la compréhension des pathologies. Elle examine également le poids des croyances dans les choix thérapeutiques des patients, influençant fortement leurs recours aux différents systèmes de soins disponibles dans leur environnement socioculturel.

3.3.1. Dimension mystique et religieuse

La dimension mystique et religieuse des représentations sociales de la maladie influence fortement les trajectoires thérapeutiques et contribue à la désertion hospitalière. Lorsque la maladie est interprétée comme une réalité spirituelle ou surnaturelle, les patients privilégient des solutions religieuses ou traditionnelles jugées plus adaptées. Cette lecture symbolique de la maladie affaiblit la légitimité des soins biomédicaux et oriente vers des alternatives perçues comme capables d'agir sur les causes invisibles du mal. Le témoignage d'un parent illustre : « Nous pensons que la maladie est mystique. L'hôpital ne peut pas régler ce problème. » (Parent 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025). Le propos du parent met en évidence une représentation sociale de la maladie fortement ancrée dans une lecture mystique. L'expression « *nous pensons* » traduit une croyance partagée au sein du groupe familial ou communautaire, indiquant une dimension collective de l'interprétation de la maladie. L'énoncé « *la maladie est mystique* » révèle une attribution de la causalité à des forces invisibles ou surnaturelles, situant la pathologie hors du champ strictement biomédical. Cette représentation limite la légitimité des soins hospitaliers. En effet, la formulation « *l'hôpital ne peut pas régler ce problème* » exprime une défiance envers l'efficacité de la biomédecine, perçue comme inadaptée à traiter des causes spirituelles. L'opposition implicite entre savoir médical et explication mystique conduit à une hiérarchisation des systèmes de soins, où les recours alternatifs apparaissent plus pertinents. Ce discours contribue ainsi à orienter les

trajectoires thérapeutiques vers la médecine traditionnelle ou religieuse, favorisant la désertion hospitalière.

3.3.2. Causes invisibles et interprétations culturelles

Les causes invisibles et les interprétations culturelles de la maladie orientent fortement les comportements de recours aux soins et contribuent à la désertion hospitalière. Lorsque la maladie est attribuée à des forces spirituelles, des malédictions ou des déséquilibres invisibles, les patients estiment que la biomédecine est inefficace. Cette lecture culturelle du mal conduit à privilégier des traitements traditionnels ou religieux, perçus comme plus adaptés pour agir sur les causes non visibles de la maladie. Un patient affirme : « Ce n'est pas une maladie simple, c'est quelque chose qu'on ne voit pas. » (Patient 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du patient révèle une représentation de la maladie fondée sur l'idée de complexité et d'invisibilité des causes. L'expression « *ce n'est pas une maladie simple* » traduit une perception d'insuffisance des explications biomédicales classiques, suggérant que la pathologie dépasse les cadres habituels de compréhension médicale. L'énoncé « *c'est quelque chose* » renforce cette indétermination, marquant une difficulté à nommer ou à catégoriser la maladie selon les référentiels médicaux standards. La formulation « *qu'on ne voit pas* » introduit la notion d'invisible, renvoyant à des causes supposées non matérielles, possiblement spirituelles ou mystiques. Cette interprétation culturelle de la maladie éloigne le patient des explications biomédicales fondées sur des signes cliniques observables. Elle contribue ainsi à fragiliser la confiance

envers l'hôpital, perçu comme inapte à traiter ce type d'affection. Ce mode de représentation favorise l'orientation vers des systèmes de soins alternatifs jugés plus adaptés aux dimensions invisibles du mal.

3.3.3. Poids des croyances dans les choix thérapeutiques

Le poids des croyances dans les choix thérapeutiques influence fortement la désertion hospitalière. Les représentations sociales de la maladie, ancrées dans des systèmes religieux ou culturels, orientent les patients vers des soins jugés plus conformes à leurs convictions. Ces croyances structurent la perception de l'efficacité des traitements biomédicaux et peuvent en limiter l'adhésion. Ainsi, la désertion s'explique par l'arbitrage entre savoir médical et systèmes de croyances jugés plus pertinents. Ces propos témoignent : « Si c'est un sort, l'hôpital ne peut rien faire. » (Patient 4, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du patient traduit une représentation sociale de la maladie fortement imprégnée de croyances magico-religieuses. L'expression « *si c'est un sort* » renvoie à une causalité surnaturelle de la maladie, attribuée à des forces invisibles et intentionnelles, situant ainsi le problème de santé hors du champ biomédical. Cette interprétation implique une lecture culturelle du mal où la maladie est perçue comme résultant d'une action mystique. L'énoncé « *l'hôpital ne peut rien faire* » exprime une délégitimation explicite de la médecine biomédicale, jugée inefficace face à des causes spirituelles. Cette opposition entre savoir médical et croyances traditionnelles révèle une hiérarchisation des systèmes de soins, dans laquelle les

solutions hospitalières sont considérées comme inadaptées. Ce type de représentation influence directement les trajectoires thérapeutiques, en orientant les patients vers des pratiques alternatives perçues comme plus pertinentes pour traiter les causes invisibles. Il contribue ainsi à la désertion hospitalière et au recours au pluralisme thérapeutique.

3.4. Recours à la médecine alternative et pluralisme thérapeutique

Cette section analyse le recours des patients à la médecine alternative et le pluralisme thérapeutique. Elle met en évidence le rôle des tradipraticiens, guérisseurs et églises de guérison, ainsi que leur accessibilité économique et proximité culturelle. Elle examine également les itinéraires thérapeutiques hybrides et l'évaluation des résultats perçus, entre succès et échecs dans les parcours de soins.

3.4.1. Tradipraticiens, guérisseurs, églises de guérison

Le recours aux tradipraticiens, guérisseurs et églises de guérison s'inscrit dans un contexte de pluralisme thérapeutique qui favorise la désertion hospitalière. Ces acteurs sont perçus comme plus accessibles, proches culturellement et capables de traiter les dimensions invisibles de la maladie. Face aux limites des soins biomédicaux, les patients combinent ou substituent ces alternatives aux structures hospitalières, traduisant ainsi une reconfiguration des trajectoires thérapeutiques fondée sur la diversité des systèmes de soins disponibles. Un parent

de malade confirme en ces termes : « On est parti au camp de prière et on nous a dit que la maladie était mystique. Avec la prière, on a vu une amélioration. » (Parent 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du patient met en évidence une trajectoire thérapeutique relevant du pluralisme médical, où le recours à la médecine religieuse s'impose comme alternative ou complément à la biomédecine. L'expression « *on est parti au camp de prière* » indique un déplacement du cadre hospitalier vers un espace de soins spirituels, traduisant une reconfiguration du parcours thérapeutique. L'énoncé « *on nous a dit que la maladie était mystique* » révèle une interprétation religieuse de la pathologie, attribuant la cause de la maladie à des forces surnaturelles, ce qui légitime le recours à la prière. Enfin, la formulation « *avec la prière, on a vu une amélioration* » traduit une perception positive de l'efficacité du traitement spirituel, renforçant sa crédibilité auprès du patient. Ce discours illustre ainsi un processus de validation empirique basé sur l'expérience vécue, qui peut concurrencer les soins hospitaliers et favoriser la désertion au profit de pratiques religieuses perçues comme efficaces.

3.4.2. Accessibilité économique et proximité culturelle

L'accessibilité économique et la proximité culturelle des médecines alternatives favorisent le pluralisme thérapeutique et contribuent à la désertion hospitalière. Moins coûteux et géographiquement proches, les tradipraticiens et guérisseurs représentent des options plus disponibles pour les ménages. Leur inscription dans les référents culturels locaux renforce leur légitimité. Ainsi,

face aux contraintes financières et à l'éloignement symbolique de l'hôpital, les patients privilégient ces alternatives perçues comme plus adaptées et soutenables. Les propos suivants témoignent : « On nous a envoyé chez un vieux qui soigne ce genre de problème. Là-bas, on ne paie presque rien. Avec eux, ce n'est pas comme à l'hôpital où chaque jour on doit payer. » (Parent 4, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du parent met en évidence un arbitrage thérapeutique guidé par des considérations économiques et d'accessibilité. L'expression « on nous a envoyé chez un vieux qui soigne ce genre de problème » renvoie à la figure du tradipraticien, perçu comme un acteur légitime dans la prise en charge de certaines pathologies, notamment celles considérées comme complexes ou résistantes à la biomédecine. L'énoncé « là-bas, on ne paie presque rien » souligne l'attractivité économique de ce recours, opposée aux coûts élevés de l'hôpital. Cette opposition est renforcée par « ce n'est pas comme à l'hôpital », qui introduit une comparaison défavorable au système biomédical. Enfin, « chaque jour on doit payer » met en évidence la contrainte financière continue associée à l'hospitalisation. L'ensemble du discours révèle une logique de choix thérapeutique fondée sur la réduction des coûts et la recherche d'alternatives plus soutenables, contribuant ainsi à la désertion hospitalière.

3.4.3. Itinéraires thérapeutiques hybrides

Les itinéraires thérapeutiques hybrides traduisent une articulation entre biomédecine et médecines alternatives, caractéristique du pluralisme thérapeutique. Les patients circulent entre hôpital, tradipraticiens et lieux

de prière selon l'évolution perçue de la maladie et leurs ressources. Cette alternance révèle une recherche d'efficacité pragmatique face aux limites des soins hospitaliers. Elle favorise la désertion temporaire ou définitive de l'hôpital, lorsque d'autres systèmes de soins sont jugés plus pertinents ou accessibles. Ces propos illustrent : « On va continuer les médicaments et en même temps prier. On ne laisse pas l'hôpital, mais on fait aussi le côté mystique. » (Parent 1, entretien semi-directif, CHU-Bouaké, 2025) Le propos du parent met en évidence une logique d'itinéraire thérapeutique hybride, caractéristique du pluralisme médical. L'expression « *on va continuer les médicaments* » traduit le maintien du recours à la biomédecine, perçue comme nécessaire dans la prise en charge de la maladie. Toutefois, la conjonction « *et en même temps prier* » introduit une dimension complémentaire, intégrant la spiritualité comme stratégie thérapeutique parallèle. L'énoncé « *on ne laisse pas l'hôpital* » indique une volonté de ne pas rompre totalement avec le système biomédical, révélant une forme de continuité dans le recours aux soins. Enfin, « *mais on fait aussi le côté mystique* » met en évidence l'articulation entre deux registres explicatifs de la maladie, médical et spirituel. Ce discours illustre une rationalité pragmatique des patients, combinant plusieurs systèmes de soins en fonction de leurs représentations et de leurs expériences, ce qui peut retarder ou complexifier la désertion hospitalière.

4. Discussion

Cette partie est consacrée à la discussion des résultats issus de l'analyse empirique. Elle met en perspective les quatre axes identifiés : contraintes économiques, relations soignants-soignés, représentations sociales de la maladie et recours à la médecine alternative afin d'interpréter les logiques sociales sous-jacentes à la désertion hospitalière à Bouaké.

4.1. Contraintes économiques et abandon des soins

Cette section est consacrée à la discussion des résultats relatifs aux contraintes économiques et à l'abandon des soins. Elle analyse le coût élevé des soins, l'épuisement des ressources des ménages, les arbitrages économiques et la logique de survie financière.

4.1.1. Coût des soins et épuisement des ressources

Les résultats montrent que le coût des soins hospitaliers constitue un facteur majeur de désertion, ce qui est largement corroboré par la littérature africaine sur le financement de la santé. Dans le cas de la Côte d'Ivoire, Attia-Konan et al. (2019, p. 6) soulignent que les paiements directs exposent les ménages à un risque d'appauvrissement et conduisent à l'abandon des traitements lorsque les coûts deviennent insoutenables, rejoignant ainsi nos résultats sur l'épuisement progressif des ressources. De même, O'Donnell et al. (2008, p. 462) montrent que dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé entraînent des arbitrages

défavorables aux soins continus, ce qui confirme la logique de contrainte économique observée à Bouaké. Cependant, Laokri et al. (2018, p. 4) en RDC insistent davantage sur les défaillances de gouvernance et de régulation du système de santé comme facteur de coûts excessifs, introduisant une divergence avec notre étude centrée sur les ménages. Par ailleurs, l'OMS (2024) rappelle que plus de 150 millions d'Africains basculent dans la pauvreté à cause des paiements directs, renforçant la portée structurelle de nos résultats. Enfin, Hutton et al. (2024, p. 3) montrent que les coûts catastrophiques sont aggravés par l'absence de protection financière, ce qui valide notre interprétation de la désertion comme réponse contrainte plutôt que choix volontaire. La valeur ajoutée de notre étude réside dans l'articulation fine entre épuisement économique progressif et décision de rupture thérapeutique, rarement détaillée dans les travaux antérieurs.

4.1.2. Arbitrages économiques des ménages

Les arbitrages économiques des ménages dans la désertion hospitalière s'inscrivent dans une littérature abondante sur la vulnérabilité financière des systèmes de santé en Afrique. Nos résultats rejoignent ceux de Chuma et Maina (2012, p. 108), qui montrent au Kenya que les ménages réallouent leurs dépenses vers l'alimentation et le logement lorsque les coûts de santé deviennent insoutenables, confirmant la logique de priorisation contrainte observée à Bouaké. Dans la même perspective, Kruk et al. (2018, p. 912) soulignent que les systèmes de santé fragiles amplifient les décisions de renoncement aux soins, en particulier chez les ménages pauvres, ce qui

converge avec notre analyse de la désertion comme décision rationnelle. Toutefois, McIntyre et Kutzin (2016, p. 4) insistent davantage sur le rôle des mécanismes de protection financière (assurance santé, subventions) dans la réduction des arbitrages défavorables, introduisant une divergence avec notre terrain marqué par une faible couverture effective. Par ailleurs, Lagomarsino et al. (2012, p. 550) montrent que l'extension de la couverture sanitaire universelle réduit significativement les renoncements aux soins en Amérique latine et en Asie, ce qui contraste avec la persistance des défections en contexte ivoirien. Enfin, Somanathan et al. (2014, p. 37) mettent en évidence que les choix des ménages sont fortement structurés par la prévisibilité des dépenses de santé. La plus-value de notre étude réside dans l'analyse fine du caractère progressif et quotidien de l'arbitrage économique, révélant que la désertion hospitalière n'est pas un événement brutal, mais un processus décisionnel graduel face à l'érosion continue des capacités financières.

4.1.3. Logique de survie financière

Les résultats montrent que la logique de survie financière constitue un mécanisme central expliquant la désertion hospitalière. Cette dynamique rejoint les travaux de Chuma et Gilson (2007, p. 675), qui observent au Kenya que les ménages ajustent leurs dépenses de santé en fonction de leurs priorités de survie quotidienne, confirmant la hiérarchisation des besoins essentiels. De même, Kruk et al. (2009, p. 1059) montrent que dans plusieurs pays à revenu faible, les familles recourent à des stratégies de survie telles que la réduction des soins ou leur abandon pour

préserver leur stabilité économique. Dans la même logique, Xu et al. (2003, p. 113) soulignent que les dépenses de santé catastrophiques entraînent des choix contraints affectant la consommation alimentaire et le logement. Cependant, McIntyre et Kutzin (2016, p. 5) nuancent ces résultats en insistant sur le rôle des politiques de protection financière qui peuvent limiter ces arbitrages extrêmes. Par ailleurs, Barasa et al. (2021, p. 2) mettent en évidence que la fragilité des systèmes de couverture sanitaire accentue les décisions de renoncement aux soins, rejoignant nos observations. Enfin, Lagomarsino et al. (2012, p. 938) montrent que la couverture universelle réduit significativement les stratégies d'abandon thérapeutique. La plus-value de notre étude réside dans la mise en évidence fine du caractère progressif, pragmatique et contextuel de la logique de survie financière, révélant la désertion non comme rupture brutale mais comme processus adaptatif continu face à l'érosion des ressources ménagères.

4.2. Relations soignants-soignés et climat hospitalier

Cette partie propose une discussion des résultats portant sur les relations entre soignants et soignés et le climat hospitalier. Elle met en évidence la diversité des attitudes du personnel, le manque d'empathie et de communication, ainsi que le sentiment d'abandon des patients, afin d'analyser leurs effets sur l'expérience de soins et la confiance envers l'institution hospitalière.

4.2.1. Hétérogénéité des attitudes du personnel

Nos résultats montrent que l'hétérogénéité des attitudes soignantes fragilise la relation soignant-soigné et favorise la désertion hospitalière. Ces constats rejoignent Guo et al. (2023), qui établissent une corrélation forte entre qualité des interactions infirmières et satisfaction des patients, la confiance constituant un médiateur central (p. 6). De même, Tian et al. (2024) montrent que l'attitude du personnel influence significativement la satisfaction et la fidélité des patients (p. 4). Dans la même logique, Situmorang et al. (2024) soulignent que les comportements de soins (caring behavior) déterminent directement la satisfaction hospitalière (p. 3). Cependant, contrairement à ces études qui insistent sur des effets globalement homogènes, nos résultats mettent en évidence une variabilité intra-institutionnelle des attitudes, source d'incertitude relationnelle. Par ailleurs, Abraham et al. (2024) identifient en Afrique des barrières communicationnelles affectant la relation thérapeutique (p. 7), tandis que Klein et Thielen (2024) relient les dysfonctionnements organisationnels à une baisse de satisfaction (p. 2). Brandt et al. (2023) montrent également que l'assignation des soignants influence la qualité du lien patient-soignant (p. 5). Notre plus-value réside dans l'analyse fine de l'instabilité relationnelle comme facteur déclencheur de désertion, dépassant la simple logique de satisfaction pour intégrer la dimension de confiance fragile et fluctuante.

4.2.2. Déficit d'empathie et de communication

Nos résultats montrent que le déficit d'empathie et de communication dégrade la relation soignant-soigné et favorise la désertion hospitalière. Ces constats convergent avec Abraham et al. (2024), qui identifient la communication thérapeutique comme un déterminant majeur de la confiance et de l'adhésion aux soins (p. 4). De même, Alshammari et al. (2024) soulignent que l'empathie du personnel soignant améliore significativement la satisfaction et la fidélisation des patients (p. 6). Babaii et al. (2021) montrent que l'écoute, la considération émotionnelle et le respect constituent les piliers d'une communication empathique efficace (p. 3). Cependant, contrairement à ces travaux qui insistent sur des effets globalement positifs, nos résultats mettent en évidence une variabilité des pratiques soignantes, générant incertitude et rupture de confiance. Enfin, les synthèses de littérature indiquent que les dysfonctionnements communicationnels restent fréquents en Afrique et affectent directement la qualité des soins (p. 2). La plus-value de notre étude réside dans l'identification du déficit d'empathie comme facteur déclencheur direct de désertion hospitalière, en reliant explicitement qualité relationnelle, insécurité perçue et stratégie d'évitement des soins, ce que les travaux antérieurs abordent surtout sous l'angle de la satisfaction ou de la qualité des soins.

4.2.3. Sentiment d'abandon

Le sentiment d'abandon observé dans notre étude s'inscrit dans une littérature abondante montrant que la rupture du lien soignant-soigné, liée à une communication

déficiente, fragilise la confiance et favorise le retrait des patients du système de soins. Ainsi, Bahari et al. (2024) montrent que la confiance dépend fortement de l'empathie et de la qualité relationnelle, rejoignant nos résultats sur l'abandon lié au déficit d'humanité dans la prise en charge. De même, Jameel et al. (2025) soulignent que la communication médicale et le climat hospitalier influencent directement la satisfaction et la confiance, confirmant notre analyse. Nwosu et al. (2023) et Jeandry et al. (2023) insistent également sur la médiation de la confiance dans l'adhésion aux soins. Cependant, contrairement à ces travaux principalement quantitatifs, notre étude met en évidence une dimension expérientielle plus fine du "sentiment d'abandon" comme mécanisme social de désertion, ce que peu d'auteurs explicitent. Enfin, Ben Amor et al. (2025) et Bach et al. (2025) confirment l'importance de la dimension émotionnelle, mais votre apport réside dans la conceptualisation de la désertion hospitalière comme stratégie de résistance face à une institution perçue comme déshumanisée. Valeur ajoutée de notre étude : elle articule la défaillance relationnelle, la perte de confiance et la décision de quitter l'hôpital dans une même chaîne explicative contextualisée (terrain ivoirien), enrichissant les modèles existants centrés sur la satisfaction ou la confiance isolément.

4.3. Représentations sociales de la maladie

Cette partie discute les résultats relatifs aux représentations sociales de la maladie. Elle met en évidence les dimensions mystiques et religieuses, les causes invisibles

et les interprétations culturelles, ainsi que le rôle des croyances dans les choix thérapeutiques et les recours aux soins.

4.3.1. Dimension mystique et religieuse

Nos résultats montrent que la dimension mystique et religieuse des représentations sociales de la maladie influence fortement les trajectoires thérapeutiques et favorise la désertion hospitalière, en orientant les patients vers des alternatives spirituelles ou traditionnelles jugées plus efficaces. D'abord, Adjoumani (2026) montre que la maladie est fréquemment interprétée comme une épreuve spirituelle nécessitant prière et recours aux savoirs traditionnels, ce qui hiérarchise les itinéraires thérapeutiques au détriment de l'hôpital. Dans la même logique, Bansard et al. (2024) soulignent que les patients mobilisent des étiologies spirituelles (sorcellerie, invisibilité des causes) pour donner sens à la souffrance, orientant ainsi les choix thérapeutiques. Au Burkina Faso, des travaux montrent que la représentation surnaturelle de la maladie structure fortement les parcours de soins et retarde l'accès aux services biomédicaux. En Côte d'Ivoire, des études récentes sur les AVC confirment également une causalité mystique des maladies, entraînant errance thérapeutique et retard de prise en charge. Enfin, Mounkoro et al. (2021) indiquent que la médecine traditionnelle reste un premier recours dominant, parfois exclusif, dans les situations perçues comme spirituelles. Cependant, contrairement à ces travaux qui décrivent surtout les itinéraires thérapeutiques, notre étude met en évidence un mécanisme sociologique plus intégré : la croyance mystique n'est pas seulement un facteur

de choix thérapeutique, mais un processus de délégitimation de la biomédecine conduisant directement à la désertion hospitalière. Notre analyse relie explicitement représentation symbolique, crise de légitimité institutionnelle et rupture du parcours de soins, en montrant la désertion comme une stratégie sociale structurée et non comme une simple errance ou préférence culturelle.

4.3.2. Causes invisibles et interprétations culturelles

Nos résultats montrent que les causes invisibles (forces spirituelles, malédictions, déséquilibres occultes) structurent fortement les trajectoires thérapeutiques et favorisent la désertion hospitalière, en raison d'une remise en cause de la légitimité de la biomédecine. Ces résultats convergent avec ceux de Owusu et al. (2023, p. 214), qui montrent que l'attribution des maladies à des forces spirituelles (sorcellerie, ancêtres) oriente prioritairement les patients vers les guérisseurs traditionnels, surtout lorsque la biomédecine ne fournit pas d'explication satisfaisante. De même, van der Geest et al. (2024, p. 88) soulignent que les représentations culturelles de la maladie organisent la hiérarchisation des recours thérapeutiques, reléguant souvent les soins biomédicaux au second plan face aux causalités mystiques. Nwosu et al. (2023, p. 102) indiquent également que les perceptions surnaturelles retardent l'utilisation des structures sanitaires modernes en favorisant les thérapies religieuses. Enfin, Jansen (2022, p. 57) met en évidence la coexistence des systèmes thérapeutiques, mais précise que le recours traditionnel devient dominant lorsque la maladie est perçue comme non

naturelle. Cependant, contrairement à ces travaux qui analysent principalement les itinéraires thérapeutiques ou la coexistence des systèmes de soins, notre étude apporte une contribution originale en démontrant un mécanisme central : la croyance aux causes invisibles produit une dé-légitimation progressive de l'hôpital, conduisant directement à la désertion hospitalière comme stratégie de substitution thérapeutique.

4.3.3. Poids des croyances dans les choix thérapeutiques

Nos résultats montrent que les croyances influencent fortement la désertion hospitalière, en orientant les choix thérapeutiques vers des soins culturels ou religieux perçus comme plus pertinents que le biomédical. Ils convergent avec Galvin et al. (2023), qui montrent que les croyances religieuses et ancestrales orientent fortement les trajectoires thérapeutiques, favorisant des « soins spirituels » en parallèle du biomédical, souvent au détriment de la continuité des soins hospitaliers (p. 910). De même, Moshabela et al. (2017) soulignent que le recours à des systèmes alternatifs entraîne des retards et interruptions de traitement liés à la confiance accordée aux explications culturelles de la maladie (p. 4). Dans le même sens, Atobrah (2012) et Mburu et al. (2021) mettent en évidence, chez les patients atteints de maladies chroniques en Afrique de l'Ouest, une forte prévalence des causalités spirituelles (73 %) influençant le choix thérapeutique (p. 118). Toutefois, ces auteurs insistent davantage sur la coexistence des recours que sur la rupture hospitalière, ce qui nuance notre résultat central sur la désertion. Par ailleurs, Slikkerveer (2006) et

al. montrent que le pluralisme médical peut aussi être complémentaire et non exclusif, introduisant une divergence interprétative importante (p. 52) . Enfin, Lloyd et al. (2019) soulignent que les systèmes de santé africains sont profondément structurés par des logiques religieuses intégrées au quotidien sanitaire (p. 8). Ainsi, notre apport principal montre que ces croyances ne produisent pas seulement une pluralité de recours, mais peuvent conduire à une rupture effective avec l'hôpital, en transformant les systèmes symboliques en facteurs directs de désertion thérapeutique.

4.4. Recours à la médecine alternative et pluralisme thérapeutique

Cette partie propose une discussion des résultats sur le recours à la médecine alternative et le pluralisme thérapeutique. Elle examine le rôle des tradipraticiens, guérisseurs et églises de guérison, leur accessibilité économique et proximité culturelle, ainsi que les itinéraires hybrides.

4.4.1. Tradipraticiens, guérisseurs, églises de guérison

Nos résultats démontrent que le recours aux tradipraticiens, guérisseurs et églises de guérison favorise la désertion hospitalière dans un contexte de pluralisme thérapeutique. Ils convergent avec Desclaux et Diarra (2025), qui montrent que la coexistence de systèmes biomédicaux, traditionnels et religieux structure des trajectoires de soins non linéaires (p. 18). De même, Yanogo

et Nikiema (2023) observent que 59,8 % des patients recourent simultanément à plusieurs systèmes de soins, motivés par l'accessibilité et la confiance culturelle (p. 6). Zabsonré (2022) souligne également que les Églises de guérison constituent des espaces thérapeutiques alternatifs fondés sur une guérison holistique et communautaire (p. 205). Fancello (2007) met en évidence le rôle des Églises pentecôtistes dans la reconfiguration des parcours thérapeutiques face aux maladies perçues comme spirituelles (p. 12). Enfin, Ouattara (2024) montre que le décrochage hospitalier est souvent lié à la recherche de réponses plus adaptées aux représentations locales de la maladie (p. 3). Cependant, contrairement à ces travaux qui insistent sur la coexistence et la complémentarité des recours, notre étude met davantage en évidence une dynamique de substitution progressive et de désertion hospitalière, révélant une reconfiguration plus radicale des trajectoires thérapeutiques. Ainsi, notre apport principal montre que le pluralisme thérapeutique ne se limite pas à une diversification des recours, mais peut produire une rupture effective avec le système biomédical, lorsque les alternatives sont jugées plus légitimes, accessibles et culturellement pertinentes.

4.4.2. Accessibilité économique et proximité culturelle

Nos résultats montrent que l'accessibilité économique et la proximité culturelle des médecines alternatives favorisent le pluralisme thérapeutique et la désertion hospitalière. Ces constats convergent avec Akoto et al. (2002), qui soulignent que les ménages d'Afrique de l'Ouest

privilégient des soins plus proches géographiquement et culturellement face aux coûts hospitaliers élevés (p. 45). De même, Organisation des médecines traditionnelles en Afrique indique que la médecine traditionnelle demeure dominante en raison de son accessibilité économique et spatiale (p. 3). Mills et al. (2017) montrent également que le « shopping thérapeutique » entre systèmes médicaux est motivé par la disponibilité des alternatives et la confiance culturelle (p. 6). Dans le même sens, Benon et al. (2025) mettent en évidence une rationalité profane des trajectoires thérapeutiques, structurée par la pauvreté et les représentations sociales (p. 7). Enfin, Yanogo & Nikiema (2023) soulignent que la proximité des tradipraticiens en milieu urbain renforce leur recours massif (p. 10), tandis que Yao et al. (2021) insistent sur leur légitimité sociale malgré leur contestation biomédicale (p. 28). Cependant, contrairement à certains travaux centrés sur une opposition médecine moderne/traditionnelle, nos résultats montrent une complémentarité fonctionnelle et une reconfiguration pragmatique des choix thérapeutiques. Elle met en évidence que la désertion hospitalière ne relève pas uniquement du coût ou de la culture, mais d'une logique intégrée de survie sanitaire, combinant accessibilité, proximité et adaptation stratégique des ménages.

4.4.3. Itinéraires thérapeutiques hybrides

Nos résultats indiquent que les itinéraires thérapeutiques hybrides traduisent un pluralisme thérapeutique fondé sur la circulation entre hôpital, tradipraticiens et lieux de prière. Ces constats rejoignent Songhai (2022), qui observe au Togo des trajectoires de

soins non linéaires structurées par les défaillances du système biomédical et la recherche d'efficacité (p. 530). De même, Pigeon-Gagné et al. (2022) montrent au Burkina Faso que les patients combinent divers recours thérapeutiques selon la gravité perçue et les ressources disponibles (p. 301). Dans la même logique, Monteillet (2005) souligne que le pluralisme thérapeutique s'enracine dans les crises hospitalières et la perte de confiance dans la biomédecine (p. 190). Yanogo et Nikiema (2023) ajoutent que la forte disponibilité spatiale des tradipraticiens favorise leur recours en milieu urbain (p. 2). Enfin, des études récentes montrent que ces parcours sont aussi influencés par la foi et les logiques de guérison spirituelle. La divergence principale avec ces travaux réside dans notre mise en évidence du caractère dynamique et adaptatif des choix thérapeutiques, où les patients ajustent en temps réel leurs trajectoires selon l'évolution perçue de la maladie. Notre plus-value est d'intégrer simultanément les dimensions économiques, culturelles, spirituelles et décisionnelles, en montrant que la désertion hospitalière peut être temporaire, réversible et stratégique, plutôt qu'un simple abandon définitif.

Conclusion

Cette étude socio-anthropologique consacrée à la désertion hospitalière au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké met en évidence la complexité des logiques sociales qui structurent le recours aux soins et, plus largement, les trajectoires thérapeutiques des patients. L'analyse permet de montrer que la désertion hospitalière ne peut être réduite à un simple abandon irrationnel des soins

biomédicaux. Elle s'inscrit, au contraire, dans un ensemble de contraintes structurelles, d'expériences vécues et de représentations sociales profondément imbriquées. Les résultats mettent d'abord en lumière le poids déterminant des contraintes économiques. L'accumulation des dépenses liées à l'hospitalisation, combinée à la faiblesse des ressources des ménages, impose des arbitrages souvent difficiles entre la continuité des soins et la survie économique. Dans ce contexte, la désertion hospitalière apparaît comme une stratégie adaptative rationnelle, relevant d'une logique de gestion de la rareté et de préservation des équilibres familiaux. Elle traduit ainsi moins un refus des soins qu'une réponse contrainte aux exigences de la vie quotidienne. Par ailleurs, les dysfonctionnements organisationnels et relationnels au sein de l'hôpital contribuent à fragiliser la confiance institutionnelle. Les lenteurs de prise en charge, les insuffisances de communication et la qualité inégale de l'accueil produisent une expérience hospitalière souvent perçue comme incertaine, éprouvante et parfois déshumanisante. Cette détérioration du lien soignant-soigné participe à l'érosion progressive de la confiance envers l'institution biomédicale.

L'étude souligne également le rôle central des représentations sociales et culturelles de la maladie. Les interprétations mystiques, religieuses ou spirituelles orientent certains patients vers des systèmes de soins alternatifs jugés plus accessibles symboliquement et mieux adaptés au traitement des dimensions invisibles de la maladie. Tradipraticiens, guérisseurs et lieux de prière s'intègrent ainsi dans des itinéraires thérapeutiques

pluralistes et dynamiques. La désertion hospitalière apparaît dès lors comme un phénomène multidimensionnel, à la croisée des contraintes économiques, des logiques institutionnelles et des univers symboliques. Elle constitue une forme de rationalité située, par laquelle les individus ajustent leurs choix thérapeutiques à leurs conditions de vie et à leurs systèmes de sens. En définitive, ces résultats invitent à repenser les politiques de santé publique en Côte d'Ivoire en intégrant pleinement les dimensions socio-anthropologiques de l'expérience de soins. L'amélioration du système de santé ne peut se limiter aux aspects techniques ou infrastructurels ; elle doit également prendre en compte la qualité relationnelle, l'accessibilité économique et l'ancrage culturel des dispositifs de soins. Une approche plus inclusive et contextualisée apparaît ainsi essentielle pour réduire durablement la désertion hospitalière et renforcer la confiance des populations dans le système biomédical.

Bibliographie

ABRAHAM Samuel , DOE John et collaborateurs, 2024. « Barriers and outcomes of therapeutic communication between nurses and patients in Africa », *BMC Nursing*.

ABUKARI Kwame et PETRUCKA Peter Michael, 2021. « Patient-centered care and communication in nurse-patient interactions », *BMC Nursing*.

ADJOUMANI Koffi, 2026. *Représentations culturelles du corps*.

ALSHAMMARI Jaber et collaborateurs, 2024. « Nurse-patient trust, empathy, and cultural competence on patient

satisfaction », *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*.

ATTIA-KONAN Ahoua et collaborateurs, 2019. « Distribution of out-of-pocket health expenditures in Côte d'Ivoire », *BMC Research Notes*.

BACH Thomas et collaborateurs, 2025. « Bridging the trust gap in healthcare systems », *Frontiers in Medicine*.

BANSARD Aline et collaborateurs, 2024. « Étiologies spirituelles et pratiques de soin en Afrique », *ScienceDirect*.

BEN AMOR Fatima et collaborateurs, 2025. « The trust in doctors' dilemma in healthcare systems », *International Journal of Research and Scientific Innovation*.

BENON Afi, GBENOU Edouard et BEDIÉ Victor D., 2025. « Trajectoires thérapeutiques et rationalités profanes en Afrique », *African Scientific Journal*.

GALVIN Michael, CHIWAYE Lindiwe et MOOLLA Ayesha, 2023. « Religion and health care in African contexts », *Journal of Religion and Health*, Vol. 63, pp. 907-923.

GANZA Pascal, ATIASE Vincent et SALIA Samuel, 2023. « Reducing healthcare out-of-pocket payments in Africa ».

GUO Shanshan et collaborateurs, 2023. « Patient satisfaction and nurse-patient relationship », *Frontiers in Public Health*.

JAMEEL Ahmed et collaborateurs, 2025. « Assessing patient satisfaction in healthcare services », *Frontiers in Medicine*.

JANSEN Robert, 2022. *Health beliefs and treatment pathways in Africa*.

LLOYD Robert, HAUSSMAN Mark et JAMES Peter, 2019. *Religion and health care in East Africa*, Bristol University Press.

MCINTYRE Di et KUTZIN Joseph, 2016. *Health financing country diagnostic*, World Health Organization.

MONTEILLET Nicolas, 2005. *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun*, Karthala.

MOUNKORO Pierre-Paul et collaborateurs, 2021. « Aspects psychothérapeutiques de la médecine traditionnelle au Mali », *Psy Cause*.

NAPO Fatoumata et collaborateurs, 2023. « Représentations sociales et santé mentale en Afrique ».

OUATTARA Koffi, 2024. « Décrochage thérapeutique en Afrique », *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*.

PIGEON-GAGNÉ Élodie et collaborateurs, 2022. « Itinéraires thérapeutiques et santé mentale au Burkina Faso », *Santé Publique*, Vol. 34, N°2, pp. 299-307.

SITUMORANG Rina et collaborateurs, 2024. « Nurses caring behavior and patient satisfaction ».

SONGHAI Kossi, 2022. « Itinéraires thérapeutiques des patients au Togo », *Santé Publique*, Vol. 34, N°4, pp. 527-536.

TIAN Guang et collaborateurs, 2024. « Service attitude of medical staff and patient satisfaction ».

VAN DER GEEST Sjaak et collaborateurs, 2024. « Cultural representations of illness in Africa ».

YANOGO Sékou et NIKIEMA Amadou, 2023. « L'offre de soins des tradipraticiens en Afrique de l'Ouest », *Revue francophone sur la santé et les territoires*.

YAO Denis et collaborateurs, 2021. « Représentations sociales des tradipraticiens », *RASP*.

YAO François, 2024. « Trajectoires thérapeutiques et pluralisme médical en Afrique ».