



Article Original

Recours à la Tradithérapie chez les Enfants et Adolescents Guinéens Suivis au Programme "Changer l'Avenir des Enfants Diabétiques"

Use of Traditherapy Among Guinean Children and Adolescents of the 'Changing the Future of Diabetic Children' Programme

Diallo MC^{1,2}, Diallo AM^{1,2}, Diallo MM^{1,2}, Dieng K^{1,2}, Diallo MDM^{1,2,3}, Bah EZ^{1,2}, Barry MA^{1,2}, Bah K^{1,2}, Diallo A^{1,2}, Diallo MA^{1,2}, Bah A^{1,2}, Kaké A^{1,2}

Affiliations

1. Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
2. Chaire de médecine, endocrinologie et hépato-gastroentérologie, Faculté des Sciences et techniques de la Santé
3. Unité de diabétologie de Labé

Auteur correspondant

Mamadou chérif Diallo,
endocrinologie, métabolisme et nutrition
Email : cherifarbaba@gmail.com
Tel : 620113011

Mots clés : Diabète, Tradithérapie, Enfants, Guinée

Key Words: Diabetes, Traditherapy, Children, Guinea

Article history

Submitted: 5 January 2025
Revisions requested: 6 February 2025
Accepted: 20 February 2025
Published: 27 February 2025

RÉSUMÉ

Introduction. Le diabète de l'enfant constitue un enjeu majeur de santé publique dans le monde. Son diagnostic et sa prise en charge demeurent un défi constant en Afrique subsaharienne. En Guinée, un programme intitulé "Changer l'avenir des enfants diabétiques" existe depuis 2009. Son objectif était de faciliter l'accès au diagnostic, au traitement et aux dispositifs de surveillance de la maladie. Malgré l'instauration de ce dispositif, les difficultés d'acceptation de la maladie persistent, entravant l'observance thérapeutique et le suivi des patients. Ces derniers recourent fréquemment à la tradithérapie dans l'espoir d'obtenir une guérison définitive. L'objectif de notre étude était de décrire le parcours de soins des enfants et adolescents diabétiques en Guinée, et identifier les facteurs associés à l'usage de la tradithérapie. **Méthodologie.** Étude transversale de type descriptif menée dans les unités de prise en charge du diabète en Guinée sur une période de 6 mois allant de Janvier à Juin 2022. Au total 583 enfants et adolescents diabétiques suivis dans le programme CDiC pendant la période d'étude ont été enrôlés. **Résultat.** L'âge moyen était de $18,46 \pm 4,59$ ans, le sexe féminin était retrouvé dans 51,3 % des cas. En tout 72 % des enfants étaient scolarisés. 96,9% étaient suivis pour un diabète de type 1. Le diabète était déséquilibré dans 75 % des cas avec une $HbA1c \geq 8$ %. Le recours aux décoctions pour guérir le diabète concernait 55,4 % des enfants. Le sexe masculin et la résidence en milieu rural étaient associés au recours à la tradithérapie de façon statistiquement significative ($p=0,033$). **Conclusion.** Ces résultats soulignent l'importance de l'éducation des enfants et des familles dans la gestion du diabète et sur les facteurs liés au recours à la tradi-thérapie.

ABSTRACT

Introduction. Childhood diabetes is a major public health issue worldwide. Diagnosis and management remain a constant challenge in sub-Saharan Africa. In Guinea, a programme entitled 'Changing the future of diabetic children' has been running since 2009. Its aim was to facilitate access to diagnosis, treatment and monitoring of the disease. Despite the introduction of this scheme, difficulties in accepting the disease persist, hampering patients' compliance with treatment and follow-up. The latter frequently resort to traditherapy in the hope of achieving a definitive cure. The aim of our study was to describe the care pathway of diabetic children and adolescents in Guinea, and to identify factors associated with the use of traditional therapy. **Methodology.** Cross-sectional descriptive study conducted in diabetes care units in Guinea over a 6-month period from January to June 2022. A total of 583 diabetic children and adolescents were followed up in the CDiC programme during the study period. **Results.** The mean age was 18.46 ± 4.59 years, with females predominating in 51.3% of cases. A total of 72% of the children attended school. 96.9% were being treated for type 1 diabetes. Diabetes was unbalanced in 75% of cases, ($HbA1c \geq 8\%$). Decoctions were used to cure diabetes in 55.4% of the children. Male gender and rural residence were significantly statistically associated with the use of traditional therapy ($p=0.033$). **Conclusion.** Our results highlight the importance of educating children and families in the management of diabetes and the factors associated with the use of traditional therapies.

INTRODUCTION

Le diabète de l'enfant constitue un enjeu majeur de santé publique dans le monde [1,2]. L'augmentation de sa prévalence à l'échelle mondiale est préoccupante avec une estimation de plus de 560 000 enfants âgés de 0 à 19 ans en 2021[3].

L'accès au diagnostic et à la prise en charge demeure un défi majeur en Afrique subsaharienne [4]. Dans ce contexte un partenariat a été établi entre le secteur industriel, les sociétés savantes et les ministères de tutelle des pays d'Afrique subsaharienne [4–7]. Ainsi le programme intitulé "Changer l'avenir des enfants diabétiques" a été lancé en 2009, dans le but de faciliter l'accès au diagnostic, au traitement et aux dispositifs de surveillance pour cette population [8].

Malgré l'instauration de ce dispositif, les difficultés d'acceptation de la maladie persistent, entravant l'observance thérapeutique et le suivi des patients. Ces derniers recourent fréquemment à la tradithérapie dans l'espoir d'obtenir une guérison définitive [9,10].

L'objectif de notre étude était de décrire le parcours de soins des enfants et adolescents diabétiques en Guinée, et identifier les facteurs associés à l'usage de la tradithérapie.

MÉTHODOLOGIE

Type et cadre d'étude

Il s'agit d'un recrutement rétrospectif couvrant la période de 2010 à 2022, avec un intervalle d'enquête de six mois, du 1er janvier au 30 juin 2022. L'enquête s'est déroulée à Conakry dans les services d'endocrinologie pédiatrique.000000 et d'endocrinologie adulte, ainsi que dans six autres établissements de soins du diabète situés à Boké, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Nzérékoré.

L'échantillonnage utilisé était non aléatoire incluant tous les enfants et adolescents présents pour lesquels le consentement ou l'assentiment du parent ou tuteur avait été obtenu.

Variables

Les données ont été recueillies à travers des entretiens, en utilisant un questionnaire standardisé préalablement élaboré.

Les variables analysées incluaient à la fois des caractéristiques qualitatives et quantitatives.

Les variables qualitatives comprenaient :

- Sexe : l'enfant ou l'adolescent était identifié comme masculin ou féminin.
- Résidence : le lieu de résidence de l'enfant ou de son tuteur était classé en urbain ou rural.
- Tuteur : l'enfant vivait avec un parent ou avec une personne tierce (oncle, tante, frère, sœur ou conjoint).
- Profession : nous avons considéré que l'enfant soit élève, étudiant, soit diplômé sans emploi, ou n'exerçait aucune profession.
- Niveau d'étude : l'enfant était classé selon son niveau d'étude en non scolarisé, niveau primaire, secondaire ou supérieur.
- Type de diabète : il s'agissait d'un diabète de type 1 ou de type 2.

Les variables quantitatives incluaient la durée d'évolution du diabète, mesurée en années depuis le diagnostic jusqu'à la date de l'enquête, avec deux modalités :

- Une durée inférieure à 5 ans ou supérieure ou égale à 5 ans.
- L'âge de l'enfant était classé en 2 catégories : moins de 15 ans ou 15 ans et plus.

La variable dépendante mesurait le recours à la tradithérapie, définie comme la consultation d'un tradithérapeute ou l'accès à une structure de santé (centre hospitalier universitaire, centre médical communal, hôpital régional, hôpital préfectoral, centre de santé ou poste de santé).

Le recours à des soins inappropriés était noté, notamment lorsque l'enfant diabétique avait consulté un radiothérapeute ou s'était engagé dans l'automédication.

Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 22.0.

Nous avons calculé la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives, ainsi que la fréquence pour les variables catégorielles.

Une analyse univariée a été réalisée pour les caractéristiques sociodémographiques (âge, profession, résidence, statut matrimonial, niveau d'étude, tuteur) et cliniques (type de diabète, durée d'évolution du diabète). Les facteurs ayant une valeur de P inférieure ou égale à 20% ont été retenus pour l'analyse multivariée.

Les rapports de cotes (Odds Ratio, OR) ont été calculés avec un intervalle de confiance à 95% et un seuil de signification fixé à $p < 0.05$

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du conseil scientifique de la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Chaque participant, ou son tuteur, a été informé des objectifs de l'étude, et le consentement ou l'assentiment éclairé des parents a été obtenu sans contrainte préalable à toute inclusion dans l'étude. Afin de garantir la confidentialité, des codes anonymes ont été attribués pour dissimuler l'identité des participants.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Au total 739 enfants et adolescents diabétiques étaient suivis régulièrement dans le programme CDiC Guinée, 576 (78 %) ont été interrogés sur leur parcours de soins après le diagnostic de la maladie. La figure 1 détail le diagramme de flux.

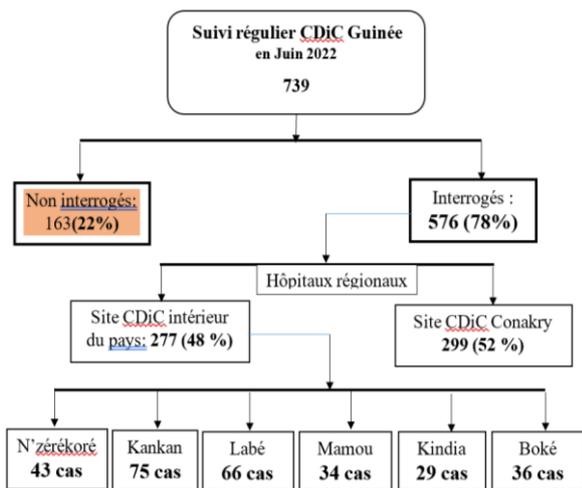


Figure 1 : diagramme de flux de patients

L'étude a inclus 576 enfants âgés de 18,5±4,6 ans, majoritairement de sexe féminin (51,4 %) dont 400 (69,4 %) vivaient en zone urbaine.

Les autres caractéristiques sociodémographiques sont décrites dans le tableau I.

Caractéristiques cliniques

Le diabète était découvert dans un contexte de perte de connaissance dans 23 % des cas. La durée moyenne d'évolution du diabète était de 4,26 ans avec des extrêmes allant de 0 à 21 ans. Le recours à la tradithérapie était retrouvé dans 50,2 % des cas.

Les autres caractéristiques cliniques sont décrites dans le tableau I.

Les facteurs associés

La résidence rurale et le sexe masculin étaient les facteurs statistiquement significatifs associés au recours à la tradithérapie. Les enfants sans activité étaient 1,68 fois plus représentés dans cette étude par rapport à ceux qui étaient élèves ou étudiants ou en activité. Les autres facteurs associés sont décrits dans le tableau II.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et clinique

	N	%
Age	18,5±4,6 ans	NA
Sexe		
Masculin	280	48,6
Féminin	296	51,4
Statut matrimonial		
Célibataire	499	86,6
Marié	77	13,4
Résidence		
Urbaine	400	69,4
Rurale	176	30,6
Niveau d'étude		
Aucun	99	17,2
Primaire	155	26,9
Secondaire	241	41,8
Supérieur	81	14,1
Profession		
Sans activité	75	13
Elève/étudiant	300	52,1
En activité	201	34,9
Tuteur		
Parent	343	59,5
Tierce personne/seul	233	40,5
Type de diabète		
Type 2	18	3,1
Type 1	558	96,9
Médiane de la durée d'évolution	4,26 ans [0 ; 21,13]	NA
Durée d'évolution du diabète		
Inférieure ou égale à 4 ans	271	47
Supérieure à 4 ans	305	53
Antécédents familiaux du diabète		
Non	454	78,8
Oui	122	21,2
Recours à la tradithérapie		
Non	287	49,8
Oui	289	50,2
Total	576	100

Tableau II : les facteurs associés au recours à la trithérapie

	OR	P	95% C.I	Ora	P	95% C.I
Age						
Inférieur à 15 ans	0,990	0,997	0,682	1,464		
Supérieur ou égal à 15 ans	1,000	-				
Sexe						
Masculin	1,655	0,003	1,191	2,301	1,625	0,004
Féminin	1,000	-				
Résidence						
Rurale	1,607	0,009	1,123	2,300	1,571	0,014
Urbain	1,000	-				
Niveau d'étude						
Aucun	0,78	0,41	0,433	1,407		
Primaire	1,185	0,537	0,692	2,03		
Secondaire	0,905	0,699	0,547	1,498		
Supérieur	1,000	-				
Tuteur						
Parent	1,347	0,08	0,965	1,880	0,802	0,226
Tierce personne	1,000	-				
Profession						
Sans activité	1,577	0,098	0,920	2,701	1,49	0,159
Eleve/etudiant	0,957	0,811	0,670	1,369	0,95	0,793
En activité	1,000	-				
Antécédents familiaux du diabète						
Non	1	-				
Oui	1,363	0,131	0,912	2,038		
Durée d'évolution du diabète						
Inférieure à 4 ans	1	-				
Supérieure ou égale à 4 ans	1,104	0,552	0,796	1,532		

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de recours à la tradithérapie et les facteurs associés chez les enfants et adolescents diabétiques en Guinée. Parmi les 739 enfants et adolescents diabétiques suivis régulièrement dans le programme CDiC Guinée, 576 (78 %) ont été interrogés sur leur parcours de soins après le diagnostic de la maladie. Cet échantillon était représentatif de la cohorte et donc extrapolable à l'ensemble des enfants et adolescents diabétiques.

Sur 576 enfants diabétiques, 50,2 % des enfants et adolescents avaient fait recours à la tradithérapie dans notre étude. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par l'influence accrue des tradithérapeutes dans nos sociétés. En effet ils sont faciles d'accès et promettent le plus souvent la guérison du diabète.

D'après les estimations, 80 % des habitants du continent Africain ont recours à la médecine traditionnelle, y compris les personnes atteintes de diabète [11].

À ce constat s'ajoute la quasi absence de couverture sociale rendant difficile l'accès au traitement du diabète pour les familles démunies. En effet dans notre pays, beaucoup de Guinéens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le coût du traitement du diabète n'est pas à la portée de la population.

En Côte d'Ivoire une étude réalisée en 2023 portant sur les enfants diabétiques perdus de vue a révélé que les classes socio-économiques moyennes-inférieures étaient statistiquement associées à la perte de vue aux consultations de suivi et à l'abandon du traitement [12].

La fréquence du recours à la tradithérapie observée dans notre étude était inférieure à celle rapportée par Mbaye MN au Sénégal en 2011 qui était de 54,3 % [13].

Kamoun M dans une étude portant croyances ou vraies connaissances du diabète a retrouvé l'utilisation de moyens non médicamenteux à type d'infusions, et de décoctions dans 22 % des cas. Mais il s'agissait spécifiquement chez les diabétiques de type 2 en Tunisie. Les principaux facteurs associés à la tradithérapie dans notre étude incluaient la résidence en milieu rural et le sexe féminin. De plus, les enfants et adolescents sans activité étaient 1,68 fois plus susceptibles de recourir à la tradithérapie par rapport aux élèves, étudiants ou jeunes en emploi.

Le recours à la tradithérapie au cours du diabète est largement documenté dans la littérature [14,15]. La résidence rurale était associée au recours à la tradithérapie avec un ORa : 1,57 [1,09 ; 2,25]. Cette association peut être attribuée à l'offre insuffisante de soins de proximité pour le diabète et à la présence persistante de tradithérapeutes dans les zones rurales. En Afrique [16], il y aurait un guérisseur traditionnel pour 200 personnes. Les jeunes diabétiques sans activité utilisaient la tradithérapie 1,49 fois plus que ceux qui étaient scolarisés ou exerçaient une profession sans différence statistique significative.

Ce constat peut être expliqué par le faible taux de scolarisation dans ces régions, entraînant des difficultés de compréhension des messages éducatifs relatifs au diabète.

Ces jeunes patients non scolarisés éprouvent des difficultés à discerner les messages véhiculés par les médias, notamment ceux des tradithérapeutes qui promettent la guérison définitive du diabète.

L'âge moyen des patients dans série était de 18,5±4,6 ans. Cette moyenne d'âge était inférieure à celle retrouvée en Côte d'Ivoire qui était de 14,6±5,3 ans avec des extrêmes allant de 2 à 20 ans [17]. Balde et al. en Guinée en 2014 avaient rapportés un âge moyen de 13 ans chez les enfants [18].

Le sexe et la résidence rurale étaient les facteurs associés à l'utilisation de la tradithérapie chez les enfants diabétiques en Guinée. Le manque de connaissances et des croyances erronées pourraient en partie expliquer cette situation [19].

Dans certains pays d'Afrique, l'usage du traitement traditionnel du diabète est significativement plus élevé chez les femmes et chez ceux ayant un faible niveau d'instruction [20,21].

Le recours au traitement traditionnel du diabète en Afrique est perçu comme une sorte de compléments des soins qu'ils reçoivent dans les structures sanitaires.

L'utilisation des décoctions ou infusions des plantes médicinales est souvent attribuées à leurs vertus curatives du diabète dans le but d'obtenir une guérison définitive.

CONCLUSION

Cette étude a révélé une prévalence élevée du recours à la tradithérapie chez les enfants et adolescents diabétiques en Guinée. Ce recours peut être expliqué par l'influence des tradithérapeutes dont l'accessibilité est plus facile et les promesses de guérison qu'ils véhiculent.

Les résultats soulignent également l'impact des facteurs socio-économiques, notamment la résidence en milieu rural et le sexe féminin sur cette utilisation.

L'absence de couverture sociale, limite l'accès aux traitements médicaux appropriés, poussant ainsi de nombreux jeunes à se tourner vers des alternatives traditionnelles. Face à cette situation, il est crucial de renforcer les programmes d'éducation thérapeutique afin de corriger les croyances erronées des enfants et de leurs familles.

Le développement des nouvelles stratégies en éducation thérapeutique pourrait contribuer à améliorer les parcours de soins et de réduire le recours à des traitements non conventionnels.

DÉCLARATIONS

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la [déclaration d'Helsinki](#).

L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

REFERENCES

1. Beran D, Yudkin JS. Diabetes care in sub-Saharan Africa. *Lancet Lond Engl*. 11 nov 2006;368(9548):1689-95.
2. Hall V, Thomsen RW, Henriksen O, Lohse N. Diabetes in Sub Saharan Africa 1999-2011: epidemiology and public health implications. A systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:1-12.
3. 3Magliano DJ, Boyko EJ, FID comité scientifique de la 10e édition de l'Atlas du diabète de la. *ATLAS DU DIABÈTE DE LA FID*. 10e éd. Fédération Internationale du Diabète; 2021.
4. Palmer T, Jennings HM, Shannon G, Salustri F, Grewal G, Chelagat W, et al. Improving access to diabetes care for children: An evaluation of the changing diabetes in children project in Kenya and Bangladesh. *Pediatr Diabetes*. févr 2022;23(1):19-32.
5. Life for a Child [Internet]. Life for a Child. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://lifeforachild.org/>
6. Babacan H. Public-private partnerships for global health: Benefits, enabling factors, and challenges. *Handb Glob Health*. 2020;1-34.
7. Al-Worafi YM. Type 1 Diabetes Management in Developing Countries. In: *Handbook of Medical and Health Sciences in Developing Countries: Education, Practice, and Research*. Springer; 2024. p. 1-46.
8. le programme changing diabète in children - Recherche Google [Internet]. [cité 2 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.google.com>
9. Duboz P, Gueye L, Boëtsch G, Macia E. Access to health care in Dakar (Senegal): Frequency, type of provider, and non-communicable chronic diseases. *Med Sante Trop*. 12 juin 2015;25.
10. Yao YP, Yéo-Tenena YJM, Tetchi EO, Assi-Sedji C, Bombo YFP, Kouame LM, et al. Premier recours thérapeutique des adolescents reçus au service d'hygiène mentale de l'INSP d'Abidjan. *Mali Med*. 2008;55-60.
11. Mbaye MN, Niang K, Sarr A, Mbaye A, Diédhiou D, Ndao MD, et al. Aspects épidémiologiques du diabète au Sénégal: résultats d'une enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Saint-Louis: Epidemiological aspects of diabetes in Senegal: Results of a survey on cardiovascular risk factors in Saint-Louis. *Médecine Mal Métaboliques*. 2011;5(6):659-64.
12. Kamoun M. P150 Le diabétique et le diabète : croyances ou vraies connaissances. *Diabetes Metab*. 1 mars 2008;34:H83.
13. Mbaye MN, Niang K, Sarr A, Mbaye A, Diédhiou D, Ndao MD, et al. Aspects épidémiologiques du diabète au Sénégal: résultats d'une enquête sur les facteurs de risque cardiovasculaire dans la ville de Saint-Louis: Epidemiological aspects of diabetes in Senegal: Results of a survey on cardiovascular risk factors in Saint-Louis. *Médecine Mal Métaboliques*. 2011;5(6):659-64.
14. Belhadj M. Croyances et médecine traditionnelle en Afrique du Nord. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mars 2017;11(2):175-81.
15. Schlienger JL. Diabète et phytothérapie: les faits. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2014;8(1):101-6.
16. Mbanya JC, Kengne AP, Assah F. Diabetes care in Africa. *The Lancet*. 2006;368(9548):1628-9.
17. Massi Idrissa A, Yao A, Sanogo M, Koffi-Dago P, Hue A, Danho J, et al. Aspects épidémiologiques des enfants diabétiques perdus de vue à Abidjan. *Health Sci Dis*. 2023;43-6.
18. Balde N, Bangoura J, Kouyate M. P110 Évolution du diabète de l'enfant et de l'adolescent en Guinée. *Diabetes Metab*. 2014;40:A55-6.
19. Williams GC, McGregor H, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL, Elder D. Promoting glycemic control through diabetes self-management: evaluating a patient activation intervention. *Patient Educ Couns*. 2005;56(1):28-34.
20. Chin MH, Cook S, Jin L, Drum ML, Harrison JF, Koppert J, et al. Barriers to providing diabetes care in community health centers. *Diabetes Care*. 2001;24(2):268-74.
21. CHIN MH, COOK S, JIN L, HARRISON JF, KOPPERT J, DRUM ML, et al. Barriers to providing diabetes care in community health centers. *Diabetes*. 2000;49(5):A217-A217.