



Revue des Sciences Sociales

Numéro 2 | 2025

Numéro Varia | juin 2025

REA – Impact factor (SJIF) 2025 : 5.341

Date de soumission : 29-04-2025 / Date de publication : 30-06-2025

STRATÉGIES DE RÉSILIENCE DES PATIENTS DE L'HÔPITAL RÉGIONAL DE LABÉ FACE AUX PAIEMENTS DES ORDONNANCES MÉDICALES

RESILIENCE STRATEGIES FOR PATIENTS AT THE LABE REGIONAL HOSPITAL IN THE FACE OF MEDICAL PRESCRIPTION PAYMENTS

Amara KEITA

RÉSUMÉ

Dans un contexte socio-économique marqué par la précarité, le travail informel et l'inégalité d'accès aux soins, les patients de l'Hôpital Régional de Labé sont confrontés à des difficultés majeures pour s'acquitter du coût des ordonnances médicales. Cette situation soulève un problème central : comment ces patients parviennent-ils à faire face à cette charge financière dans un système de santé peu accessible ? L'objectif de cette étude est d'analyser les stratégies de résilience mises en œuvre par ces patients pour surmonter les contraintes économiques liées au paiement des ordonnances médicales. La recherche repose sur une approche mixte, combinant questionnaires, entretiens semi-structurés et des observations directes auprès des usagers de l'hôpital. Les résultats révèlent que les patients ne restent pas passifs face aux exigences du système, mais développent des mécanismes d'adaptation variés. Ces stratégies s'organisent autour de trois pôles principaux : le capital social (entraide communautaire, réseaux de solidarité), le capital économique alternatif (épargne informelle, vente

d'objets personnels), et la négociation institutionnelle (report ou échelonnement des paiements). Par ailleurs, une économie morale de la santé émerge, où les patients arbitrent leurs choix médicaux en fonction de leurs moyens : auto-diagnostic, sélection partielle de médicaments, recours à la médecine traditionnelle. En conclusion, cette étude met en lumière la capacité d'action des patients, souvent invisibilisée, qui redéfinissent de manière discrète les normes institutionnelles à travers des tactiques de contournement, révélant ainsi des formes de résistance ancrées dans les dynamiques locales.

Mots-clés : ordonnance médicale, stratégies d'adaptation, résilience, paiement des soins, Hôpital Régional de Labé.

ABSTRACT

In a socio-economic context marked by precarious living conditions, informal employment, and unequal access to healthcare, patients at the Regional Hospital of Labé face significant challenges in

covering the cost of medical prescriptions. This raises a central question: how do these patients manage the financial burden imposed by the health system? The aim of this study is to analyze the resilience strategies employed by patients to cope with the economic constraints of medical payments. The research adopts a qualitative approach, combining semi-structured interviews and participant observations conducted with hospital users. Findings reveal that patients are not passive in the face of systemic demands. Instead, they develop diverse adaptive strategies, which fall into three main categories: social capital (community support, solidarity networks), alternative economic capital (informal savings, urgent sales of personal belongings), and institutional negotiation (payment delays or installments). Additionally, a moral economy of healthcare emerges, wherein patients make strategic medical decisions based on financial limitations, self-diagnosis, partial medication purchases, or reliance on traditional medicine. In conclusion, the study highlights the often-overlooked agency of patients who discreetly renegotiate institutional norms through avoidance tactics and subtle forms of resistance. These strategies reflect locally grounded capacities for action and survival.

Keywords : medical prescription, coping strategies, resilience, healthcare payments, Regional Hospital of Labé.

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, l'accès aux soins de santé reste une préoccupation majeure, particulièrement dans des contextes où les systèmes de santé sont faiblement structurés, peu financés et fortement dépendants du paiement direct des usagers. La Guinée illustre parfaitement cette situation. Malgré des efforts institutionnels, son système de santé reste caractérisé par une faible couverture sanitaire, une dépendance aux aides internationales, une forte centralisation des services et un sous-financement chronique (Sylla 2017 : 104). Les dépenses de santé y sont majoritairement assurées par les ménages eux-mêmes, exposant ainsi une grande partie de la

population à un risque élevé de non-recours aux soins. L'accès aux traitements médicaux repose très souvent sur la capacité immédiate à payer, notamment en ce qui concerne l'achat des médicaments prescrits. Dans ce contexte, le paiement des ordonnances médicales devient un enjeu central de survie, particulièrement pour les groupes vulnérables. La région de Labé, située au nord de la Guinée, est un espace pertinent pour analyser ces dynamiques. Sa population, majoritairement rurale, vit d'activités agricoles et commerciales informelles, dans un environnement économique instable. L'Hôpital Régional de Labé, principal centre de référence pour la région, accueille une patientèle diversifiée issue à la fois des zones urbaines et rurales. Il est confronté à plusieurs défis : sous-effectif médical, manque d'équipements, et surtout, une absence de mécanismes de prise en charge financière pour les patients. Les consultations, examens et ordonnances y sont intégralement payants. Cette réalité renforce la vulnérabilité des patients, en particulier ceux issus des couches sociales les plus modestes, qui se retrouvent souvent dans l'incapacité de suivre leurs traitements médicaux faute de moyens (Camara 2019 : 86). Dans ce cadre, le règlement des ordonnances médicales devient plus qu'un simple acte administratif ou financier : il représente un seuil critique de l'accès aux soins. Ne pas pouvoir régler une ordonnance, c'est retarder, interrompre, ou abandonner un traitement, avec des conséquences parfois graves sur la santé. Cette situation engendre des comportements adaptatifs et révèle une dynamique sociale méconnue : les stratégies de résilience mises en œuvre par les patients pour surmonter l'obstacle économique. La résilience, dans ce contexte, se comprend comme la capacité des individus et des groupes à s'ajuster face à l'adversité, en mobilisant des ressources matérielles, sociales, symboliques ou institutionnelles (Castel 2009 : 42). Ces stratégies, souvent discrètes, révèlent un véritable savoir-faire social de survie dans un environnement incertain. Pourtant, les travaux sur la santé en Afrique de l'Ouest documentent rarement ces pratiques concrètes d'adaptation. On sait que les obstacles financiers excluent, que l'Etat est faiblement présent, mais on connaît très peu les tactiques fines de contournement, les solidarités mobilisées ou les négociations silencieuses menées

au quotidien. Ce déficit de connaissance entretient une représentation passive des patients, les réduisant à des victimes d'un système défaillant. Or, comme l'affirme James Scott, les formes de résistance infra-politiques (ces gestes modestes, invisibles ou codés) constituent des pratiques politiques à part entière (Scott 1985 : 33). A l'Hôpital Régional de Labé, les patients ne subissent pas simplement les règles : ils bricolent, ajustent, négocient, contournent. Leurs actions, ancrées dans un tissu social local, mobilisent capital social (réseaux d'entraide, parenté), économique (épargne informelle, ventes d'urgence), et symbolique (valeurs de dignité et d'honneur). Ces stratégies ne sont pas de simples réponses à la précarité ; elles redessinent les contours d'un système médical marchandisé. Dans cette optique, notre démarche : elle part de l'empirie, de l'observation de terrain et des récits de patients, pour faire émerger les logiques sociales sous-jacentes. Plutôt que de plaquer un cadre théorique figé, il s'agit de comprendre ce que ces pratiques disent des rapports sociaux, des économies locales et de l'appropriation (ou de la réinvention) du système de santé. Cette approche nous permet d'interroger ce que Didier Fassin appelle l'« économie morale de la santé », où les choix médicaux ne découlent pas seulement de prescriptions biomédicales, mais de compromis entre normes institutionnelles, hiérarchies sociales et contraintes économiques (Fassin 2004 : 140). En croisant sociologie économique et anthropologie de la santé, cette étude vise à cerner les conditions dans lesquelles les patients construisent leurs trajectoires de soins. L'objectif est double : identifier les types de stratégies de résilience déployées face au paiement des ordonnances médicales ; et analyser les facteurs socio-économiques, culturels et relationnels qui influencent ces stratégies. Mais aussi : quelles en sont les limites ? Jusqu'où permettent-elles l'accès aux soins ? A quel point deviennent-elles inefficaces, voire délétères ? Ce travail participe d'une sociologie des inégalités qui refuse de dissocier les contraintes économiques des dynamiques sociales. En Guinée, comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, l'accès aux soins dépend moins de l'existence d'un centre de santé que de la capacité des individus à mobiliser des ressources multiples dans un environnement hostile. Les patients sont devenus les gestionnaires d'un risque sanitaire individualisé,

évoluant dans un champ médical de plus en plus marchandisé. Cette recherche entre ainsi en résonance avec les réflexions sur la gouvernamentalité néolibérale et la responsabilisation des individus dans les politiques sociales (Rosanvallon 2006 :77). En analysant les stratégies de résilience face au paiement des ordonnances, nous mettons en lumière les tensions entre logiques de survie et domination, entre créativité sociale et gestion ordinaire de la pauvreté dans un système de santé en crise.

1. REFERENCES CONCEPTUELLES, SOCIOLOGIQUES ET ANCRAGE THEORIQUE

La compréhension des stratégies de résilience déployées par les patients de l'Hôpital Régional de Labé face au paiement des ordonnances médicales nécessite une mobilisation combinée de concepts clés, de perspectives sociologiques pertinentes et d'un cadre théorique structurant. Cette section vise à clarifier ces trois niveaux essentiels pour donner une assise scientifique solide à notre étude.

1.1. Concepts fondamentaux

Résilience, accès aux soins, vulnérabilité, stratégies, et paiement des ordonnances médicales sont les concepts centraux qui balisent notre objet de recherche. La résilience sociale, tout d'abord, constitue une clé d'analyse majeure. Développé initialement dans les sciences écologiques (Holling 1973 :14), ce concept a été progressivement adapté aux sciences sociales pour désigner la capacité d'individus ou de groupes à absorber des chocs et à se réorganiser sans s'effondrer (Adger 2000 : 347). Dans notre étude, la résilience s'exprime à travers les ajustements pratiques, économiques, sociaux et culturels que les patients mettent en œuvre pour maintenir un accès aux médicaments, malgré une précarité persistante. Le concept d'accès aux soins, tel que formulé par (Andersen et Newman 2005 : 10-12), renvoie à l'interaction entre les caractéristiques individuelles (besoins perçus, croyances, ressources) et les facteurs structurels (disponibilité, coût, organisation des services de santé). Dans un contexte de paiement direct comme celui de Labé, l'accès est profondément

conditionné par les capacités économiques des usagers. La notion de vulnérabilité, elle, permet d'appréhender l'exposition à des risques sociaux, sanitaires ou économiques sans moyens suffisants pour y faire face (Chambers 1989 : 1-2). Elle est indissociable ici des effets de la pauvreté, de l'instabilité des revenus et de l'absence de couverture sanitaire, qui renforcent l'incertitude et l'exclusion médicale. Enfin, le paiement des ordonnances représente un point d'articulation critique entre la décision médicale et la réalité socio-économique des patients. Ce n'est pas un acte neutre : il constitue un filtre social qui sélectionne qui pourra accéder à un traitement complet, partiel ou nul.

1.2. Perspectives sociologiques

Notre analyse s'appuie sur trois champs majeurs de la sociologie : la sociologie de la santé, la sociologie de la pauvreté, et la sociologie des stratégies. La sociologie de la santé nous aide à comprendre la santé comme un construit social, situé historiquement et culturellement. Elle permet d'examiner comment les patients s'approprient les soins médicaux, comment ils interprètent la maladie, et comment les normes sociales influencent leurs comportements face aux prescriptions. L'approche pluraliste des systèmes de soins développée par (Kleinman 1980 : 50) est ici particulièrement utile : elle montre que les choix thérapeutiques ne répondent pas seulement à une logique biomédicale, mais aussi à des contraintes économiques, sociales et symboliques. La sociologie de la pauvreté éclaire les inégalités structurelles et les formes d'exclusion sociale qui façonnent l'expérience des patients. Comme l'a montré (Castel 2009 : 19), la pauvreté ne se résume pas à un déficit de ressources, mais inclut une fragilité des liens sociaux, un isolement, et une exposition accrue aux aléas de la vie. Ces dimensions influencent directement la capacité à faire face à une dépense de santé imprévue, comme celle d'une ordonnance médicale. La sociologie des stratégies, enfin, permet de sortir d'une vision fataliste ou passive des individus en situation de précarité. Inspirée notamment des travaux de (Bourdieu, 1994 : 100) cette perspective envisage les pratiques sociales comme des réponses calculées à des contraintes objectives, dans un espace

de positions et de ressources inégales. Les patients ne sont pas simplement victimes du système de santé marchandisé : ils élaborent des tactiques de contournement, mobilisent leurs réseaux, négocient, fragmentent les soins, ou recourent à des alternatives non conventionnelles.

1.3. Cadre théorique : articuler les mécanismes à l'œuvre

Au-delà des concepts et perspectives, notre étude s'appuie sur un socle théorique pluriel, articulant plusieurs approches complémentaires, issues de disciplines connexes. La théorie de la résilience écologique (Ungar 2012 : 18) constitue l'ossature principale de notre analyse. Elle dépasse la conception individualiste de la résilience pour l'inscrire dans une interaction dynamique entre les individus et leur environnement social, institutionnel et culturel. Cette approche permet de penser les patients comme des acteurs intégrés dans des systèmes complexes (familiaux, communautaires, économiques) qui influencent leur capacité à s'adapter. La théorie de l'accès aux soins de santé (Andersen & Newman 2005 : 4) propose un cadre analytique pour identifier les déterminants de l'accès aux traitements. Elle distingue les facteurs prédictifs (âge, sexe, statut économique), les besoins perçus (gravité de la maladie), et les facteurs de ressources (revenus, réseau social, éducation), que nous utilisons pour analyser les trajectoires différenciées des patients. La théorie de la résilience communautaire (Norris et al., 2008 : 127) enrichit cette perspective en mettant l'accent sur les capacités collectives à surmonter les crises. Elle insiste sur l'importance des infrastructures sociales, de la confiance collective, des valeurs partagées et des réseaux d'entraide. Dans le cas de Labé, cette approche éclaire le rôle central des solidarités familiales, des tontines, des mécanismes informels de crédit et de soutien religieux dans le maintien d'un accès minimal aux soins. La théorie de l'adaptation sociale (Moos & Schaefer 1993) complète l'ensemble en explorant les processus d'ajustement comportementaux face aux perturbations sociales. Elle nous permet d'analyser comment les patients réorganisent leur quotidien (par exemple, retarder un traitement, vendre un bien, solliciter un proche) pour

faire face au coût des ordonnances. Enfin, la théorie de l'économie morale de la santé, inspirée de (Thompson 1971 : 79) et prolongée par (Fassin 2004 : 110), constitue un apport décisif. Elle permet d'interroger les justifications morales sous-jacentes aux décisions de soins : pourquoi certains patients choisissent-ils d'acheter un médicament plutôt qu'un autre ? Pourquoi acceptent-ils de s'endetter pour se soigner ? Cette approche met en lumière les tensions entre règles économiques formelles et logiques sociales locales. En mobilisant ces concepts, perspectives et théories, notre étude se dote des outils nécessaires pour comprendre en profondeur les mécanismes qui sous-tendent les stratégies de résilience face au paiement des ordonnances médicales. Ces apports ne visent pas seulement à enrichir l'interprétation des données, mais à structurer la réflexion, à guider l'analyse et à inscrire notre travail dans une démarche scientifique rigoureuse. Ils nous permettent d'éviter une approche descriptive et de proposer une lecture sociologique ancrée, capable de dégager des régularités, d'identifier des logiques d'action, et de contribuer au débat académique sur la marchandisation des soins et les formes de résistance sociale en contexte de pauvreté.

2. MÉTHODOLOGIE

Cette étude mobilise une démarche méthodologique mixte, articulant approches qualitatives et quantitatives dans une logique de complémentarité interprétative. Ce choix répond à l'objectif principal de l'étude : comprendre en profondeur les stratégies de résilience déployées par les patients de l'Hôpital Régional de Labé pour faire face au paiement des ordonnances médicales dans un contexte de précarité structurelle. L'ambition n'est pas ici de mesurer ou modéliser des comportements, mais de restituer la complexité des pratiques sociales à travers un dispositif méthodologique adapté à la réalité du terrain. L'étude repose sur une approche inductive, au sens où les catégories d'analyse ont émergé principalement à partir des matériaux empiriques. Les outils théoriques ne précèdent pas mécaniquement l'observation ; ils en accompagnent et éclairent l'interprétation. Ce positionnement, inspiré des principes de la Grounded Theory (Glaser &

Strauss 1967 : 5), permet une attention fine aux logiques d'action, aux significations situées et aux ajustements concrets des acteurs face à la contrainte. L'induction est ici encadrée par des cadres théoriques souples, qui donnent une profondeur analytique aux données, sans figer le regard. La théorie de la résilience écologique (Ungar 2012 : 18) éclaire les interactions entre patients et environnement institutionnel. Celle de l'accès aux soins de santé (Andersen & Newman 2005 : 132) aide à identifier les déterminants individuels et contextuels influençant les trajectoires de soin. La théorie de l'adaptation sociale (Moos & Schaefer 1993 : 28) permet de saisir les comportements d'ajustement. Enfin, la théorie de l'économie morale de la santé (Thompson 1971 : 79 ; Fassin 2004 : 282) offre un cadre pour interpréter les justifications éthiques et les jugements normatifs exprimés par les patients. Ces théories ne servent pas de grilles préétablies : elles permettent, a posteriori, de donner sens aux logiques sociales mises en lumière par le terrain. Le site retenu est l'Hôpital Régional de Labé, principal établissement hospitalier de la Moyenne Guinée, qui accueille une population mixte, urbaine et rurale. Ce choix s'explique par l'absence de couverture sanitaire universelle, le paiement direct des soins, et la concentration de tensions sociales que cette situation engendre. La population cible regroupe des patients adultes ayant reçu une ordonnance médicale à l'hôpital et ayant été confrontés à l'obligation de la financer par leurs propres moyens. Cette condition garantit que les enquêtés sont directement impliqués dans l'objet de recherche. Une attention particulière a été portée à la diversité des profils (sexe, âge, statut socioéconomique, origine géographique) afin de documenter la pluralité des formes de résilience. L'échantillon a été constitué selon une stratégie d'échantillonnage raisonné (Pires 1997 : 121), visant à sélectionner des cas typiques ou contrastés susceptibles d'enrichir l'analyse. Ce mode de sélection, propre aux démarches qualitatives, privilégie la densité analytique à la représentativité statistique. Il s'inscrit pleinement dans la logique méthodologique mixte adoptée ici, dans laquelle le quantitatif n'est pas conçu comme une fin en soi mais comme un levier d'illustration. Le questionnaire descriptif, administré aux mêmes enquêtés que ceux des entretiens, a ainsi une fonction exploratoire. Il

permet de contextualiser les données qualitatives sans chercher à produire d'inférences généralisables. Ce positionnement est pleinement conforme à une posture inductive, où les données chiffrées viennent renforcer l'interprétation des pratiques sociales, sans jamais en prendre le contrôle (Creswell 2009 : 213). L'usage du quantitatif n'est donc pas en contradiction avec l'échantillonnage raisonné ; au contraire, il en prolonge la logique compréhensive dans une optique de triangulation. En tout, 150 patients ont été interrogés en entretiens semi-directifs, auxquels se sont ajoutés cinq groupes de discussion réunissant entre huit et dix participants. Ces groupes ont été conçus pour explorer les dimensions collectives des stratégies de résilience : mécanismes d'entraide, normes communautaires, et dynamiques de négociation face à l'institution. Le dispositif de collecte repose sur trois techniques complémentaires, choisies pour capter différentes facettes du phénomène étudié. Les entretiens semi-directifs, outil central de la démarche qualitative, ont porté sur les récits de parcours de soin, les pratiques d'adaptation au paiement des ordonnances, les arbitrages médicaux et les formes d'entraide mobilisées. Ils ont également permis de recueillir des éléments d'économie morale dans les discours, à travers des expressions telles que : « je ne pouvais pas laisser mon enfant sans médicament, quitte à m'endetter ». En parallèle, une observation directe a été menée dans les lieux de circulation et de transaction de l'hôpital (pharmacies internes, caisses, salles d'attente), afin de repérer des pratiques souvent non verbalisées : mobilisation d'intermédiaires, regroupement d'argent, comportements d'attente ou de renoncement. Comme le souligne (Becker 2002 : 18), l'observation permet de saisir « ce que les gens font vraiment, au-delà de ce qu'ils disent qu'ils font ». Enfin, un questionnaire descriptif court a été administré à tous les participants, recueillant des données simples (montants dépensés, fréquence de report de soins, nombre de médicaments achetés, recours à l'emprunt). Ce volet quantitatif, pensé comme un appui aux entretiens, n'a pas vocation à produire des généralisations mais à objectiver certaines tendances repérées qualitativement, tout en restant subordonné à l'analyse inductive. Trois grandes dimensions se sont dégagées : la dimension

économique, avec les types de ressources mobilisées (vente d'actifs, dettes, crédits informels, tontines), les arbitrages financiers et la charge de la dette médicale ; la dimension sociale, avec les formes d'appui familial, les solidarités de voisinage, les relations clientélares et le capital social activé ; et enfin la dimension culturelle et morale, avec les représentations du soin, les perceptions de l'endettement et les obligations éthiques envers les proches. Les verbatim ont été codés manuellement par itérations successives, dans une dynamique de confrontation continue entre les catégories émergentes et les cadres théoriques mobilisés. Par exemple, les stratégies collectives ont été relues à l'aune de la résilience communautaire (Norris et al., 2008 : 136), tandis que les jugements moraux exprimés autour du renoncement ou du fractionnement des soins ont été interprétés à travers le prisme de l'économie morale de la santé (Fassin 2004 : 140). Les données issues du questionnaire ont fait l'objet d'un traitement descriptif élémentaire (fréquences, moyennes, écarts-types), strictement limité à une fonction illustrative. Elles permettent, par exemple, d'objectiver le fait que plus de 60 % des patients interrogés ont dû effectuer un choix partiel dans l'achat des médicaments prescrits, confirmant ainsi les discours qualitatifs sur les arbitrages contraints. La validité de l'étude repose sur la triangulation des données (entretiens, observations, questionnaire), la diversité des profils enquêtés et l'usage croisé des cadres théoriques pour interpréter les résultats. La cohérence entre le terrain, les outils de collecte et les référentiels analytiques renforce la rigueur de l'enquête. Les limites identifiées concernent principalement deux points : d'une part, la sensibilité du sujet, qui peut entraîner des réticences dans les déclarations ; d'autre part, la non-généralisabilité des résultats, inhérente à la nature qualitative de l'échantillonnage. Toutefois, l'objectif n'est pas de produire une vérité généralisable, mais de rendre intelligibles des logiques sociales situées, dans un contexte de précarité structurelle. Sur le plan éthique, l'ensemble des participants a été informé du cadre de l'étude, et leur consentement libre et éclairé a été systématiquement recueilli. Aucun enregistrement n'a été réalisé sans accord explicite, et toutes les données ont été traitées de manière anonyme et confidentielle, conformément aux principes de la recherche éthique.

3. TYPOLOGIE DES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES PATIENTS FACE AU PAIEMENT DES ORDONNANCES MÉDICALES

L'analyse des données met en évidence une diversité de réponses mises en œuvre par les patients de l'Hôpital Régional de Labé pour faire face aux coûts des ordonnances médicales. Loin d'être des réactions isolées, ces stratégies relèvent de configurations sociales, économiques et culturelles spécifiques, révélatrices de processus de résilience situés. Elles s'articulent autour de quatre logiques dominantes : la mobilisation du capital social, le recours à des alternatives médicales, la réduction ou l'abandon partiel des soins, et l'endettement personnel. Ces logiques, souvent combinées dans les parcours de soin, traduisent une capacité d'ajustement sous contrainte, structurée par des ressources inégalement réparties.

3.1. Mobilisation du capital social

La stratégie la plus fréquemment observée parmi les patients consiste à activer, souvent dans l'urgence, les réseaux relationnels disponibles (familiaux, communautaires ou religieux) pour financer l'achat des médicaments prescrits. Cette mobilisation du capital social concerne plus de 65 % des individus interrogés, qui déclarent avoir reçu un soutien financier ou matériel de la part de leur entourage. L'aide prend des formes diverses : dons ponctuels, achats à crédit facilités par des intermédiaires, ou encore prise en charge directe des frais par un parent plus aisé. Un patient enquêté résume ainsi cette logique de recours : « J'ai appelé ma sœur à Conakry. Elle m'a envoyé 100 000 GNF le jour même. Sans elle, je n'aurais rien pu acheter. »

Ces gestes de solidarité, loin d'être mécaniques, s'inscrivent dans des configurations complexes de lien social où interviennent la réciprocité, les obligations morales, mais aussi une hiérarchie implicite dans les soutiens mobilisables. L'intensité de ces liens se manifeste dans la rapidité des réponses et dans l'émotion exprimée par plusieurs patients. Comme l'explique cette patiente : « Ce n'est pas la première fois que mon cousin m'aide. Il dit que c'est normal, qu'on est de la même famille. Mais moi, je garde dans

le cœur... Je rembourse quand je peux. » La quantité de capital social mobilisé se mesure par le nombre de personnes sollicitées dans un laps de temps court. Certains enquêtés évoquent une véritable « tournée des proches » : « J'ai dû appeler cinq personnes. Les deux premiers m'ont dit qu'ils n'avaient rien. C'est le quatrième qui m'a avancé l'argent. » Cette activation montre que les solidarités ne sont pas seulement fonctionnelles, mais sélectives, hiérarchisées, parfois épuisables. Le capital social n'est pas également réparti : il dépend de l'histoire familiale, du statut social, de l'âge ou même de la réputation morale perçue du demandeur. L'entraide repose sur des anticipations de réciprocité future, mais aussi sur une lecture sociale du mérite et de l'urgence. On observe ainsi une forme de résilience collective, dans laquelle le tissu social compense partiellement les carences du système de protection publique. Toutefois, cette dynamique révèle aussi une fragilité structurelle : la santé devient dépendante d'un capital social qu'il faut entretenir, activer, parfois épuiser. Elle produit de l'inégalité dans l'accès aux soins selon la qualité et l'épaisseur des réseaux relationnels disponibles. Comme le formule ce patient, ancien chef de quartier : « Celui qui est seul tombe plus vite. Ici, la maladie, c'est pas seulement ton corps, c'est qui tu connais. »

3.2. Recours à des alternatives médicales

Environ 30 % des patients interrogés déclarent avoir recours à des formes de traitement traditionnelles ou à des produits locaux, soit comme substitut, soit comme complément à la prescription biomédicale. Ce choix s'inscrit dans une logique pragmatique à double entrée : économique, bien sûr (ces solutions sont souvent moins coûteuses et plus facilement accessibles), mais aussi culturelle, dans la mesure où ces thérapies bénéficient d'une légitimité ancrée dans les savoirs endogènes. Ce type de recours ne traduit pas un rejet du système biomédical, mais plutôt un ajustement stratégique face aux contraintes. Comme le témoigne cette patiente, mère de trois enfants : « Quand je n'ai pas l'argent pour la pharmacie, je vais voir la vieille du quartier. Elle connaît les feuilles qui soignent les mêmes choses. Ce n'est pas que je ne crois pas aux médicaments, c'est que parfois, on fait avec ce qu'on a. » Loin d'une opposition entre médecine moderne

et savoirs traditionnels, on observe plutôt une forme d'hybridation des pratiques thérapeutiques. Les patients composent avec les prescriptions médicales, les interprètent, les redéploient selon leurs ressources et leur cadre de référence. Cette posture relève d'une « agency culturelle », c'est-à-dire de la capacité à faire des choix actifs, situés et informés, même dans un contexte de forte contrainte. Un patient, conducteur de taxi-moto, l'exprime ainsi : « Le docteur m'a dit d'acheter des antibiotiques, mais c'était trop cher. Alors j'ai pris le mélange qu'on fait avec le gingembre et les racines. Je connais ça depuis petit, ça marche pour moi. » Dans cette logique, la "tradition" n'est pas synonyme d'archaïsme, mais d'un répertoire de ressources mobilisables, jugées fiables par l'expérience vécue, transmises par les anciens, validées dans l'entourage. L'efficacité attendue n'est pas toujours mesurée en termes biomédicaux, mais en termes de soulagement, de continuité du quotidien, et de cohérence avec les représentations locales de la maladie. Certains patients interrogés insistent sur l'autonomie que ces solutions leur procurent :

« A l'hôpital, tu es perdu si tu n'as pas d'argent. Avec les plantes, au moins, tu peux commencer à te soigner tout de suite. Tu n'attends personne. » Ce recours illustre une forme de résistance douce à la médicalisation institutionnelle, souvent perçue comme distante, impersonnelle, voire humiliante. Il révèle aussi la manière dont les patients redéfinissent la notion de "soin" : moins comme un acte technique que comme une action contextualisée, ajustée à leurs moyens, croyances et relations. En définitive, cette stratégie n'est pas seulement une réponse au coût prohibitif des médicaments : elle incarne une logique de bricolage thérapeutique, où l'on compose avec l'incertain, où l'on négocie entre savoirs, ressources, et valeurs. Elle rappelle que l'accès aux soins ne se joue pas uniquement dans les institutions, mais aussi dans les marges, les mémoires et les pratiques quotidiennes.

3.3. Réduction ou abandon partiel des soins

La réduction de la posologie ou l'achat partiel des médicaments prescrits concerne près de 40 % des patients interrogés. Cette pratique, identifiée par le croisement des données

quantitatives et qualitatives, révèle une stratégie d'ajustement face à la contrainte économique. Dans la majorité des cas, les patients priorisent les médicaments jugés « essentiels », notamment ceux dont l'interruption pourrait avoir des conséquences immédiates comme les antibiotiques, les antipaludéens ou les traitements contre l'hypertension. Ce patient, ouvrier, détaille ainsi son arbitrage : « J'ai regardé l'ordonnance, j'ai acheté ce que je pouvais. Les deux comprimés les plus chers, j'ai laissé. Le pharmacien m'a dit que c'était mieux que rien. » Cette sélection n'est pas aléatoire : elle repose sur des critères médicaux perçus, des conseils obtenus auprès du pharmacien, ou des savoirs empiriques accumulés. Néanmoins, ces décisions sont souvent prises dans l'urgence, sans médiation médicale, et entraînent des interruptions de traitement ou des posologies réduites, parfois dangereuses. Une patiente vendeuse de fruits, explique : « J'ai divisé les comprimés en deux pour que ça tienne quatre jours au lieu de deux. J'avais pas d'autre choix. » Plusieurs patients évoquent une stratégie d'échelonnement des achats : ils se procurent une partie des médicaments immédiatement, puis complètent selon leurs ressources dans les jours suivants. Mais ce fractionnement fragilise la continuité thérapeutique, surtout dans les pathologies aiguës ou chroniques. « Je suis retourné deux jours après pour prendre le reste, mais entre-temps, la fièvre est revenue. Je pense que c'est parce que je n'ai pas pris tout d'un coup. » Affirme un autre patient enquêté. Ces ajustements sont rationnels dans une logique budgétaire, mais ils témoignent d'un renoncement partiel aux soins, souvent subi, rarement assumé. Le sentiment d'injustice est récurrent : ne pas pouvoir suivre une prescription médicale pourtant jugée nécessaire est vécu comme une violence symbolique, une double peine infligée à la maladie. « C'est écrit là, noir sur blanc, ce qu'il faut prendre. Et toi, tu regardes, tu choisis, tu coupes. Tu sais que ce n'est pas bien, mais tu n'as pas le choix. » Décriait un patient. Au-delà de la précarité matérielle, cette situation révèle une fragilité structurelle : les patients doivent arbitrer entre santé, alimentation, scolarité des enfants, ou transport. La santé devient une variable d'ajustement, alors même qu'elle conditionne toutes les autres dimensions de la vie sociale. Cette stratégie

met en lumière un paradoxe central : les individus agissent de manière pragmatique et réfléchie, mais dans un cadre où les contraintes rendent chaque choix potentiellement coûteux sur le plan médical. Ce bricolage des soins (en termes de quantité, de délai ou de dosage) illustre la tension permanente entre prescription idéale et réalité vécue, entre norme biomédicale et économie morale du soin.

3.4. Endettement personnel

Près de 25 % des patients interrogés ont recours à l'endettement pour financer leurs ordonnances. Ce mécanisme prend des formes multiples : prêts formels auprès de coopératives locales, dettes contractées chez les commerçants ou directement auprès des pharmaciens, avances de voisins, voire créances auprès d'un membre de la famille avec promesse de remboursement différé. Dans plusieurs témoignages, on observe que les dettes sont cumulées à plusieurs endroits, amplifiant la pression financière. Les montants empruntés oscillent généralement entre 30 000 et 120 000 francs guinéens, un seuil lourd à porter quand on sait que selon les enquêtes de l'étude 80 % des patients gagnent moins de 500 000 francs par mois. L'endettement, loin d'être un simple ajustement budgétaire, s'accompagne souvent de stress, d'un sentiment de culpabilité, et parfois de honte : « J'ai honte d'aller dire à mes voisins que je ne peux pas rembourser tout de suite. Je dors mal la nuit à penser à ces dettes. » Témoigne une autre enquêtée. Cette forme de financement relève d'une économie morale profondément ancrée : l'impératif de soigner (surtout lorsqu'il s'agit d'enfants ou de personnes vulnérables) surpasse la prudence financière. Comme le soulignent les travaux de (Fassin 2004 : p. 94), la contrainte matérielle se « moralise », au point que le soin devient un devoir social et éthique : « Quand c'est ton bébé qui a la fièvre, tu n'as pas le choix : tu empruntes. Peu importe le prix à payer après. » (Résume une patiente dont le bébé était malade). Mais cette stratégie, bien que statutaire (car légitimée par l'obligation de protéger la santé) peut engendrer des cycles d'endettement difficiles à rompre. Les dettes contractées pour des soins s'additionnent à d'autres charges du foyer, menaçant la stabilité économique à moyen terme et

renforçant la vulnérabilité. Le recours à l'endettement révèle ainsi une tension entre solidarité forcée et stigmatisation sociale, où le patient se trouve pris au piège entre le besoin urgent de guérison et l'alourdissement des dettes. En filigrane, on perçoit la double contrainte structurelle : d'un côté, un système de santé à l'accès restreint ; de l'autre, une obligation sociale et morale de ne pas laisser la maladie se propager ou s'aggraver. L'endettement personnel se révèle ainsi comme une stratégie à haut risque, symptomatique d'un équilibre précaire entre survie sanitaire et survie économique.

4. FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES INFLUENÇANT LE CHOIX DES STRATÉGIES

4.1. Niveau de revenu

Le revenu mensuel des patients, estimé par auto-déclaration dans le volet quantitatif de l'étude, révèle une vulnérabilité économique marquée : 80 % des individus interrogés déclarent vivre avec moins de 500 000 francs guinéens par mois, soit environ (20 euros). Cette donnée n'est pas anodine ; elle structure de manière décisive les stratégies de recours adoptées face au coût des ordonnances médicales. Les patients à revenu faible sont surreprésentés parmi ceux qui réduisent ou fragmentent les soins, ou qui se tournent vers des alternatives médicales. La contrainte financière limite non seulement l'accès aux médicaments, mais aussi la capacité à se projeter dans un traitement suivi. Une patiente affirme ainsi sa situation : « Je gagne à peine 15 000 par jour. Quand l'enfant tombe malade, je dois choisir : manger ou acheter un médicament. » A l'inverse, ceux disposant d'un revenu plus stable (petits commerçants, enseignants, agents publics) montrent une capacité d'adaptation plus large. Ils ont davantage recours au crédit formel ou mobilisent plus facilement des relais sociaux. Un fonctionnaire enquêté raconte : « J'ai pu demander une avance à mon association d'entraide. Ce n'est pas grand-chose, mais ça me permet de ne pas interrompre le traitement. » Cette distinction révèle une corrélation structurelle entre niveau de revenu et types de stratégies déployées. Les plus précaires se rabattent sur des solutions à court terme, souvent risquées

pour la santé, tandis que les patients un peu mieux insérés socialement peuvent activer des mécanismes plus stables (crédit formel, soutien ciblé, anticipation). L'analyse confirme l'hypothèse selon laquelle l'adaptabilité face aux dépenses de santé est proportionnelle aux ressources économiques disponibles, mais aussi symboliques. Ceux qui ont un statut professionnel reconnu inspirent plus de confiance aux créanciers, accèdent plus aisément au crédit, et peuvent se permettre une gestion différée des paiements. Un commerçant interrogé l'exprime sans détour : « Le pharmacien me connaît. Il sait que je vais le rembourser. Les autres, s'ils n'ont pas d'activité claire, on les laisse dehors. » Le revenu n'est donc pas seulement une variable économique : il agit comme filtre social d'accès aux mécanismes de protection informels. Plus que le montant exact, c'est la régularité et la lisibilité du revenu qui semblent déterminer la marge de manœuvre. Cela confère aux inégalités économiques une profondeur pratique, qui se manifeste directement dans le rapport aux soins. De manière latente, cette situation souligne une problématique structurelle : la médecine devient un espace où se rejouent les hiérarchies sociales. Non seulement dans l'accès aux traitements, mais aussi dans la capacité à gérer l'incertitude sans rompre le lien thérapeutique.

4.2. Niveau d'éducation

Le niveau d'instruction des patients a été évalué selon le dernier niveau scolaire atteint, tel que déclaré dans le questionnaire. Les résultats montrent une distribution inégalitaire : 32 % des patients ne possèdent aucun niveau scolaire formel, 48 % ont atteint le niveau primaire ou secondaire inférieur, et seulement 20 % ont accédé au secondaire supérieur ou à l'enseignement supérieur. Cette variable joue un rôle déterminant dans la perception du traitement médical et dans les stratégies d'ajustement mobilisées face aux coûts. Les patients ayant un niveau d'éducation plus élevé manifestent une meilleure compréhension des risques associés à l'interruption ou à l'automodification des traitements. Cette conscience se traduit par des efforts délibérés pour éviter les ruptures de soins, y compris par des moyens contraignants comme l'endettement ou la vente de

biens personnels. « Je sais que si on arrête les antibiotiques au milieu, ça ne sert à rien. Donc j'ai vendu mon petit congélateur pour finir le traitement de ma fille. » Témoigne un patient (titulaire du baccalauréat). L'instruction fonctionne ici comme capacité cognitive à évaluer le risque thérapeutique, mais aussi comme levier pour formuler des décisions budgétaires fondées sur un horizon de santé à moyen terme. Cette logique d'investissement rationnel est moins présente chez les patients peu ou pas scolarisés, qui privilégient plus souvent des stratégies immédiates, comme le fractionnement des soins ou le recours aux solutions traditionnelles. « Moi je prends d'abord les médicaments que je peux, après je complète avec les plantes, on a toujours fait comme ça. » Affirme une patiente (sans instruction formelle). Cette distinction ne renvoie pas simplement à un déficit de savoir, mais à une disparité dans les cadres de référence thérapeutiques. Les patients enquêtés peu instruits s'appuient davantage sur des connaissances locales transmises oralement, sur des récits d'expérience, et sur une lecture plus contextuelle de la maladie. Pour eux, la santé est un bien malléable, négociable, situé dans un réseau de sens partagé. Par ailleurs, l'instruction influe sur la capacité à comprendre les prescriptions, à dialoguer avec le personnel médical, et à interpréter les conseils reçus. Elle conditionne aussi l'accès à certaines ressources, comme les mutuelles, les dispositifs d'aide, ou les réseaux de crédit formel, souvent inaccessibles sans une maîtrise minimale de l'écrit. Un patient ayant terminé le secondaire, explique : « Le médecin a dit clairement de ne pas arrêter. J'ai préféré prendre un petit crédit chez un ami, parce que je sais que sinon, ça devient plus grave. » Le niveau d'éducation apparaît donc comme un facteur transversal, qui renforce ou limite l'autonomie du patient face à la prescription médicale. Il influe sur la capacité à anticiper, à hiérarchiser les priorités, et à mobiliser des stratégies plus soutenables. Cette variable interagit également avec d'autres dimensions sociales (le genre, l'âge, le capital social) pour façonner des parcours de soin différenciés et socialement marqués.

4.3. Genre et différenciation des stratégies d'adaptation

Les données issues des entretiens et du volet quantitatif de l'étude mettent en évidence des écarts significatifs selon le genre dans les modalités d'adaptation face au coût des ordonnances médicales. Sur les 37 cas d'endettement recensés, 24 concernent des hommes (soit environ 65 %), tandis que les femmes dominent très nettement dans la stratégie de mobilisation du capital social, représentant environ 70 % des cas observés. Ces différences ne relèvent pas simplement de préférences individuelles : elles s'inscrivent dans des normes de genre profondément enracinées dans le contexte guinéen. Les hommes, socialement positionnés comme pourvoyeurs économiques du foyer, endossent l'endettement comme une responsabilité virile et silencieuse, parfois au prix d'un surmenage ou d'un isolement accru. « C'est moi l'homme de la maison. Si je ne paie pas, qui va le faire ? Même si je dois emprunter à trois personnes. » Indique un patient enquêté. L'endettement est ici non seulement un acte économique, mais un geste d'honneur, lié à la fonction masculine de garant de la subsistance et de la continuité domestique. Ce rôle est d'autant plus marqué lorsqu'il s'agit de financer les soins des enfants ou des personnes âgées du foyer, où l'obligation morale se superpose à la norme de genre. A l'inverse, les femmes apparaissent comme les principales actrices de l'activation des réseaux d'entraide. Leur position sociale (souvent centrée sur la sphère familiale et communautaire) facilite un recours fluide et légitime aux solidarités interpersonnelles. Une vendeuse de marché enquêtée raconte : « Quand j'ai vu que je ne pouvais pas payer tout, j'ai appelé ma belle-sœur, puis ma tante. Eux, ils comprennent, surtout quand c'est pour les enfants. » Cette stratégie, bien que plus discrète économiquement, repose sur un capital social intensément cultivé, et révèle un savoir-faire relationnel transmis et activé dans les sphères féminines. Les femmes jouent souvent le rôle de médiatrices entre besoins de santé et ressources collectives disponibles, dans une logique d'interdépendance plus que d'endettement. « Nous, les femmes, on n'aime pas trop aller emprunter. Mais

on sait qui peut aider, et comment demander. » Renchérit une autre usagère de l'hôpital (mère au foyer). Ce clivage genré dans les stratégies d'adaptation souligne que l'accès aux ressources (crédit, aide, solidarité) est socialement distribué selon les rôles attendus. Les hommes apparaissent comme détenteurs d'un accès plus direct à la monnaie, mais aussi plus exposés au poids psychologique de la dette. Les femmes, quant à elles, maîtrisent des circuits d'entraide souvent invisibles mais tout aussi efficaces, et moins stigmatisants. En somme, les stratégies d'adaptation sont elles-mêmes genrées : non seulement en termes de modalités concrètes, mais aussi dans les représentations sociales du soin. Le devoir de protéger la santé prend des formes différenciées selon qu'on est homme ou femme, avec des implications distinctes en matière de pouvoir, de vulnérabilité, et de reconnaissance sociale. Ces différences rappellent que l'analyse des inégalités d'accès aux soins ne peut faire l'économie d'une lecture croisée entre genre, économie et structures sociales locales.

4.4. Lieu de résidence

La localisation géographique apparaît comme un facteur déterminant dans la structuration des stratégies d'adaptation au coût des soins. L'analyse croisée des entretiens et du questionnaire montre un clivage net entre milieux rural et urbain, tant en termes d'accès matériel qu'en termes de ressources mobilisables. En zone rurale, 60 % des patients déclarent avoir eu recours à la médecine traditionnelle comme première ou unique réponse face à l'incapacité de se procurer les médicaments prescrits. Ce choix est souvent motivé par des contraintes économiques sévères, mais aussi logistiques : l'éloignement des centres de santé, le coût du transport, et la rareté ou l'irrégularité de l'approvisionnement pharmaceutique rendent l'accès à la biomédecine aléatoire. « Le centre de santé est à plus de 10 kilomètres. Si tu n'as pas de moto ou de taxi, tu attends... ou tu prends les plantes. » Affirme un patient (agriculteur). Dans ces contextes, les savoirs traditionnels sont perçus comme accessibles, éprouvés et culturellement légitimes. Le recours aux plantes médicinales, aux guérisseurs ou aux préparations locales ne relève pas d'un refus de la

médecine moderne, mais d'une adaptation contextuelle où la proximité prévaut sur l'efficacité perçue. A l'inverse, en milieu urbain, les patients disposent d'un accès plus immédiat aux structures de soin, aux pharmacies et aux acteurs de la chaîne médicale. Cette accessibilité favorise des stratégies davantage tournées vers le crédit commercial, notamment auprès des pharmaciens ou de petits commerces partenaires. Les négociations de paiement différé y sont fréquentes, souvent facilitées par des relations de confiance construites dans le quotidien urbain. « Je suis client chez le pharmacien du quartier depuis longtemps. Quand je n'ai pas tout, il me dit de venir payer plus tard. » Propos révélé par une enquêtée (coiffeuse à au centre-ville). Ce type de transaction repose sur un capital de proximité différent de celui observé en zone rurale : moins familial ou communautaire, mais plus marchand et contractuel. Il reflète une autre forme de mobilisation sociale, structurée par la densité des interactions économiques quotidiennes. La résidence influence donc non seulement les possibilités physiques d'accès aux soins, mais aussi les formes de négociation autour du soin. En zone rurale, le soin reste enchâssé dans des pratiques collectives, souvent informelles et culturellement encodées. En ville, l'environnement favorise la diversification des stratégies : crédit, entraide, vente de biens ou arbitrage thérapeutique rationnel. Ce clivage territorial révèle une inégalité structurelle profonde dans la capacité à ajuster les comportements de santé en fonction de la contrainte économique. Là où la ville offre des marges de manœuvre (bien que limitées), le milieu rural impose des formes de renoncement ou de substitution souvent invisibilisées. Cette géographie de l'accès au soin redouble les inégalités économiques et sociales déjà observées, contribuant à un traitement différencié des malades selon leur lieu de vie.

5. DISCUSSION

L'analyse des stratégies de résilience déployées par les patients de l'Hôpital Régional de Labé face au paiement des ordonnances médicales met en lumière des dynamiques sociales complexes où s'entrecroisent précarité économique, solidarité relationnelle et rationalités culturelles. Elle répond directement à la question centrale de cette étude :

comment les patients s'ajustent-ils, concrètement, à la contrainte financière dans un contexte de marchandisation de la santé ? Les résultats montrent que la capacité d'adaptation ne se réduit pas à un calcul économique individuel, mais qu'elle est étroitement dépendante de la densité du capital social mobilisable. Cette constatation rejoint les analyses de (Bourdieu 1986 : 248-251) sur le rôle du capital social dans la reproduction des inégalités : l'accès aux soins, ici, est fortement corrélé à la position relationnelle des individus dans leur environnement social. Les patients les plus intégrés (notamment via les réseaux religieux, communautaires ou de parenté) parviennent plus aisément à contourner les barrières financières. En revanche, ceux en situation d'isolement social ou résidentiel développent des stratégies plus risquées, comme l'endettement ou la réduction de traitement. La diversité des stratégies mises en œuvre (achat partiel de médicaments, recours à la médecine traditionnelle, emprunts formels ou informels) illustre une forme d'agency sous contrainte, caractéristique des contextes de précarité. Comme l'a montré (Ungar 2012 : 13-17) dans ses travaux sur la résilience écologique, les capacités d'adaptation sont façonnées non seulement par les ressources disponibles, mais aussi par la manière dont les individus interagissent avec les systèmes sociaux et institutionnels. Or, dans le cas étudié, l'absence de protection sociale universelle oblige les patients à inventer localement des réponses à la contrainte sanitaire, en bricolant avec les normes, les ressources et les savoirs à leur portée. Ces ajustements ne sont cependant pas neutres. Leur coût (social, physique et économique) est souvent élevé. Le fractionnement des soins ou l'auto-régulation des prescriptions exposent les patients à des risques accrus de complications, voire de chronicisation de pathologies initialement traitables. Cela confirme l'idée développée par (Fassin 2004 : 93) d'une économie morale de la santé, dans laquelle les choix médicaux ne sont pas seulement techniques ou financiers, mais empreints de jugements éthiques, de justifications morales, et de hiérarchies de valeur (soi-même versus l'enfant, un médicament versus un autre). L'analyse des déterminants socio-économiques permet d'affiner cette lecture. Le niveau de revenu conditionne fortement le type de stratégie adoptée : les plus

pauvres tendent vers la médecine traditionnelle ou la réduction de soins, tandis que les mieux dotés économiquement peuvent recourir au crédit ou au soutien social. Le genre structure aussi les trajectoires d'adaptation : les femmes, souvent socialisées dans les logiques de solidarité familiale, activent des réseaux, tandis que les hommes s'orientent plus vers des solutions financières directes, au prix d'un endettement personnel. Le niveau d'éducation influence la perception des risques thérapeutiques et la propension à suivre la prescription en totalité. Enfin, la localisation résidentielle joue un rôle déterminant dans l'accès aux ressources formelles et informelles : les zones urbaines favorisent le recours au crédit commercial, tandis que les milieux ruraux renforcent le rôle de la médecine alternative. En comparant ces résultats à d'autres recherches menées en Afrique de l'Ouest (bien que peu nombreuses sur cette question précise) on retrouve des constantes : à Dakar (Faye 2016 : 112-115), à Bamako (Touré 2018 : 89-93) ou encore à Ouagadougou (Ouedraogo 2015 : 134-137), la résilience face aux coûts de santé repose souvent sur les mêmes logiques de débrouille, de solidarité relationnelle, de sacrifices différenciés selon le genre et les statuts sociaux. Ce qui distingue Labé, c'est l'intensité des réseaux communautaires et religieux, qui semblent ici jouer un rôle tampon particulièrement fort, atténuant en partie les effets de l'absence de couverture sanitaire. La « communauté » y apparaît à la fois comme rempart et comme révélateur des inégalités d'accès à l'aide. Sur un plan théorique, ces résultats invitent à repenser la résilience non pas comme une simple compétence adaptative, mais comme un processus socialement situé, inégalement distribué, et souvent contraint. Ils confirment l'intérêt d'articuler des cadres issus de la sociologie critique (capital social, économie morale) à des approches plus interactionnelles (résilience contextuelle, ajustements sous contrainte). Enfin, plusieurs limites doivent être reconnues. D'abord, le caractère sensible du sujet peut avoir conduit certains participants à sous-déclarer des formes d'endettement ou de renoncement. Ensuite, l'échantillonnage qualitatif ne permet pas une généralisation statistique des résultats. Cependant, la profondeur des récits, la triangulation des données, et l'éclairage théorique mobilisés offrent une robustesse interprétative suffisante pour ouvrir des pistes de

réflexion sur les politiques de santé. A ce titre, les stratégies locales d'adaptation ne doivent pas être vues comme des solutions de repli ou des formes de résignation, mais comme des signaux forts adressés aux décideurs : elles révèlent les failles systémiques du système de santé et peuvent, si elles sont reconnues et comprises, alimenter des réformes plus justes, plus ancrées dans les réalités sociales, et mieux adaptées aux logiques concrètes des populations.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence la diversité des stratégies d'adaptation mobilisées par les patients de l'Hôpital Régional de Labé pour faire face au coût des ordonnances médicales. Quatre logiques principales ont été identifiées : la mobilisation du capital social (famille, voisins, réseaux religieux), le recours à des solutions médicales alternatives (plantes, guérisseurs, savoirs locaux), la réduction ou le fractionnement des soins prescrits, et enfin, l'endettement personnel formel ou informel. Ces stratégies ne sont pas exclusives ; elles sont souvent combinées et réajustées en fonction des ressources disponibles et des contraintes rencontrées. Elles illustrent une capacité d'ajustement constante dans un environnement où la marchandisation de la santé pèse lourdement sur les trajectoires thérapeutiques. Au cœur de ces pratiques se trouve la résilience communautaire, entendue non pas comme une simple réaction individuelle, mais comme une dynamique collective d'adaptation et de solidarité. Les patients n'agissent pas seuls : ils s'appuient sur des systèmes de soutien ancrés dans les normes sociales, les réseaux affectifs et les obligations morales. Ces formes de résilience, bien que parfois fragiles ou épuisables, permettent de limiter les effets les plus délétères du manque de protection sociale. Toutefois, elles ne peuvent pallier durablement les inégalités d'accès aux soins. Pire encore, leur activation répétée peut générer d'autres vulnérabilités : endettement, épuisement relationnel, aggravation des pathologies. C'est là toute l'ambiguïté de la résilience : elle révèle à la fois la créativité sociale face aux contraintes, et les limites systémiques qu'elle cherche à contourner. Ces constats appellent à une action urgente des pouvoirs

publics, des institutions de santé et des partenaires du développement. Il est impératif que les stratégies d'adaptation locales ne soient pas simplement observées, mais intégrées comme leviers dans la construction de politiques sanitaires équitables. Cela implique de soutenir la mise en place de systèmes communautaires de micro-assurance, d'élargir l'accès aux médicaments essentiels via des subventions ciblées, de renforcer l'éducation sanitaire et financière des citoyens, et d'encourager les initiatives locales de solidarité. Il est également essentiel d'adopter une démarche participative dans la refonte des politiques publiques, en s'appuyant sur l'expérience des usagers eux-mêmes. Au-delà de la description des mécanismes d'adaptation, cette étude plaide pour une reconnaissance politique et institutionnelle de la résilience communautaire comme ressource stratégique dans les systèmes de santé fragiles. Reconnaître, soutenir et institutionnaliser ces dynamiques sociales ne relève pas de la charité, mais de la justice.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADGER William Neil, 2000. « Social and ecological resilience: are they related? », *Progress in Human Geography*, vol. 24, no 3, p. 347–364.
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1191/030913200701540465> [dernier accès mai 2025].
- ANDERSEN Ronald M. & NEWMAN John F., 2005. « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 4, p. 1–28. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x> [dernier accès mai 2025].
- BECKER Howard S., 2002. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 234 p.
- BOURDIEU Pierre, 1986. « The forms of capital », dans Richardson John G. (dir.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, Greenwood, p. 241–258.
- BOURDIEU Pierre, 1994. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 414 p.
- CAMARA Abdoulaye, 2019. *Inégalités d'accès aux soins dans les hôpitaux publics de Guinée*, Conakry, Éditions universitaires guinéennes, 198 p.
- CASTEL Robert, 2009. *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Seuil, 432 p.
- CHAMBERS Robert, 1989. « Vulnerability, coping and policy », *IDS Bulletin*, vol. 20, no 2, p. 1–7.
- CRESWELL John W., 2009. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.), Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 260 p.
- FASSIN Didier, 2004. « Entre politiques de la vie et politiques du vivant : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 28, no 1, p. 95–116. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.7202/010894ar> [dernier accès mai 2025].
- FAYE Mame, 2016. *Accès aux soins et solidarité familiale à Dakar*, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 150 p.
- GLASER Barney & STRAUSS Anselm, 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company, 271 p.
- HOLLING Crawford Stanley, 1973. « Resilience and stability of ecological systems », *Annual Review of Ecology and Systematics*, vol. 4, p. 1–23.
Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245> [dernier accès mai 2025].
- KLEINMAN Arthur, 1980. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 413 p.
- MOOS Rudolf H. & SCHAEFER Jeanne A., 1993. « Coping resources and processes: Current concepts

and measures », dans Goldberger Leo & Breznitz Shlomo (dir.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2e éd.), New York, Free Press, p. 234–257.

NORRIS Fran H., STEVENS Susan P., PFEFFERBAUM Betty, WYCHE Karen F. & PFEFFERBAUM Rose L., 2008. « Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness », *American Journal of Community Psychology*, vol. 41, no 1–2, p. 127–150. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6> [dernier accès mai 2025].

OUÉDRAOGO Abdou, 2015. *Résilience et pauvreté en contexte sanitaire à Ouagadougou*, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 187 p.

PIRES Alvaro, 1997. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans Poupart Jean et al. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin, p. 113–169.

ROSANVALLON Pierre, 2006. *La contre-démocratie : La politique à l'âge de la défiance*, Paris, Seuil, 317 p.

SCOTT James C., 1985. *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*, New Haven, CT, Yale University Press, 360 p.

SYLLA Mamadou, 2017. *Réformes sanitaires et accès aux soins en Guinée*, Conakry, Université de Sonfonia, 205 p.

THOMPSON Edward Palmer, 1971. « The moral economy of the English crowd in the eighteenth century », *Past & Present*, no 50, p. 76–136.

TOURÉ Boubacar, 2018. *Trajectoires de soins et contraintes financières à Bamako*, Bamako, Institut national de santé publique du Mali, 175 p.

UNGAR Michael, 2012. *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*, New York, Springer, 472 p.

AUTEUR

Amara KEITA

Enseignant-chercheur

Département de Sociologie

Université de Labé (Guinée)

Courriel : kemarah98@gmail.com



© **Edition électronique**

URL – Revue Espaces Africains : <https://espacesafricains.org/>

Courriel – Revue Espaces Africains : revue@espacesafricains.org

ISSN : 2957-9279

Courriel – Groupe de recherche PoSTer : poster_ujlog@espacesafricains.org

URL – Groupe PoSTer : <https://espacesafricains.org/poster>

© **Éditeur**

- Groupe de recherche Populations, Sociétés et Territoires (PoSTer) de l'UJLoG

- Université Jean Lorougnon Guédé (UJLoG) - Daloa (Côte d'Ivoire)

© **Référence électronique**

Amara KEITA, «*Stratégies de résilience des patients de l'hôpital régional de Labé face au paiement des ordonnances médicales*», Numéro Varia (Numéro 2 | 2025), ISSN : 2957- 9279, p. 97-113, mis en ligne, le 30 juin 2025, Indexations : Road, Mirabel, Sudoc et Impact factor (SJIF) 2025 : 5. 341.

INDEXATIONS INTERNATIONALES DE LA REVUE ESPACES AFRICAINS



Voir impact factor : <https://sjifactor.com/passport.php?id=23718>



Voir la page de la revue dans Road : <https://portal.issn.org/resource/ISSN/2957-9279>



Voir la page de la revue dans Mirabel : <https://reseau-mirabel.info/revue/15151/Espaces-Africains>



Voir la revue dans Sudoc : <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=268039089>
