



**Prévalence de la tradithérapie au cours de la pathologie cancéreuse aux
Centres hospitaliers universitaire de bouake et de Treichville**
*Prevalence of traditherapy during cancer pathology at University
Hospital Centers of Bouake and Treichville*

**N'ZOUÉ Kanga Sita¹, KOUAME N'goran Mathieu¹, YOBO BI Manan Siméon¹, 1-ASSI Chisek
Marie Paule Ursula Séka¹, KEE Mankoh Yves Cédrick¹, KAMAGATE Mamadou¹.**

RÉSUMÉ

Introduction. L'usage de la tradithérapie ou de la médecine traditionnelle connaît une croissance ces dernières décennies dans le monde notamment en Afrique. Cependant son taux de pénétration semble sous-estimé dans la prise en charge du cancer. L'objectif était de déterminer la prévalence de l'utilisation de la médecine traditionnelle par les patients cancéreux

Méthodes. Il s'agissait d'une étude exploratoire transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} décembre 2016 au 12 mai 2017 chez les patients atteints de pathologie oncologique consultant au CHU de Bouaké et dans le service de cancérologie du CHU de Treichville.

Résultats. Sur les 200 patients inclus, on notait une prédominance féminine (65,2%) et un âge moyen de 52,3 ans + /- 14,27. Le cancer du sein représentait 41,5%, suivi du cancer du col de l'utérus (10,5%) et celui de la prostate (9,9%). Les méthodes thérapeutiques utilisées étaient la chirurgie (46%), la chimiothérapie (44,8%) et la radiothérapie (9,2%). Environ 65,2% des patients utilisaient une autre thérapie (médecine traditionnelle, prière et jeûne). Les utilisateurs de la médecine traditionnelle représentaient 59,1% dont 71,9% de phytothérapie. Il s'agissait étaient l'*aloes* (38,3%), le *moringa* (25,2%) et le *corossol* (12,1%) sous forme de feuilles et d'écorces. L'évolution sous tradithérapie était défavorable dans 38,3% des cas.

Conclusion: L'usage de la médecine traditionnelle dont la phytothérapie au cours du cancer semble importante en Côte d'Ivoire. Cette thérapeutique devrait être prise en compte dans les soins de la pathologie cancéreuse afin d'éviter les surdosages et les interactions médicamenteuse.

Mots clés :

-Médecine traditionnelle,
-Cancers,
-Tradithérapie,
-Phytothérapie

ABSTRACT

Introduction. The use of traditional therapy or traditional medicine has been growing in recent decades in the world, especially in Africa. However, its penetration rate seems underestimated in the management of cancer. The main objective of this study was to determine the prevalence of the use of traditional medicine by cancer patients

Methods. This was a cross-sectional exploratory study with descriptive aims which took place from december 1, 2016 to may 12, 2017 in patients with oncological pathology consulting at the Teaching hospital of Bouaké and in the cancer department of the Treichville Teaching hospital.

¹ Service de Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Results. Of the 200 patients included, there was a female predominance (65.2%) and an average age of 52.3 years +/- 14.27. Breast cancer accounted for 41.5%, followed by cervical cancer (10.5%) and prostate cancer (9.9%). The therapeutic methods used were surgery (46%), chemotherapy (44.8%) and radiotherapy (9.2%). About 65.2% of the patients used another therapy (traditional medicine, prayer and youth). Traditional medicine users represented 59.1% including 71.9% phytotherapy. These were aloe (38.3%), moringa (25.2%) and soursop (12.1%) in the form of leaves and bark. This therapy should be taken into account in the care of cancer pathology in order to avoid overdoses and drug interactions.

Conclusion. The use of traditional medicine, including herbal medicine during cancer, seems important in Côte d'Ivoire. This therapy should be taken into account in the care of cancer pathology in order to avoid overdoses and drug interactions.

Keywords:

-Traditional medicine,
-Cancers,
-Traditherapy,
phytotherapy

INTRODUCTION

La médecine traditionnelle se rapporte, aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances utilisés pour diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé^[1]. Il s'agit de la tradithérapie. La médecine alternative ou complémentaire ou parallèle correspondrait à la médecine traditionnelle dans les pays industrialisés.

La dernière décennie a vu une augmentation de l'utilisation de la médecine complémentaire et alternative dans le monde. Le recours à ces médecines représente entre 70 et 80% de la population particulièrement chez les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer. Leur taux d'utilisation dans le cancer a atteint 88%^[2].

Le cancer est une cause majeure de décès dans le monde. Il représente près de 13% de la mortalité mondiale et près de 70% de décès dans les pays à faible revenus ou à revenu intermédiaire. C'est pourquoi, la recherche de tout moyen y compris traditionnel s'avère nécessaire pour prolonger la vie et améliorer la qualité de vie des patients. Harris Memel-Foté^[3] en Côte d'Ivoire affirmait que la quête de la santé comme source de vie justifie et explique le recours à tous les moyens pouvant rétablir ou faire retrouver la santé. La connaissance

des thérapies complémentaires semble donc nécessaire, et notamment en oncologie^[2].

La médecine traditionnelle ou complémentaire ou alternative reste très répandue dans toutes les régions du monde et son usage ne cesse de croître dans les pays industrialisés. Elle est reconnue pour le traitement de maladie chronique telles que le diabète, le cancer, la dépression, les affections rhumatologiques^[4-5]. Cet engouement est amplifié par les nombreuses découvertes de nouveaux médicaments anticancéreux issus de plantes comme le taxol (paclitaxel), employé dans les cancers du sein, de l'ovaire et du poumon, ou encore la pervenche de Madagascar (*Catharanthus roseus*), le podophylle (*Podophyllum peltatum*)^[6]. Or la médecine traditionnelle précède, accompagne et prolonge la médecine conventionnelle. Ainsi, la non intégration de la phytothérapie traditionnelle dans les protocoles de traitement peut constituer une insuffisance dans la prise en charge. Aussi, les risques d'effets indésirables et d'interaction ne sont pas pris en compte.

Face à l'absence de données ivoiriennes, nous nous sommes posés la question de savoir la place de la médecine traditionnelle chez les patients présentant une pathologie cancéreuse en déterminant la prévalence de son utilisation, et les caractéristiques des utilisateurs.

METHODES

Notre étude s'était déroulée au CHU de Bouaké (services d'urologie, médecine d'interne, chirurgie digestive) et au service de cancérologie du CHU de Treichville.

La première partie de notre enquête a été faite dans toutes les unités d'hospitalisation et de consultation susceptibles de recevoir des

patients atteints de pathologies de cancéreuses et au-delà l'enquête a été approfondie dans les services spécialisés qui comprennent une unité d'épidémiologie (le registre du cancer d'Abidjan), une unité clinique, une unité de chimiothérapie ambulatoire, une salle de consultation.

Il s'agissait d'une étude exploratoire transversale à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 06 mois, de 1^{er} décembre 2016 au 12 mai 2017.

La population d'étude a été constituée des patients consultants ou hospitalisés dans les services sus cités pour des affections oncologiques.

Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche d'enquête élaborée à cet effet. Elle comportait des informations concernant :

- les caractères sociodémographiques: l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial, la couverture sociale, l'estimation des revenus, le chargé de financement des soins, les antécédents,
- les paramètres cliniques :type de cancer, stade du cancer, l'année du diagnostic, l'état général avant le traitement,
- les paramètres thérapeutiques:le type de traitement, le régime thérapeutique en cours, l'utilisation de la tradithérapie avec son année de début, la motivation, la personne conseillère de cette thérapie,

RESULTATS

Les caractéristiques socio-démographiques

Au total 181 patients ont été recrutés sur les 200 prévus. Notre population avait prédominance féminine (65,2%) soit un sex-ratio de 0,55 ; avec un âge moyen de $52,3 \pm 14,27$ ans. La tranche d'âge de 51 à 65 ans représentait 35,9% suivie de celle de 36 à 50 ans (32%). Près de la moitié de la population avait un bas niveau d'instruction (34,3% d'analphabètes et 19,3% de niveau primaire ; (Tableau I). Dans cette population, 29,2% exerçaient dans le secteur informel suivis des ménagères (23,8% ; Tableau I). Les 37% avaient un revenu mensuel (privé/fonctionnaire et retraité) et 60,8% de nos patients n'avaient pas de couverture sociale (Tableau I). Plus de la moitié avaient un revenu mensuel de moins de 150000 Fcfa. Seulement 6,1% percevaient 300 000 Fcfa et plus (Tableau I).

Les caractéristiques cliniques

L'hypertension artérielle et le diabète représentaient chacun 33,3% des antécédents médicaux suivi des antécédent d'ulcère gastroduodénal (UGD) 16,7%. Quarante-deux pourcent et 35,9% avaient un état général peu

le nombre de plantes utilisées, la voie d'administration, la posologie, la partie de la plante utilisée, le constat d'effet indésirable avec cette tradithérapie, et l'évolution de l'état de santé sous la tradithérapie.

Ont été inclus les patients atteints de pathologie oncologique consultant au CHU de Bouaké et dans le service de cancérologie du CHU de Treichville sans distinction d'âge ni de sexe et ayant donné leur consentement éclairé. Les patients atteints de pathologie oncologique qui ont refusé de participer à l'étude et les pathologies oncologiques qui n'ont pas été confirmé histologiquement ont été exclus.

Les données ont été analysées sur le logiciel Epi info 7. Pour interpréter les résultats on a eu recours à l'analyse descriptive en faisant des mesures de tendance centrale (mode, moyenne, médiane), de dispersion (variance, écart type) pour les variables quantitatives et de proportion pour les variables qualitatives.

Notre travail respectait les critères de la déclaration d'Helsinki 2013. Aussi, nous avons eu les différentes autorisations administratives des directions médicales scientifiques des établissements sanitaires.

altéré soit respectivement au score 1 et le score 2 selon l'index d'évaluation de l'état général (cotation OMS 2016). La localisation des cancers était à 45,5% au sein, suivi du cancer du col de l'utérus à 10,5% et du cancer de la prostate à 9,9%. Vingt pourcent des patients étaient au stade métastatique, 8,9% au Grade II et IV.

Les caractéristiques thérapeutiques

La thérapie conventionnelle utilisée dans le traitement des cancers était la chirurgie (46%), la chimiothérapie (44,8%) et la radiothérapie (9,2%) des cas (Fig. 1). Soixante-deux pourcent de notre population utilisaient une thérapie autres que la médecine moderne. Les utilisateurs de la médecine traditionnelle étaient estimés 59,1% dont 75% l'utilisaient depuis 2 ans. Le temps d'exposition moyen au traitement traditionnel était de 1 an avec des extrêmes de 0 et 10 ans. Les motifs d'utilisation de la tradithérapie étaient, selon eux, leur efficacité à 79,4%, suivis du coût élevé (5,6%) et de la faible tolérance (5,6%) de la médecine moderne.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques et professionnel des patients / *Socio-demographic and professional characteristics of patients*

| Variables | n= 181 | % |
|-----------------------------|--------|------|
| Niveau d'instruction | | |
| Aucun | 62 | 34,3 |
| Primaire | 35 | 19,3 |
| Secondaire | 50 | 27,6 |
| Supérieure | 34 | 18,8 |
| Profession | | |
| Secteur informel | 53 | 29,2 |
| Ménagère | 43 | 23,8 |
| Privé | 28 | 15,5 |
| Retraite(e) | 20 | 11,0 |
| Fonctionnaire | 19 | 10,5 |
| Sans emploi | 13 | 7,2 |
| Couverture sociale | | |
| Mugefci | 24 | 13,3 |
| Assurance privée | 47 | 25,9 |
| Aucune assurance | 110 | 60,8 |
| Revenu mensuel | | |
| [0-60 000[| 105 | 58 |
| [60 000-150 000[| 35 | 19,3 |
| [150 000-300 000[| 30 | 16,6 |
| 300 000 et plus | 11 | 6,1 |

Mutuelle générale des fonctionnaires = Mugefci

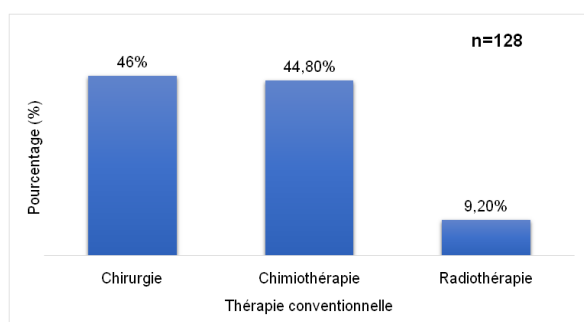


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de la méthode thérapeutique anticancéreuse conventionnelle / *Distribution of the population according to the conventional anticancer therapeutic method*

Cette utilisation était motivée par l'entourage (59,8%), des tradipraticiens (14%) et par les médias (13,1%) (Tableau 2). Des effets indésirables ont été rapportés dans 12,2% des cas. Il s'agissait des vomissements (28,6%) et les métrorragies (28,6%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients en fonction des motifs d'utilisation de la médecine traditionnelle / *Distribution of patients according to the reasons for using traditional medicine*

| Variables | n=107 | % |
|---|-------|------|
| Motifs | | |
| Efficacité | 85 | 79,4 |
| Tolérance | 6 | 5,6 |
| Coût | 6 | 5,6 |
| Effet indésirable des thérapeutiques conventionnelles | 5 | 4,7 |
| Manque de confiance à la médecine moderne | 2 | 1,9 |
| Non précise | 3 | 2,8 |
| Effets indésirables | | |
| Vomissement | 4 | 28,6 |
| Métrorragie | 4 | 28,6 |
| Rétention urinaire | 2 | 14,3 |
| Constipation | 2 | 14,3 |
| Ictère | 1 | 7,1 |
| Prolapsus rectal | 1 | 7,1 |

La médecine traditionnelle était dans la quasi-totalité des cas la phytothérapie. Plus de la moitié (71,9%) utilisaient des recettes à base d'une plante. Les trois plantes les plus observées étaient l'aloès, le moringa et le corossol à des posologies de 2 prises (35,5%) ou 3 prises (33,6%) quotidiennes (Tableau III).

Les feuilles (35,1%) et les écorces (26,8%) étaient les parties de la plante les plus utilisées.

Tableau III : Répartition des patients en fonction des plantes médicinales utilisées / *Distribution of patients according to the medicinal plants used*

| Noms vernaculaires | Noms scientifiques | n=107 (%) |
|--------------------|------------------------------|-----------|
| Aloès | <i>Aloe barbadensis</i> | 25,20 |
| Moringa | <i>Moringa oleifera</i> Lam. | 12,10 |
| Corrosol | <i>Amona muricata</i> L. | 6,50 |
| Curcuma | <i>Curcuma longa</i> L. | 3,70 |
| Nigelle | <i>Nigella sativa</i> L. | 2,80 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------|-------|
| Kinkeliba | <i>Combretummicranthum G. Don</i> | 2,80 |
| Manguier | <i>Mangiferaindica L.</i> | 1,80 |
| Acacia | <i>Acacia Sp</i> | 1,80 |
| Ginko | <i>Ginko biloba L.</i> | 0,90 |
| Sorgho | <i>Sorghum bicolor L.</i> | 0,90 |
| Kinkeliba | <i>Parkiabiglobosa (Jacq.) Benth.</i> | 0,90 |
| Teck | <i>Tectona grandis</i> | 0,90 |
| Cotonnier | <i>Gossypiumhirsutum L.</i> | 0,90 |
| Inconnues | Inconnues | 38,30 |

II-4. Evolution

Les utilisateurs de la médecine traditionnelle étaient satisfaits dans 82,3 % des cas. L'évolution de l'état de santé des patients après utilisation de la médecine traditionnelle était défavorable dans

38,3% des cas (Tableau IV); cependant 82,3% des utilisateurs de phytothérapie étaient satisfaits.

Quarante-un pourcent (41%) de notre population encourageaient la prise de médicaments traditionnels ; 20,8% ont préconisé d'associer la médecine traditionnelle à la moderne et 12,5% suggère l'interdiction de la médecine traditionnelle.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de l'évolution clinique / *Distribution of patients according to clinical course*

| Evolution | n=107 | % |
|--------------|-------|------|
| Défavorable | 41 | 38,3 |
| Stationnaire | 43 | 40,2 |
| Bonne | 23 | 21,5 |

DISCUSSIONS

Dans cette étude transversale, nous avons apprécié la place de la médecine traditionnelle chez les patients cancéreux. Pour ce faire, nous avons choisi le service de référence de cancérologie du CHU de Treichville et des services spécifiques au centre de la Côte d'Ivoire au CHU de Bouaké. Les difficultés rencontrées étaient essentiellement liées à la réticence des patients et probablement des défauts de déclarations par la rétention d'informations. Certains faisaient croire qu'ils utilisaient les deux méthodes. Nous avons également rencontré des difficultés dans l'identification des plantes, l'absence d'échantillon ou à la méconnaissance des noms vernaculaires ou de la composition des recettes par les patients. Malgré toutes ses difficultés méthodologiques, notre étude a permis d'apprécier l'ampleur de la médecine traditionnelle dans la population des malades de cancer en Côte d'Ivoire. Ce qui pourrait encourager à prendre des mesures pour la réglementation de cette pratique.

Caractéristiques socio-démographiques

On notait une prédominance féminine (65,2%) avec un sex-ratio de 0,53. Cette prédominance féminine semble être constante. Une étude similaire réalisée dans le service de cancérologie du CHU de Treichville révélait une fréquence plus élevée de femme (70,3%)⁷. Dans l'unité de chimiothérapie de jour des patients ambulatoires du district de l'hôpital d'Ankara en Turquie une étude montrait une fréquence peu élevée de femme (52,6%). Cette prédominance féminine à

Ankara était constante dans toutes les classes d'âge^[8].

Cette population de l'étude était jeune avec un âge moyen autour de 52,3+/-14,21 ans (extrêmes de 16 et 88 ans). Au Nigeria, dans un service de cancérologie, les utilisateurs de 65 médecines alternatives et complémentaires avaient une moyenne d'âge de 51 ans 9. En Europe, la moyenne d'âge est plus élevée autour de 60 ans^[10]. Ces données européennes sont concordantes, la pathologie cancéreuse est une pathologie du sujet âgé. Elle apparaît après la cinquantaine^[11]. Notre étude montrait que 35,9% de la population avait un âge compris entre 51 et 65 ans.

En Côte d'Ivoire, le taux d'analphabétisme est très important. Il varie entre 20-85% selon les régions^[12]. Nos résultats étaient concordants avec les données du recensement général ; les analphabètes représentaient 34,3% dans notre étude. Seuls 18,8% ont fait des études supérieures. Par contre en Europe, le taux d'analphabétisme est faible (inférieur à 15%). Des travaux rapportaient des fréquences à 10,6% d'analphabètes^[13]. Au Nigeria ce taux d'analphabétisme représente 14%^[9]. Cette population semble économiquement vulnérable de par leur faible pouvoir d'achat. Leur revenu mensuel était inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) pour la grande majorité qui étaient des personnes à la retraite. Egalement, plus de la moitié de nos patients n'avait pas de couverture sociale

Caractéristiques cliniques

Au plan clinique, environ 40,9% de nos patients avaient des antécédents dont 54% étaient d'ordre médical. Les pathologies médicales chroniques prédominaient dans cette tranche de la population cinquantenaire. Nous retrouvons le couple d'hypertension artérielle-diabète dans une forte proportion (66,6%). Ce qui traduit également la grande vulnérabilité de la majorité de notre population tant, sur le plan clinique, économique, sociale que psychologique. Les antécédents médicaux étaient dominés par l'ulcère gastro-duodénal. Or la voie digestive représente la voie de prédilection d'administration des médicaments. Cette fragilité digestive à cet âge expose le tube digestif à une toxicité à la fois directe et indirecte aux anticancéreux. Les cancers féminins étaient les plus nombreux (58,7%) suivis des cancers digestifs (17,8%) et de la prostate (9,9%). Le pronostic était sombre pour la plupart car découvert à des stades métastatiques dans 19,9% des cas et avec une extension locale importante dans 36% des cas (T3, T4, grade III et IV). En revanche l'état général semblait conserver et acceptable dans la quasi-totalité des cas (86,2%) pour permettre un traitement anticancéreux (score 0-2).

Le cancer le plus fréquent était le cancer du sein (41,5%). Cette première place du cancer du sein est également retrouvée par Ezeome et Anarado au Nigeria⁹ et par Molassiotis et al. en Europe¹⁰. Elle reflète bien le profil des malades atteints de cancers en Côte d'Ivoire. Cependant, la fréquence du cancer du sein dans le Registre du Cancer d'Abidjan (RCA) est faible (19,9%)^[14]. Cette discordance pourrait s'expliquer par le mode de recrutement. En effet, les enquêtes hospitalières pourraient méconnaître certains cas^[15] alors que le RCA est un registre de population avec un recensement exhaustif.

III-3 THERAPEUTIQUE

III-3.1 Les méthodes conventionnelles

Les moyens thérapeutiques mise en œuvre dans notre contexte selon le stade du cancer étaient l'intervention chirurgicale (46%) et/ou la chimiothérapie (44,8%). Ces choix témoignent d'une part des stades localement avancés et/ou métastatiques de la maladie¹⁶ et d'autre part de l'existence d'un bon

état général (score OMS 0-2) pour la majorité des patients. Cependant, les coûts élevés de la chimiothérapie, des thérapeutiques ciblées dans un contexte d'insuffisance de couverture sociale, en limitent l'utilisation^[16-17].

Les méthodes non conventionnelles

La prévalence de l'utilisation des méthodes non conventionnelles semble élevée en Afrique. Cinquante-neuf pourcent des patients de notre étude ont utilisé au moins une fois une autre thérapie en dehors de la médecine moderne au cours de l'histoire de la prise en charge de leur pathologie cancéreuse notamment la médecine traditionnelle. Cet usage très courant de la médecine traditionnelle en pathologie cancéreuse est très importante en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire. En Afrique subsaharienne, l'usage de la médecine traditionnelle est en générale plus fréquente et importante au-delà de 75%^[18]. Au Nigeria la fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle en cancérologie était de 65%^[9]. En Côte d'Ivoire, l'utilisation de la médecine traditionnelle représente entre 100%^[19] et 91%^[20-21] dans les soins de santé primaire.

En Europe, l'utilisation de la médecine traditionnelle semble relativement faible. Une étude menée dans 14 pays sur une population de 342 patients, retrouvait une fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle de 35,9%¹⁰. En France, 34% des patients atteints de cancers utilisaient la médecine complémentaire^[5]. Kumar et al. en Inde observaient un taux de 38,7%^[22]. En Palestine, une étude visant à évaluer les profils d'utilisation de la médecine traditionnelle parmi deux cohortes de patients atteints de cancer sur une période de trois ans a mis en évidence une prévalence d'utilisation de 69,5%^[23].

La durée d'exposition moyenne à la pratique traditionnelle dans les soins de la pathologie cancéreuse était d'un an avec un maximum de dix ans. Il s'agissait d'un usage chronique et familial. En effet, outre le renforcement de la foi religieuse, les plantes médicinales étaient les plus fréquemment utilisées^[5,9-10]. La phytothérapie ou la thérapeutique à base de plantes médicinales est la plus disponible auprès des tradipraticiens en Côte d'Ivoire^[19]. Les associations de plantes médicinales ont été réalisées dans le but d'une action synergique. Cependant, le risque était la méconnaissance des noms des plantes par les utilisateurs (38,3%) et de leur nombre dans les recettes (7,5%). Les différentes parties de la plante étaient utilisées notamment les feuilles et les écorces^[24-25] essentiellement en décoction et par broyage. La voie orale était la plus utilisée^[26].

Cette prépondérance de la thérapie traditionnelle pourrait s'expliquer, d'une part, par les facteurs socioculturels des populations^[27] et, d'autre part, par les difficultés d'accessibilité financière aux traitements de la médecine conventionnelle^[17,18]. Un autre risque est associé à la dénutrition, le jeûn qui devrait être déconseillé car il s'agit de patient fragile sur le plan nutritionnel et leur régime alimentaire devrait être amélioré du fait de la maladie cancéreuse et de la toxicité des anticancéreux.

Les motifs d'utilisation de la médecine traditionnelle sont diverses. Cependant, l'efficacité était le motif principal de l'utilisation de cette thérapie par nos patients. La tolérance et le coût (5,61% chacun), semblaient être des facteurs mineurs d'utilisation de la tradithérapie. Ce qui semble en contradiction avec les motifs généraux de la consommation de la tradithérapie. En effet, le coût élevé des prestations hospitalières, par rapport aux revenus des populations les plus pauvres, notamment celles des zones rurales demeure un frein. Les enquêtes sur les Conditions de Vie des Ménages (ECVM) réalisées par l'Institut National de Statistique (INS), ont permis d'établir que le taux de pauvreté est passé de 10% en 1985 à 38,6% en 2002 en tenant compte respectivement des seuils de pauvreté estimée à 75.000 francs CFA par an et par tête (1985), et 162.800 (1998). Son ampleur est plus marquée dans les milieux ruraux (42-46%) que dans les milieux urbains (19,3-23%)^[17].

Les coûts des différents protocoles de chimiothérapie utilisés étaient au-delà de toutes ressources pour un grand nombre de patients. En effet, ces coûts variaient entre 150.000 frs CFA (225 euros) et 1.000.000 frs CFA (1500 euros) la cure à raison d'une cure tous les 21 jours avec un minimum de 6 cures. La boîte de sorafenib par exemple coûtait 5.000.000 frs CFA pour un mois de traitement (7500 euros), la durée du traitement s'étendait au-delà d'un mois.

En revanche, 58% des consultations chez les tradipraticiens seraient gratuites. KONAN révélait que 31% des coûts variaient entre 100 frs CFA (0,15 euros) et 2000 frs CFA (3 euros). Seulement 4% des patients avaient des consultations dont le montant atteignait 100.000 frs CFA (150 euros) probablement pour des pathologies plus graves^[19].

Cette facilité d'accessibilité financière encourageant l'usage de la médecine traditionnelle quel que soit la pathologie serait également favorisé par l'accessibilité géographique. En Côte d'Ivoire, selon le Programme National de Promotion de

la Médecine Traditionnelle (PNPMT), créé le 28 décembre 2001, il existe en moyenne neuf (09) tradipraticiens par village contrairement à un ratio de 1 médecin pour 9000 habitants à Abidjan passant à un ratio de 1 médecin pour 20.000 habitants à l'intérieur du pays^[28,29]. De surcroît, la couverture en infrastructures sanitaires est faible. Seul 44% de la population vit à moins de 5 km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 km et 29% à plus de 15 km. A cela s'ajoute l'enclavement de certaines collectivités à cause du réseau routier impraticable en toute saison. La rareté des moyens de transports, ne favorise pas le recours, à temps réel, aux formations sanitaires. La gestion des infrastructures et des équipements reste confrontée aux récurrents problèmes de l'approvisionnement, des ruptures en médicaments, de la maintenance, du renouvellement des équipements et de la réhabilitation des locaux^[19].

Ces réalités que nous venons de décrire viennent se greffer aux facteurs socioculturels et des fortes croyances des populations vis-à-vis de la médecine traditionnelle. En effet, le tradipraticien est proche de son malade. Il s'exprime dans la plupart des cas dans la même langue que le malade qu'il prend en charge^[18,28]. Cela renforce la confiance et la relation tradipraticien malade.

Le renforcement de l'engouement pour la médecine traditionnelle pourrait être en rapport avec le manque de confiance en la médecine moderne. Exemple, les Lobis en Côte d'Ivoire, désertent les hôpitaux pour s'adresser au devin-guérisseur^[19].

L'entourage (59,8%) et les médias (13,1%) jouent un rôle important dans l'expansion de l'utilisation de cette médecine. Les patients atteints de cancer peuvent être influencés dans leur prise de décision par d'autres sources : l'entourage, les pratiquants, la famille, les amis, le conjoint et les connaissances occasionnelles dans les salles d'attente et les groupes de soutien^[23,30].

Malgré les vertus reconnues des plantes médicinales dans la prise en charge des problèmes de santé, environ 12,2% ont rapporté des effets indésirables. Cette faible fréquence des effets indésirables traduirait probablement la bonne tolérance des recettes médicinales ou probablement une sous-estimation de celle-ci en rapport avec la méconnaissance des plantes médicinales, de

l'effet des associations des plantes médicinales (recettes) entre elles et avec la thérapie classique, des dosages et des posologies et de l'absence de formation du personnels de cancérologie sur la tradithérapie^[24]. Les éventuels bénéfices attendus, notamment la recherche de guérison, s'en trouvent alors hypothéqués. En effet, les mélanges de produits d'origine inconnue peuvent être à l'origine de toxicités par interactions

médicamenteuses^[27]. Ce risque de toxicité est dans la majorité des cas méconnus par les tradipraticiens, les prescripteurs et le patient. Ils pensent, pour la plupart à tort ou à raison, que leurs produits sont dépourvus de tout effet secondaire ou indésirable car étant d'origine naturelle. On se rend compte également que le mode de préparation peut être source de contamination infectieuse et /ou par les métaux lourds du fait des mesures non hygiéniques.

CONCLUSION

Cette étude a montré que l'usage de la médecine traditionnelle dans le monde et en particulier en Afrique est un phénomène incontournable qu'il faut prendre en compte. Les plantes médicinales semblent les plus utilisées suivies de la religion.

Bien qu'aucune médecine non conventionnelle ne puisse être considérée

à ce jour comme une alternative sûre aux traitements anticancéreux standards actuels, force est de reconnaître que certaines techniques et thérapeutiques peuvent jouer un important rôle complémentaire. Elles s'intègrent dans les soins dits de support ou d'amélioration du confort surtout psychologique des patients.

Conflits d'intérêt : Aucun

Remerciements aux personnels soignants des services de cancérologie du CHU de Treichville, médecine interne et chirurgie du CHU de Bouaké.

Répartition des tâches

N'ZOUÉ Kanga Sita : Recueil des données- Recherches bibliographiques- Remplissage des fiches d'enquêtes, Rédaction de l'article, Soumission
KOUAME N'goran Mathieu : Recherches bibliographiques-Lecture et correction
YOBABI Manan Siméon : Saisie des données

KEE Mankoh Yves Cedrick : remplissage des fiches d'enquête
ASSI Chiseka Marie Paule Ursula Séka : Recherches bibliographiques, Recueil des données, Remplissage des fiches d'enquêtes
KAMAGATE Mamadou : Superviseur, Lecture, Correction

REFERENCES

- 1-Organisation Mondiale De La Santé(OMS),** 2013 : Aide –mémoire n 134.
- 2-Dy GK, Bekele L, Hanson LJ, Furth A.** Complementary, and alternative medicine use by patient enrolled in phase I clinical trials. JCO. 2004; 22: 4758-63.
- 3-Harris MF, Gadou DM, Yao YL, Boua A, Silue C, Coulibaly D, et al.** Les représentations de la santé de la maladie chez les ivoiriens. Edition l'harmattan 1998; P16.
- 4-Crocetti E, Crotti N, Feltrin A, Ponton P, Geddes M, Buiatti E.** The use of complementary therapies by breast cancer patients attending conventional treatment. Eur J cancer 1998; 34:324-8.
- 5-Eisenberg DM, Kessler, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, DAVIS RB.** Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both. Results from a national survey. Ann Intern Med 2001; 135:344-51.
- 6-Trager-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, Gramont A, Garcia-Larnicol M et al.** Utilisation de la médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. Bull Cancer. 2007; 94 (11): 1017-25.
- 7-Despres C.** « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer ». Anthropologie & Santé [En ligne]. 1, mis en ligne le 24 juin 2011, <http://anthropologiesante.revues.org/710>. Consulté le 31/12/2019.
- 7-M'baiman J.** Utilisation des médecines alternatives et complémentaires dans le service de Cancérologie du CHU de Treichville. Thèse Médecine Abidjan 2015.
- 8-Korkmaz M, Tavsanlı NG, Ozcelik H.** Use of Complementary and Alternative Medicine and Quality of Life of Cancer Patients: Turkish Samples. Holist Nurs Pract 2016;30(2):88-95.

- 9-Ezeome ER, Anarado AN.** Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2007; 7: 28-36.
- 10-Molassiotis A, Ortega PF, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V et al.** Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005; 16: 655-63.
- 11-Stewart BW, Kleihues P.** Le cancer dans le monde. Lyon IARC Press, 2005.
- 12-Derey E.** Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques: la médecine traditionnelle chinoise et la trame. Thèse Pharmacie Angers 2003.
- 13-Üstundag S, Demir Z A.** Complementary and alternative medicine use among cancer patients and determination of affecting factors: A questionnaire study. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(6):357-69.
- 14-Marie K P.** Identification des barrières au diagnostic précoce du cancer invasif du col en Côte d'Ivoire. Thèse Médecine. Bordeaux 2020: 86. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02439895/document>
- 15-Pierre S, Marie-Paule V.** Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : quand et comment évaluer l'état nutritionnel d'un malade atteint de cancer ? Comment faire le diagnostic de dénutrition et le diagnostic de dénutrition sévère chez un malade atteint de cancer ? Quelles sont les situations les plus à risque de dénutrition ? *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2012; 26 (4): 165-188.
- 16-Programme National De Lutte Contre Le Cancer.** Plan stratégique de lutte contre le cancer 2009-2013.
- 17-Atte V.** Accessibilité financière de la chimiothérapie pour les patients atteints du cancer du sein. Thèse Médecine. Abidjan 2013 :3609.
- 18-Konan A.** Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan. Thèse Médecine, Toulouse 2013.
- 19-Coulibaly GS.** Evaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans la région sanitaire du Sud Bandama. Thèse Médecine, Abidjan 2007 :3017.
- 20-Kouame AS.** Evaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon. Thèse Médecine, Abidjan 2010 :3289.
- 21-Kumar D, Goel N K, Pandey A K, Sarpal SS.** Complementary and alternative medicine use among the cancer patients in Northern India. *South Asian J Cancer*. 2016 ; 5(1):8-11.
- 22-Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Salameh NM, Hamadeh AM.** Complementary and alternative medicine use among Cancer patients in Palestine with special reference to safety-related concerns. *J Ethnopharmacol*. 2016;187:104-22.
- 23-Die-Kacou H, Kamagaté M, Yavo JC, Daubrey T, Diafouka F.,** Intoxications par les plantes à Abidjan: difficultés du diagnostic étiologique et aspects ethnobotaniques. *Bio-Africa*. 2009 ; 7 : 34-43.
- 24-Clement YN, Mahase V, Jagroop A, Kisoosoon K, Maharaj A, Mathura P, et al.** Herbal remedies and functional foods used by cancer patients attending specialty oncology clinics in Trinidad. *BMC Complement Altern Med*. 2016; 21;16(1):399.
- 25-Ochwangi'i DO, Kimwele CN, Oduma JA, Gathumbi PK, Mbaria JM, Kiama SG.** Medicinal plants used in treatment and management of cancer in Kakamega County, Kenya. *J Ethnopharmacol*. 2014; 151(3):1040-55.
- 26-Dilhuydy JM.** Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements ou pratiques inapprouvées. 27^{èmes} journées de la SFSPM ; Deauville, Novembre 2005.
- 27-Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.** Plan stratégique de promotion de la médecine traditionnelle 2007-2008.
- 28-Ministère de la Santé et de L'hygiène Publique de Cote D'Ivoire.** Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013.
- 29-Smith PJ, Clavarino A, Long J, Steadman KJ.** Why do some cancer patients receiving chemotherapy choose to take complementary and alternative medicines and what are the risks? *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014 ; 10(1):1-10.