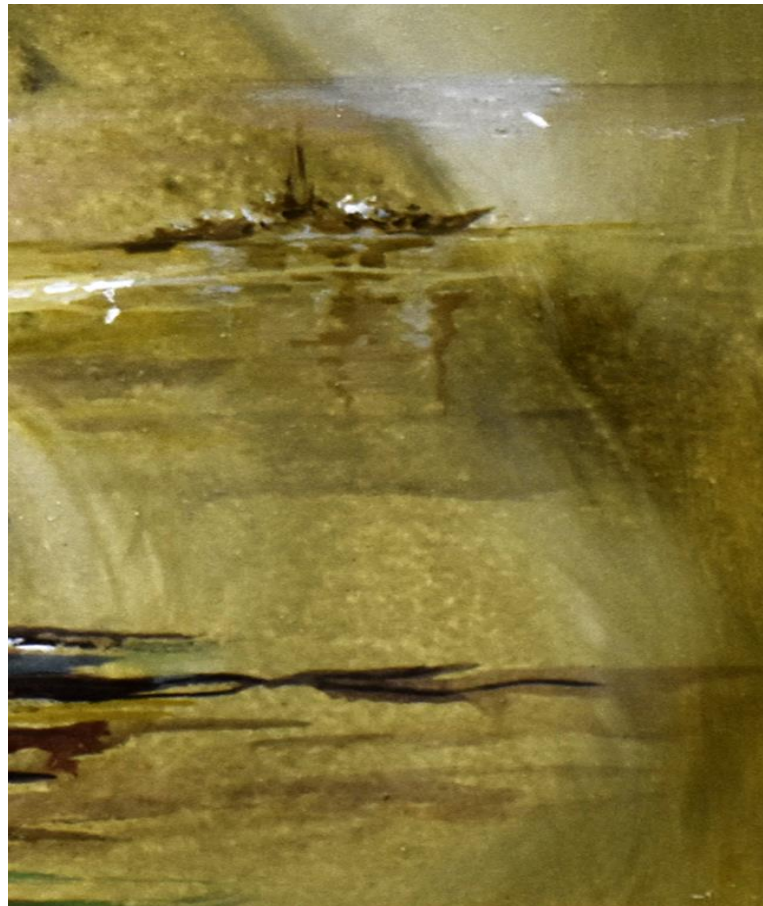


Art, Littérature et Philosophie : une relecture du Complexe



Numéro Spécial 1: Juillet 2018
Étude Réunie par
DJE Bi Tchan Guillaume
Université Félix Houphouët-Boigny

Comité scientifique

BOA Thiémélé L. Ramsès (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
COULIBALY Adama (PT) Université Félix Houphouët-Boigny
DIANDUE Parfait Bi-Kacou (PT) Université Félix Houphouët-Boigny
DIOP Papa Samba (Pr.), Université Paris-Est Créteil
GOUAFFO Albert (PT / HDR), Université de Dschang
HAREL Simon (Pr.), Université de Montréal
KONANDRI Virginie (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
KONÉ Amadou (Pr.), Georgetown University, Washington DC
KOUAKOU Jean-Marie (PT), Université Félix Houphouët-Boigny
MADEBE Georice Bertin, (DR /HDR), IRSH / Gabon
MAMBENGA-YLAGOU Frédéric (MC / HDR), Université Omar Bongo
MANGEON Anthony (Pr.), Université de Strasbourg
MBONDOBARI Sylvère (MC), Université Omar Bongo
MOUKAGA Hugues (PT), Université Omar Bongo
OBIANG Ludovic (DR/HDR), IRSH Gabon
RENOMBO Steeve (MC), Université Omar Bongo
RENOUPREZ Martine (Pr.), Université de Cadix
ROPIVIA Marc-Louis (PT), Université Omar Bongo
SISSAO Alain (DR), CNRST Ouagadougou
TONDA Joseph (PT / HDR), Université Omar Bongo

Comité de lecture

Parfait Bi-Kacou DIANDUE (PT)

Babou DIENE (MC)

Jean-Marie KOUAKOU (PT)

Achille Fortuné MANFOUMBY MVE (MR)

Gyno-Noël MIKALA (MC)

Pierre-Claver MONGUI (MC)

Firmin MOUSSOUNDA IBOUANGA (MC)

Pierre NDEMBY MANFOUMBY (MC)

Jean-Jacques Rousseau TANDIA MOUAFU (MC)



ISSN 2520-9809

Titre clé : Revue gabonaise de littérature et sciences humaines

Titre clé abrégé : Rev. gabon. litt. sci. hum.

Comité de rédaction

BA Ousmane, Sociologie, UCAD

EKOGHA Thierry, Philosophie, UOB

LENDIRA Raoul, Espagnol, UOB

KOMBILA Mireille, Lettres Modernes, UOB

MAPANGOU Dacharly, Lettres Modernes, UOB

MATOUMBA Martial, Histoire et Archéologie, IRSH

MONGUI Pierre-Claver, Lettres Modernes, UOB

MOUSSOUNDA Féréole Clarpin, Histoire et Archéologie, UOB

MPAGA Christ-Olivier, Philosophie, UOB

NDEMBY Pierre, Lettres Modernes, UOB

NTSAME OKOUROU Frankline, Littératures Africaines, UOB

ZAME AVEZO'O Léa, Littératures Africaines, UOB

Université Omar Bongo

Département de Lettres Modernes

Centre d'Etudes et de **Recherches Littéraires** sur les **Imaginaires** et la **Mémoire**

Juillet 2018

SOMMAIRE

1. Bi Tchan Guillaume DJE

Performances annuelles, perception de compétence et performances au Baccalauréat des élèves de l'enseignement général secondaire (République de Côte d'Ivoire)

2. Valère NKELZOK KOMTSIND

Conduite des membres des comités thérapeutiques et qualité de la Prise En Charge (PEC) des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans la région de l'extrême nord au Cameroun

3. Sopie Hélène Félicité AHO

La femme africaine entre deux chaises : prisonnière de la toile tissée par la controverse sur la modernité

4. Banhouman KAMATE

La lumière dans la mise en scène des spectacles théâtraux de Sidiki Bakaba : les cas de *L'exil d'Albouri* (2003) et *d'Iles de tempête* (2007)

5. Adjo Sébastienne KOUAME, Apo Julie N'CHOT & Alain TOH

Résilience des jeunes filles dans un contexte socio-économique faible et grossesse en milieu scolaire ivoirien : cas du Lycée Moderne 1 d'Abobo (Abidjan)

6. Ossei KOUAKOU & Akeigba Sandrine GUEDE

Niveau d'instruction, statut socio-économique et itinéraire thérapeutique des patients du service de cancérologie de Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville-Abidjan.

7. Bi Tra Jamal SEHI & Bi Tizié Emmanuel GALA

Leadership féminin entre logique économique et gestion du temps libre en milieu urbain : cas des mouvements tontiniers des femmes Gouro à Abidjan (Côte d'Ivoire)

8. Apo Philomène SEKA

Réflexivité, réflexibilité et altérité dans *Le ventre de l'Atlantique* de Fatou Diome

9. Amani Augustin KOUADIO & Anthelme Gnakpa GALLE

Aménagement et contraintes à l'adhésion aux projets de développement en milieu rural ivoirien

10. Madeleine KABORE épouse KONKOBO

Politique et développement en Afrique : quelles stratégies pour un développement humain durable ?

11. Mahier Jules Michel BAH, Koffi Gnamien Jean-claude KOFFI & Bodou YAO

Politique de l'environnement et gestion des ordures ménagères dans le District d'Abidjan : cas des communes d'Adjamé et de Cocody

12. Tegnambla Prudence BROU

La figure dramatisée de Chaka : images et échos schémiques de l'imaginaire

**NIVEAU D'INSTRUCTION, STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ET ITINERAIRE
THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DU SERVICE DE CANCEROLOGIE DE
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE TREICHVILLE-ABIDJAN**

Ossei KOUAKOU

Département de psychologie, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan.
osseik@yahoo.fr

Akeigba Sandrine GUEDE

Doctorante Département de psychologie, Université Félix Houphouët Boigny
Cocody-Abidjan. sandrineguede90@gmail.com

Résumé

La présente étude analyse la relation entre le niveau d'instruction, le statut socioéconomique et l'itinéraire thérapeutique des malades du cancer. L'échantillon est constitué de 42 malades du cancer dont 12 hommes et 30 femmes suivis dans le service de cancérologie du (CHU) de Treichville à Abidjan. Les niveaux d'instructions et les statuts socioéconomiques ont été identifiés grâce aux dossiers médicaux et à l'entretien clinique. Les itinéraires thérapeutiques ont été déterminés à partir des informations obtenues à l'aide des entretiens cliniques. Les résultats indiquent que les patients de niveau d'instruction supérieur débutent leurs soins par la médecine moderne. Ils montrent également que les patients de statut socioéconomique défavorisé commencent leurs soins chez le devin-guérisseur ou par des prières religieuses. Ces résultats consolident les théories de la représentation sociale de S. Moscovici (1976) et sociale-cognitive de A. Bandura (1980). Ils suggèrent par ailleurs, un accroissement des campagnes de sensibilisation portant sur le traitement du cancer, en vue de réduire le déficit d'informations auprès des populations. En outre, ils permettent d'envisager la mise en œuvre d'une politique sociale pour la prise en charge à moindre coût du cancer.

Mots clés : Cancer, Itinéraire thérapeutique, Niveau d'instruction, Statut socioéconomique.

Level of education, socio-economic status and therapeutic itinerary of the patients of the cancer department of the University Hospital of Treichville-Abidjan

Summary

The study analyzes the relationship between educational level, socio-economic status and the therapeutic route of cancer patients. The sample consists of 42 cancer patients including 12 men and 30 women followed in cancer department of CHU Treichville in Abidjan.

Instruction levels and socioeconomic status were identified through medical records and clinical interview. Therapeutic routes were determined from the information provided by the clinical interviews. The results indicated that patients with higher education begin their care from modern medicine. They also showed that patients of low socio-economic status begin their care from diviner-healer or religious prayers. These results consolidate social representation theory of S. Moscovici's (1976) and social-cognitive theory of A. Bandura (1980). They also suggest an increase in awareness campaigns on cancer treatment in order to reduce the information deficit among the populations. In addition, they allow to consider the implementation of a social policy for the care at a lower cost of cancer.

Keywords: Cancer, therapeutic pathway, level of education, socio-economic status

Introduction

Le cancer constitue un problème de santé publique. Il nécessite une prise en charge sur plusieurs années. Sa simple évocation renvoie l'opinion générale à l'idée de mort imminente et à la recherche d'une cause naturelle ou surnaturelle. Sa survenue suscite plusieurs interrogations chez le patient tout comme chez sa famille (O. Kouakou & al., 2018 ; I. Tazi & al, 2011). Par conséquent, la présence des symptômes indiquant le cancer chez une personne amène celle-ci à mettre en place une stratégie ou à adopter un comportement de recherche de soins appelé itinéraire thérapeutique (A. Kleinman, 1980).

L'itinéraire thérapeutique est une notion utilisée par les anthropologues, les psychologues, mais aussi les sociologues (A.C. Hoyez, 2012). Il comprend une succession de démarches, c'est-à-dire de pratiques liées à la recherche de la santé. Il ne s'agit pas seulement d'un déplacement géographique, mais plutôt d'un itinéraire social et psychologique sur lequel le patient, ses proches et le groupe auquel il appartient peuvent cheminer (M. Laterali, 2005). L'itinéraire thérapeutique est défini comme une succession de recours aux soins depuis le début de la maladie jusqu'à la fin de celle-ci (M. Mahaman, 2012). Autrement dit, il est le circuit de l'ensemble des recours que suit le patient en quête de soins. Cela le conduit à une multiplicité de recours auprès de secteurs de soins que l'on qualifie de médical, de traditionnel et de populaire (J. Sakoyan, 2006).

La littérature sur les déterminants de l'itinéraire thérapeutique met en évidence deux types de facteurs : les facteurs externes et les facteurs internes. En ce qui concerne les facteurs externes, des études montrent qu'il existe un lien significatif entre la distance, l'entourage, le statut socioéconomique et le comportement de recours aux soins (M. Dieng & al 2013 ; M. Latérali, 2005). Ainsi, face à la maladie, le patient se réfère à ce que son environnement immédiat lui offre comme possibilité de soins et jauge les ressources économiques dont il dispose avant de s'engager dans un itinéraire

thérapeutique particulier. A propos des facteurs internes, des travaux expliquent l'itinéraire thérapeutique par le sexe, l'âge, le niveau d'instruction (J. Cleland & J.K. Van Ginneken, 1988 ; A. Franckel, 2004 ; B.M. Senou, 2002 ; Y.B. Tapé, 2007 ; B.M. Yoro, 2012). Pour ces auteurs, le choix de l'itinéraire thérapeutique ne se fait pas au hasard. Il tient compte des connaissances générales des patients. Par ailleurs, celles-ci sont sous l'influence du niveau d'instruction. En effet, plus un individu a un niveau d'instruction élevé (supérieur), plus il dispose d'informations sur l'ensemble des phénomènes de la vie dont les pathologies comme le cancer. Par contre, s'il a une absence ou un faible niveau d'instruction (primaire), il a conséquemment un déficit au niveau des connaissances générales, sa pensée s'en trouve fortement déterminée par les stéréotypes et préjugés de son environnement socioculturel (M. Billig, 1992, D. Jodelet, 1992, P. Oliviéro, 2008).

En outre, d'autres travaux portent sur l'action conjugué du statut socioéconomique et du niveau d'instruction dans l'explication de l'itinéraire thérapeutique (M. Dieng & al, 2013 ; D.A. Djadou, 2006). Selon eux, le comportement de recherche de soins des individus en cas de maladies aiguës (les maux de tête, la fièvre, le paludisme...) est déterminé par l'effet conjugué du niveau d'instruction et du statut socioéconomique. Il importe de souligner que ces différentes études portent sur les pathologies générales et non spécifiques comme le cancer. En effet, le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormalement importante au sein d'un tissu normal de l'organisme, de telle manière que la survie de ce dernier est menacée. Ainsi, cette pathologie constitue pour le patient, son entourage une épreuve existentielle bouleversante. Cette épreuve touche tous les aspects de la vie : rapports avec son corps, sa famille, son environnement professionnel, ses amis, ses voisins, ainsi que le sens donné au bien-être, à la santé, à la souffrance et bien sûr à la mort. C'est dans ce sens que Holland, cité par A. Herbaut & al. (2003, p. 5) définit la détresse psychologique de la personne atteinte de cancer comme « *une expérience désagréable de nature émotionnelle, psychologique ou spirituelle qui interfère avec l'aptitude à gérer le traitement du cancer. Elle se prolonge dans un continuum allant d'un sentiment commun normal de vulnérabilité, de tristesse, de peurs, jusqu'à des problématiques plus majeures comme une anxiété, des attaques paniques, une dépression ou une crise spirituelle* ». Ainsi, la chronicité et la particularité du cancer provoquent des comportements spécifiques des patients et leur entourage. Il semble donc pertinent, dans une approche différentielle, de mener une étude portant sur l'itinéraire thérapeutique des patients atteints de cette pathologie qu'est le cancer. C'est dans ce sens que la présente étude est conduite. Elle vise à examiner la relation entre les niveaux d'instruction, les statuts socio-économiques des patients et leurs itinéraires thérapeutiques. Ainsi, elle se fonde sur l'idée selon laquelle, l'itinéraire thérapeutique des patients varie en fonction de leur niveau d'instruction et statut socio-économique.

De façon spécifique, nous soutenons que les patients du cancer de niveau d'instruction supérieur débutent leurs soins par la médecine moderne comparés à leurs pairs de niveau d'instruction primaire qui débutent leurs soins par des prières religieuses ou chez le devin-guérisseur. Ensuite, les patients du cancer, de statut socioéconomique favorisé débutent leurs soins par la médecine moderne comparés à leurs pairs de statut socioéconomique défavorisé qui commencent leurs soins chez le devin- guérisseur ou par des prières religieuses. Enfin, les malades du cancer de niveau d'instruction supérieur et de statut socioéconomique débutent leurs soins par la médecine moderne comparés à leurs pairs de niveau d'instruction primaire et de statut socioéconomique défavorisé qui commencent par des prières religieuses ou chez le devin- guérisseur. C'est pour tester ces hypothèses que la démarche méthodologique suivante a été adoptée.

1- Méthodologie

Dans le but d'expliquer l'itinéraire thérapeutique des patients du cancer par le niveau d'instruction et le statut socioéconomique, nous avons réalisé une étude auprès des patients du service de cancérologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville. Il importe de souligner que ce service a pour mission la prise en charge des malades du cancer âgés de 18 ans et plus. Il a été créé en 1992 par le Professeur Echimane et est actuellement dirigé par le Professeur Adoubi Innocent. Nous nous proposons dans cette partie, de présenter les caractéristiques des participants, les instruments de collecte ainsi que la procédure.

1-1- Participants

L'étude porte sur 42 malades du cancer âgés de 27 à 66 ans, de sexe masculin et féminin et pris en charge au service de cancérologie du CHU de Treichville sur une période de 3 mois (février à avril 2014). Ils ont au moins le niveau de scolarisation primaire, les patients sans niveau d'instruction, au nombre de huit (08) ont été exclus. L'échantillon a été constitué à partir de l'examen des dossiers médicaux et de l'entretien clinique. Ainsi, les patients se répartissent en quatre groupes selon le niveau d'instruction et le statut socioéconomique des participants. Le tableau n°1 suivant indique les caractéristiques de cet échantillon.

Tableau n°1 : Caractéristiques de l'échantillon

STATUT SOCIOECONOMIQUE	NIVEAU D'INSTRUCTION		
	Primaire	Supérieur	Total
Favorisé	10	11	21

Défavorisé	11	10	21
Total	21	21	42

Le tableau nous indique que les patients de l'échantillon se répartissent de façon sensiblement identique par rapport aux variables à l'étude. Ainsi, l'on note, par exemple 10 patients issus de milieu favorisé contre 11 de milieu défavorisé. Il en est de même pour le niveau d'instruction.

1-2-Matériel de recherche

La collecte des données a été possible grâce à l'examen des dossiers médicaux et aux entretiens cliniques.

1-2-1-Dossiers médicaux

Les dossiers regroupent l'ensemble des informations en rapport avec le diagnostic et les traitements reçus par le patient. De plus, on y retrouve les informations qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre et des feuilles de surveillance. L'examen des dossiers médicaux nous a permis d'avoir des informations précises sur l'identité, l'histoire de la maladie, le diagnostic, le pronostic, la nature des soins médicaux des patients. En plus des dossiers médicaux, nous avons eu recours à l'entretien clinique à partir d'un guide.

1-2-2- L'entretien clinique

L'entretien est dit clinique, lorsqu'il présente une double visée, l'investigation et l'aide. Il nous a permis non seulement de recueillir des informations nécessaires pour notre étude, mais également d'apporter un soutien psychologique aux patients et à leur famille. Dans l'optique de standardiser la situation d'entretien, nous avons utilisé un guide d'entretien. Il comporte des sous-thèmes en rapport avec l'identité des patients, leur niveau d'instruction, leur statut socioéconomique, l'histoire de leur maladie et leur itinéraire thérapeutique. Ainsi, par exemple, nous avons pu déterminer s'ils ont été scolarisés ou non. Si oui, à quel niveau ils ont arrêté les études et quels diplômes ont-ils obtenus ? Concernant le statut socio-économique, il était question de savoir les ressources dont ils disposent à partir de la profession exercée. Disposent-ils de soutien financier familial ou d'assurance pour faire face aux frais de soins ? Au niveau de l'itinéraire thérapeutique, les patients ou leurs accompagnants ont été invités, d'une part à retracer la trajectoire des soins reçus depuis le déclenchement de la maladie, et d'autre part à indiquer les raisons qui ont motivé leurs choix : Exemples

d'items de questions posées aux patients : « Depuis le déclenchement de la maladie quels sont les soins dont vous avez bénéficié avant votre arrivée au service de cancérologie du CHU de Treichville ? » « Pourquoi avez-vous suivi ce chemin ? ».

En somme, les dossiers médicaux et l'entretien clinique nous ont permis de mieux appréhender le comportement à expliquer selon la procédure suivante.

1-3- Procédure

Pour la collecte des données, nous avons en premier lieu, consulté les dossiers médicaux des malades afin d'avoir des informations sur leur identité, l'histoire de leur maladie, leurs diagnostics. En second lieu, nous avons eu plusieurs entretiens cliniques avec les patients ou avec leurs parents, pour ceux qui avaient du mal à s'exprimer. En effet, en raison de l'état de santé précaire des patients, il nous a fallu d'abord établir une relation de confiance avec eux, puis leur apporter un soutien psychologique. En procédant ainsi, les patients se sont montrés très disponibles à nous fournir des informations utiles à l'étude. Les données ainsi recueillies ont été soumises à un traitement statistique, dont les résultats sont présentés ci-dessous.

2- Résultats

Les résultats sont présentés dans les tableaux suivants selon les trois hypothèses opérationnelles. Il s'agit d'abord du lien entre le niveau d'instruction et l'itinéraire thérapeutique ; ensuite de la relation entre le statut socioéconomique et l'itinéraire thérapeutique ; et enfin du lien entre le niveau d'instruction, le statut socioéconomique et l'itinéraire thérapeutique.

2-1- Relation niveau d'instruction et itinéraire thérapeutique

Tableau 2 : Niveau d'instruction et itinéraire thérapeutique

NIVEAU D'INSTRUCTION	ITINERAIRE THERAPEUTIQUE		Total
	Médecine moderne	Prières religieuses ou devin-guérisseur	
Supérieur	15	6	21
Primaire	7	14	21
Total	22	20	42

L'analyse statistique des données sus-évoquées indique que le lien supposé est significatif ($X^2=4,68$) ; $P<.05$). Cela signifie que le niveau d'instruction permet d'expliquer les différents itinéraires thérapeutiques des patients du cancer.

2-2- Relation statut socioéconomique et itinéraire thérapeutique

Tableau n° 3 : Statut socioéconomique et itinéraire thérapeutique

STATUT SOCIOECONOMIQUE	ITINERAIRE THERAPEUTIQUE		Total
	Médecine moderne	Prières religieuses ou devin-guérisseur	
Favorisé	18	3	21
Défavorisé	5	16	21
Total	23	19	42

L'analyse statistique des données montre qu'il existe un lien significatif entre le statut socioéconomique et l'itinéraire thérapeutique des patients du cancer ($X^2 = 13,84$; $P<.05$). Autrement dit, les patients de statut socioéconomique favorisé débutent leurs traitements en ayant recours à la médecine moderne comparés à leurs pairs de statut socioéconomique défavorisé qui commencent leurs soins chez le devin-guérisseur ou par les prières religieuses.

2-3- Relation niveau d'instruction, statut socioéconomique et itinéraire thérapeutique

Tableau n° 4 : Niveau d'instruction, statut socioéconomique et itinéraire thérapeutique

NIVEAU D'INSTRUCTION ET STATUT SOCIOECONOMIQUE	ITINERAIRE THERAPEUTIQUE		Total
	Médecine moderne	Prières religieuses ou devin-guérisseur	
Niveau supérieur statut favorisé	9	2	11
Niveau supérieur statut défavorisé	3	7	10
Niveau primaire statut favorisé	7	3	10
Niveau primaire statut défavorisé	1	10	11
Total	20	22	42

L'analyse statistique des données indique que l'interaction des deux variables a un effet significatif sur les itinéraires thérapeutiques des patients ($X^2 = 12,09$; $P < 0,05$). Autrement dit, l'interaction du niveau d'instruction et du statut socioéconomique fait varier l'itinéraire thérapeutique des patients du cancer. Ainsi, par exemple, les patients de niveau d'instruction primaire et de statut socioéconomique défavorisé ont recours d'abord aux guérisseurs ou tradi-praticiens avant de se rendre à l'hôpital.

En résumé, les résultats auxquels nous sommes parvenus indiquent que les trois hypothèses opérationnelles émises sont confirmées. Les patients atteints du cancer, de niveau d'instruction supérieur, débutent leurs soins par la médecine moderne, comparés à leurs pairs de niveau d'instruction primaire qui débutent leurs soins par des prières religieuses ou chez le devin-guérisseur. Ensuite, les patients du cancer, de statut socioéconomique favorisé débutent leurs soins par la médecine moderne comparés à leurs pairs de statut socioéconomique défavorisé qui commencent leurs soins chez le devin-guérisseur ou par des prières religieuses. Enfin, les malades du cancer de niveau d'instruction supérieur et de statut socioéconomique favorisé débutent leurs soins par la médecine moderne comparés à leurs pairs de niveau d'instruction primaire et de statut socioéconomique défavorisé qui commencent par des prières religieuses ou chez le devin-guérisseur.

3- Discussion

Les différentes prédictions sont confirmées. Ainsi, nous retenons que les connaissances dont disposent les patients sur les pathologies en général et particulièrement sur le cancer les amènent à recourir à tel ou tel itinéraire thérapeutique. Ceux qui sont moins instruits du fait de leur bas niveau de scolarisation tendent à s'orienter vers les structures de soins traditionnels (guérisseurs, tradi-thérapeutes) ou religieuses (camps de prière). Par contre, ceux de niveau d'instruction supérieur, se rendent prioritairement dans les structures de soins modernes. De même, le statut socio-économique des patients influence leurs itinéraires thérapeutiques. Ces différents faits mis en évidence par l'étude s'expliquent par le fait que les dispositions mentales et conduites des individus sont déterminées par les facteurs socio-cognitifs et leurs représentations sociales (A. Bandura, 1980 ; S. Moscovici, 1976). En effet, l'acte d'une personne est fonction de l'ensemble de ses connaissances et des éléments dont il dispose dans son environnement. Dans ce sens, la théorie sociale-cognitive (A. Bandura, op.cit) et la théorie de la représentation sociale (S. Moscovici, op.cit) expliquent en substance le comportement humain comme la résultante d'interactions entre les déterminants cognitifs (ce que pense la personne), comportementaux (ce que fait la personne) et environnementaux (les caractéristiques du milieu). Ces informations théoriques sont corroborées par les travaux de J. Cleland & J.K. Van

Ginneken (1988) qui soulignent que les mères analphabètes, dans leur quête de soins, ont tendance à recourir à la médecine traditionnelle. Y.B.Tapé (2007), pour sa part, soutient que les individus non instruits ainsi que ceux de niveau primaire ont tendance à choisir la médecine traditionnelle au détriment de la médecine moderne. Cela est d'autant plus important que très souvent les personnes moins instruites sont économiquement défavorisées. Or, les soins de la médecine moderne sont très onéreux comparativement à ceux de la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, ces types de patients sont enclins à choisir les tradi-praticiens en priorité. A l'opposé, les patients économiquement favorisés présentant des niveaux d'instruction élevés recourent plus à la médecine moderne où ils peuvent utiliser leurs assurances maladies pour ceux qui en disposent. En effet, au cours des entretiens avec les patients, il est ressorti que tous ceux qui avaient une assurance maladie étaient de statut socioéconomique favorisé et de niveau d'instruction supérieur.

En nous référant à d'autres travaux s'inscrivant dans la même vanne d'idées, nous observons que nos résultats sont en accord avec ceux obtenus par plusieurs auteurs. En effet, bien que n'ayant pas utilisé les mêmes instruments de collecte de données et les mêmes modalités de variables que nous, ces auteurs soulignent que l'itinéraire thérapeutique est déterminé par le statut socioéconomique (C. Commeyras & al, 2006 ; A. Yaogo & al, 2014), par le niveau d'instruction (J. Hobcraft, 1993 ; B. M. Senou, 2002 ; Y. B Tapé, 2007), mais aussi par l'action conjugué des deux variables (M. Dieng & al 2013 ; D.A. Djadou 2006). De ce fait, le cancer, malgré sa chronicité et l'ampleur de la détresse psychologique induite chez le patient et son entourage (Holland, cité par A. Herbaut & al. (2003), provoque des comportements et itinéraires thérapeutiques similaires aux autres pathologies. Il importe donc de retenir que l'itinéraire thérapeutique est en général déterminé par une multiplicité de facteurs dont les facteurs socio-économiques et ceux liés au niveau d'instruction des patients.

Cependant, contrairement aux travaux sus-évoqués, D. Bolduc & al. (1996) soutiennent que l'itinéraire thérapeutique n'est pas déterminé par le niveau d'instruction. Ce résultat contradictoire est dû au fait que ces derniers n'ont pas travaillé sur l'itinéraire thérapeutique d'une pathologie spécifique comme le cancer et les pathologies chroniques, mais plutôt sur celui des populations en milieu rural exposées à des problèmes de santé en général. En effet, le cancer est une pathologie chronique entouré de nombreux préjugés. Il fait souvent l'objet de perception mystique ou irrationnelle par des populations (S. Ibrahima, 2009; O. Kouakou & al. 2018). Ces considérations socioculturelles impactent au niveau cognitif les patients et prédéterminent ainsi leurs itinéraires thérapeutiques.

La taille restreinte de notre échantillon est essentiellement liée aux contingences du terrain. En effet, nous avons pu constater qu'un nombre important de patients du service de cancérologie est analphabète, il s'agit des sujets non pris en compte par

l'étude. Nous estimons qu'en raison de leur état, leurs conduites sont susceptibles d'être plus proches de ceux qui ont un niveau d'instruction primaire. Ainsi, les résultats auxquels nous sommes parvenus, doivent être considérés dans les conditions qui ont prévalu à leurs manifestations. Ils ouvrent toutefois, nous semble-t-il, des perspectives à d'autres recherches dans ce domaine des itinéraires thérapeutiques des autres pathologies chroniques.

Conclusion

Les individus confrontés à des problèmes de santé, sont amenés à développer des comportements de recherche de soins ou à construire des itinéraires thérapeutiques afin de recouvrer la santé. De ce fait, dans le but d'apporter des informations sur les déterminants pouvant expliquer ces comportements, plusieurs études ont été menées. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude. Les résultats auxquels nous sommes parvenus confirment que l'itinéraire thérapeutique des patients du cancer varie, d'une part selon le statut socioéconomique, et d'autre part en fonction du niveau d'instruction. La combinaison de ces deux variables influence également l'itinéraire thérapeutique. Cette étude pourrait contribuer au renforcement de la politique sociale visant à prendre en charge par une couverture sociale des soins des malades du cancer. Cela est d'autant préoccupant que le traitement du cancer est très onéreux pour l'ensemble des patients. De plus, cette étude peut être considérée comme un appel aux autorités sanitaires à concevoir des programmes de sensibilisation sur le cancer auprès des populations. Une telle approche aura l'avantage de mettre tous au même niveau d'information en ce qui concerne la maladie cancéreuse et son traitement.

Références bibliographiques

- BANDURA Albert, 1980, *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- BILLIG Michael, 1992, Racisme, préjugés et discrimination. Serge Moscovici (Ed.). *Psychologie sociale* (pp. 449-471), Paris: PUF.
- BOLDUC David, LACROIX Geneviève & MULLER Christo, 1996, The choice of medical providers in rural Benin: a comparison of discrete choice models. *Journal of health economics*, 15, 477-498.
- CLELAND John. & VAN GINNEKEN Jaap, 1988, Maternal education and child survival in developing countries: the search of pathways of influence. In John Charles CALDWELL. & Gigi SANTOW (Eds.), *Selected readings in the cultural, social and behavioural determinants of health*. Camberra, Australian national University. (pp.79-100).
- COMMEYRAS Christophe, NDO Jean-Rolin, MERABET Omar, KONE Hamidou & RAKOTONDRABE Faraniaina Patricia, 2006, Comportement recours aux soins et

- aux médicaments au Caméroun. *Cahiers d'études et de Recherches Francophones / santé*, 16(2).
- DIENG Moussa, AUDIBERT Martine, LE HESRAN Jean-Yves. & DIAL Anta Ta, 2013 *Déterminants de la demande de soins en milieu urbain dans un contexte de subvention à Pikine*. Sénégal.
 - DJADOU Dosseh Aglè, 2006, *Comment augmenter la demande de soins des pauvres*. Master professionnel en économie du développement dans les pays en développement et en transition. Université d'Auvergne (Cerdi).
 - FRANCKEL Aurélien, 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal: le cas des enfants fébriles à Niakhar*. Thèse de Doctorat de démographie, Université Paris X-Nanterre.
 - HERBAUT Arnaud, REICH Michel & HORNER-VALLET Dany, 2003, Evaluation de la détresse psychologique en soins palliatifs. A propos de 50 observations. *Revue Internationale francophone de soins palliatifs*, 1(18), 5-10.
 - HOBBCRAFT John, 1993, Women's education, child welfare and child survival: a review of the evidence. *Health Transition Review*, 3(2), 159-175.
 - HOYEZ Anne-Cécile, 2012, Mobilités et accès aux soins des migrants en France et la «culture de l'initiative locale». *European Journal of Geography*. 1-22.
 - IBRAHIMA Saïd, 2009, Les souffrances psychologiques des malades du cancer. Comment les reconnaître, comment les traiter ? PATRICK-BEN Soussan, Eric DUBOIT (Eds.). *Comment la culture surdétermine les souffrances des malades du cancer ?* (pp. 130-136). Paris : Springer.
 - JODELET Denise, 1992, Représentation sociale : phénomène, concept et théorie. Serge MOSCOVICI (Ed.). *Psychologie sociale* (pp. 356-378). Paris: PUF.
 - KLEINMAN Athur, 1980, *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
 - KOUAKOU Ossei, YAO Atteby Jean Jacques & COUITCHERE Line, 2018, Perception de la maladie et des différentes prises en charge par les parents des patients de l'unité de l'oncologie pédiatrique du centre hospitalier et universitaire de Treichville. *International journal of law, Education, social and sports studies*, 5, 29-37.
 - LATERALI Muriel, 2005, *Ethnographie de la constitution d'un problème de santé publique au Cameroun : l'exemple de l'ulcère de Buruli ou atom dans l'arrondissement d'Ayos*. Mémoire de Licence en ethnologie. Suisse, Université de Neuchâtel.
 - MAHAMAN Moha, 2012, *Les itinéraires thérapeutiques*. Séminaire des sciences humaines et éthiques en santé. Sénégal. Université Gaston Berger- Saint Louis, Sénégal.
 - MOSCOVICI Serge, 1976, *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF, 2^{ème} édition.

- OLIVIERO Philippe, 2008, Théorie de la représentation sociale, phénoménologie et philosophie de l'esprit. Béatrice MADIOT, Elisabeth LAGE, Angela ARRUDA (Eds.). *Une approche engagée de la psychologie sociale : l'œuvre de Denise Jodelet* (pp. 25-48). Paris : érès.
- ROMELAER Pierre, 2005, *L'entretien de recherche*. Management des ressources Humaines méthodes de recherche en sciences humaines et sociales, 101-137.
- SAKOYAN Juliette, 2006, *Des mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme de leurs enfants*. Bobigny : Association Internationale d'Ethnopsychanalyse.
- SENOU Barthelemy Mahugnon, 2002, *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin*. Mémoire DEA de Biologie. Université de Cocody (Abidjan).
- TAPE Yagba Bernardin, 2007, *Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire*. Maîtrise en économie. Québec, Université de Laval.
- TAZI Ilias, NAFIL Hatim & MAHMAL Lahoucine, 2011, La psycho-oncologie en Afrique : pourquoi pas ? *Carcinol clin Afrique*, 10 (1), 5-6.
- YAOGO Ahmed, SOMMER Alain, MOULAÏ Pierre, CHEBILI Saïd & ABAOUB-GERMAIN Agnès, 2014, Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *The pan African Medical Journal*, 17, 207.
- YORO Blé Marcel, 2012, Itinéraires thérapeutiques d'un malade décédé du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire). *European Scientific Journal*, 8 (13), 1-12.