



SCIREA Journal of Sociology

ISSN: 2994-9343

<http://www.scirea.org/journal/Sociology>

December 20, 2024

Volume 8, Issue 6, December 2024

<https://doi.org/10.54647/sociology841373>

Social burden of cancers among women in Abidjan, Côte d'Ivoire

ADOPO Guy Daniel¹, ADOMBI Élodie Michelle Claudia², ADON Kouadio Patrick^{3,*}

¹Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

²Department d'Anthropologie et de Sociologie (DAS), Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

³Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

*Corresponding author: patrick_adon@yahoo.fr, 1patrickadon@gmail.com

Abstract

After medical examinations and diagnosis, the announcement of cancer to women in Abidjan suddenly disrupts the different spheres of their lives confronted with treatments and care pathways in hospitals. The first psychological shocks appear from the stress of waiting for screening results to the announcement of cancer. Compliance with treatment and the care pathway subject women with cancer to tests of social resilience in the face of cancers for which hospitals often do not have qualified staff in social work. Women with cancer need social support and psychological support to be more resilient to the trials of cancer.

Keywords: cancers, waiting for results, care adherence, psychosocial shock.

Fardeau social des cancers chez les femmes à Abidjan en Côte d'Ivoire

Résumé

Après les examens médicaux et le diagnostic, l'annonce du cancer aux femmes d'Abidjan, bouleverse soudainement les différentes sphères de leur vie confrontée aux traitements et parcours de soins dans les établissements hospitaliers. Les premiers chocs psychologiques apparaissent depuis le stress de l'attente des résultats de dépistage jusqu'à l'annonce du cancer. L'observance du traitement et le parcours de soins soumettent les femmes atteintes de cancers à des épreuves de résilience sociale face aux cancers pour lesquels les établissements hospitaliers n'ont pas souvent le personnel qualifié en travail social. Les femmes atteintes de cancer ont besoin d'un accompagnement social et d'un soutien psychologique pour être plus résiliente aux épreuves du cancer.

Mots-clés: *cancers, attente des résultats, observance du traitement, choc psychosocial.*

1. Introduction

Malgré les avancées médicales dans le domaine des soins anticancer, l'imaginaire de la maladie [27] et la représentation sociale [29] du cancer gardent toujours une connotation négative dans la pensée collective. Le cancer reste aujourd'hui encore une maladie grave et perçu comme une pathologie aiguë ayant valeur d'arrêt de mort à plus ou moins long terme [13]. Cette perception de la dangerosité du cancer, constitue un choc pour les femmes diagnostiquées positives au cancer. Dès l'annonce du cancer depuis l'hôpital, celles-ci font leur première expérience d'une maladie soudainement contraignante pour des procédures de prises en charge ayant des incidences dans leurs différentes sphères de leur vie [50]. Cette situation bouleversante constitue un fardeau éprouvant pour ces femmes et leurs proches en interaction avec le corps médical.

Le fardeau du cancer continue de s'alourdir à l'échelle mondiale, exerçant une énorme pression physique, émotionnelle et financière sur les personnes, les familles, les communautés et les systèmes de santé [42] surtout des pays en développement. Le fardeau social du cancer est mis en évidence à travers le parcours de soins et la vie sociale des femmes atteintes de

cancer. Trois types de cancers (sein, poumon, colorectal) plus fréquents chez les femmes, seraient responsables du plus grand nombre de décès féminins liés aux cancers. La charge sociale du cancer s'affaiblit lorsqu'il est dépisté à un stade précoce, afin d'avoir plus de chances d'être efficacement traité. Cela traduit une plus grande probabilité de survie des femmes ainsi qu'une réduction de la charge de morbidité et du coût du traitement [40]. Car, les patientes atteintes de cancer vivent une expérience stressante avec un impact psycho-émotionnel majeur surtout face aux cancers les plus incurables (du cerveau, du poumon, et du pancréas) considérés comme difficile à traiter à un stade avancé.

La pathologie cancéreuse est toujours fréquente en Côte d'Ivoire [23] où les femmes étaient fréquemment notifiées pour les cancers du col utérin (33,25 %), du sein (12,44 %) et de la peau (10,50 %), alors que chez les hommes, les cancers prépondérants étaient ceux de la peau (21,29 %), de la prostate (15,69 %) et de l'estomac (8,71 %) [16]. En 2024, les cinq cancers féminins notifiés demeurent principalement le cancer du sein (33,5%), du col de l'utérus (20,4%), du colon rectal (4,2%), le cancer NHL (3,8%) et le cancer du foie (3,5%) [21]. Ainsi, le présent article de recherche sur le fardeau social du cancer, ou épreuve de parcours de soins et de vie des femmes atteintes de cancers, présente des aspects des données issues d'une enquête de terrain réalisée en janvier 2024 dans le District d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Elle avait pour objectif de décrire le fardeau social et l'impact du cancer dans les différentes sphères de vie des femmes atteintes de cancers. Pour ce faire, l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon qualitatif de 96 femmes atteintes de différents types de cancers dans le District d'Abidjan. Les principaux établissements sanitaires de référence en matière de prise en charge des femmes atteintes de cancers étaient les centres de soins traditionnels Kéné Lambo et Madjoua dans la commune de Cocody, le centre de santé Miracle et frère à Yopougon ainsi que dans les services de cancérologie et de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaires (CHU) de Treichville. Un questionnaire a été administré à ces 96 femmes pour le recueil de données qui ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel d'analyses de données Sphinx.

Il s'agira, dans ce présent article, premièrement d'élucider les épreuves vécues par les femmes atteintes de cancer résidente dans le district d'Abidjan en Côte d'Ivoire depuis l'attente des résultats après les examens du cancer jusqu'à la prise en charge en cancérologie. Dans un second temps, les analyses seront faites sur les expériences [37] des femmes dans leur rapport au cancer et dans le choix de leur parcours de soins.

2. De l'attente des résultats de dépistage à la prise en charge en cancérologie

Le fardeau social du cancer débute chez les femmes avec l'attente de leurs résultats de dépistage.

2.1. L'angoisse de l'attente des résultats de dépistage de cancers

Les 96 femmes interrogées avaient un âge compris entre 27 ans et 79 ans. Leur situation matrimoniale a relevé que 5,2 % étaient célibataires, 17,7 % vivaient en union libre, 47,7 % étaient mariées et 29,2% étaient veuves.

Le dépistage du cancer chez ces femmes représente une étape considérée comme le premier poids du fardeau social du cancer avant leur prise en charge en cancérologie. Cette étape subvient pour la plupart du temps lorsque la malade a ressenti des signes suspects dans son corps pour lequel elle se sent obligée de consulter un soignant afin de découvrir le type de cancer dont elle souffre. Cela peut être aussi possible lors d'un dépistage volontaire ou lors d'une découverte par hasard pendant une quelconque consultation à l'hôpital. A cet effet, le dépistage du cancer implique plusieurs examens médicaux qui représentent pour les femmes malades des signes probables de cancer. L'attente de ces résultats traduit un état de stress pour de nombreuses femmes malades interviewées lors de cette enquête sociologique. Celles-ci ont témoigné que la période de l'attente des résultats était souvent longue et émotionnellement très difficile à vivre. Car, cette période d'attente était mêlée d'angoisse et d'incertitude comme madame A (atteinte du cancer du foie, âgée de 30 ans sans profession) l'a souligné en ces termes :

« Lorsqu'après plusieurs examens sans suite d'hépatite, j'ai été recommandée en cancérologie, ça m'a un peu fait peur mais la durée d'attente des résultats que le cancérologue m'a donnée était terrible et c'était le comble de mes souffrances. J'ai fait 2 mois ; c'était long pour moi et pénible de penser que je pouvais avoir le cancer ; je n'arrivais pas véritablement à dormir, mais le paradoxe c'est que je ne voulais pas que le jour du rendez-vous arrive ».

L'épreuve de l'attente des résultats du diagnostic a été observée par des crises nocturnes d'insomnies et la peur de l'annonce du résultat positif fixé le jour du rendez-vous. Le tableau ci-dessous montre la durée d'attentes des femmes interviewées lors de cette étude.

Table 1. Durée d'attentes des résultats du diagnostic du cancer chez les femmes

Evolution de la durée d'attentes du diagnostic chez les femmes		
Durée de l'attente	Valeur absolue (effectif)	Valeur relative (%)
2 mois	23	24,0
3 semaines	23	24,0
1 mois	22	22,9
1 mois et demi	16	16,7
2 semaines	5	5,2
3 mois	3	3,1
1 semaine	2	2,1
1 mois 2 semaines	1	1,0
1 mois 5 jours	1	1,0
Total	96	100

Source : Données de l'enquête de terrain (janvier 2024)

La plus longue durée d'attente a été de trois mois (3,1%) tandis que la faible durée d'attente était de d'une semaine (2%). Plus des deux-tiers des femmes ont vécu une durée d'attente de leurs résultats de détection du cancer qui était au moins un mois (22,9%), un mois et demi (16,7%) jusqu'à deux mois (24%). Ces trois mois d'angoisses d'attente n'était pas vécu par seulement 5,2% des femmes qui ont eu leur résultat en deux semaines. En effet, madame B (atteinte d'un cancer de sein, âgée de 39 ans et agricultrice), interviewée au service de cancérologie du CHU de Treichville, a révélé que :

« J'ai eu de la chance pour avoir mes résultats dans deux semaines qui ont suivi les examens ; car, j'ai été recommandé par une connaissance ».

2.2. De l'annonce du cancer aux femmes à leur prise en charge en cancérologie

L'annonce du cancer représente une étape cruciale pour le soignant et les femmes diagnostiquées positives au cancer. L'annonce du diagnostic positif du cancer vient bouleverser la vie des malades du cancer alors que celles-ci auraient souhaité un diagnostic négatif. En effet, c'est un moment clé dans la relation médecin-malade qui déterminera profondément les rapports de confiance mais aussi la conformité aux traitements et le vécu de la maladie [44].

Le choc de l'annonce du cancer chez les femmes malades a été confirmé par des femmes interviewées (72,9%) qui ont soutenu que l'annonce de la maladie a été brutale. L'annonce du diagnostic positif du cancer a été un grand choc psychologique particulièrement pour ces femmes. Le cancer a fait son apparition de manière brutale et imprévisible dans leur vie et même de celle de leur proche. Ces femmes ainsi que les proches ont vu les différentes sphères de leur vie rythmer par les rendez-vous pour les soins et les contraintes du traitement. Après les étapes de l'attente des résultats et de l'annonce du diagnostic du cancer, les femmes atteintes du cancer peuvent bénéficier de la prise en charge pour un meilleur traitement de la maladie. Il s'agit d'une des étapes les plus complexes du poids du fardeau social du cancer en raison d'une complexité de la maladie qui implique une équipe pluridisciplinaire comme l'oncologue, le gynécologue, le radiologue, l'infirmier ou d'autres spécialistes [22].

Ces traitements standardisés, par l'organisation mondiale de la santé (OMS) [41] dont bénéficient les femmes atteintes de cancer, sont entre autres la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie ou les thérapies ciblées. La prise en charge peut se faire en traitement unique ou en association avec plusieurs traitements en fonction du type (36 types existes) de cancers et des protocoles définis par l'équipe soignante.

Le poids des traitements contre le cancer représente l'étape la plus décisive du fardeau social pour une prise en charge idoine des femmes atteintes du cancer. Cette étape constitue une épreuve pour la plupart des femmes malades d'abord à cause de la peur du traitement du cancer mais aussi à cause des moyens financiers jugés insuffisants. Des femmes interviewées ont affirmé que la découverte du cancer a été « un coup dur » dans leur vie et constitue actuellement une souffrance morale parce que leur niveau socio-économique reste précaire à l'instar de deux d'entre elles dont l'une atteinte du cancer du sein et l'autre atteinte du cancer du col de l'utérus. D'abord, madame C (41 ans, femme pasteur) atteinte de cancer du sein a témoigné que :

« Moi, je n'ai personne pour m'aider à faire mon traitement ; car, c'est extrêmement cher pour moi, une veuve avec des enfants qui ne travaillent pas encore. C'est parce que je doutais, je ne sais pas ce que j'avais que j'ai tout fait pour faire les examens. Maintenant que j'ai eu les résultats, je ne peux pas avoir un (1) million pour faire ce traitement ».

Ensuite, madame D (52 ans, commerçante) atteinte du cancer du col de l'utérus a affirmé que :

« Le cancer c'est grave comme maladie, mais notre pauvreté est plus grave car on n'a pas l'argent pour faire les traitements et encore subvenir aux besoins de la famille ; car c'est une maladie qui coûte très chère ».

D'autres facteurs favorisant le poids du fardeau du cancer ont été évoqués par les femmes, comme la distance géographique séparant le domicile (plus de 30% provenait d'une résidence hors d'Abidjan) des femmes malades et les centres (Treicheville, Cocody situés au centre d'Abidjan) de prise en charge du cancer. Ensuite, il y a la lourdeur des traitements contre le cancer ont été également évoqués par les femmes comme étant des obstacles à un suivi régulier et une meilleure prise en charge des femmes souffrantes de cancers. Ces aspects favorisent des irrégularités dans l'observance des traitements chez des femmes qui abandonnent ou suivent incorrectement le traitement administré par les soignants. Le suivi du traitement du cancer comme toute autre maladie est importante dans la médecine biomédicale ; car, il permet de juger de l'efficacité des soins administrés dans la prise en charge des femmes malades. L'écart entre le nombre (38 femmes, 39,6%) de patientes atteintes de cancer ayant débuté leur traitement et celles (58 femmes, 60,4%) qui ne l'ont pas encore fait, sur les 96 femmes malades, peut s'expliquer par la précarité socioéconomique mais aussi par la peur des traitements perçus comme un fardeau ayant des incidences sur la vie des femmes atteintes de cancer.

3. De l'incidence des traitements répulsifs aux parcours de soins multiples

Le fardeau social de la prise en charge du cancer a été observé par de nombreuses incidences négatives qui affectent la vie des femmes sous observance des traitements contre le cancer. En effet, les traitements provoquent des effets secondaires ou indésirables chez ces femmes affectées par le cancer lors de leur suivi médical.

3.1. Incidence du traitement sur la vie psychosomatique des femmes

L'interview avec les femmes atteintes des cancers qui ont débuté leur traitement a révélé que 38 (39,96%) d'entre elles ont fait l'expérience des effets secondaires du traitement contre le cancer et ont confié que l'observance du traitement a affecté leur apparence physique, leur intimité conjugale et leur vie familiale et professionnelle.

L'annonce d'un cancer entraîne presque toujours un état de choc psychologique grave dans la vie des femmes malades. Cette annonce de la mise sous observance de traitement du cancer a

été vécu par des femmes malades comme un événement grave et traumatique. Un événement traumatique au sens où c'est un événement, de la vie, caractérisé par sa violence et son intensité, tout en entraînant des bouleversements chez la personne concernée et son entourage du fait de traitements médicaux spécifiques [45]. Cet état de choc est encore plus fort chez les femmes atteintes du cancer quand celles-ci pensent aux traitements et à la prise en charge du cancer, avec ses effets sur leur corps et sur leur milieu social. Car, la majorité d'entre elles ont déclaré être « *moralelement touchée* » avec le traitement du cancer dans leur vie. Ainsi, les femmes se retrouvent alors submergées par une multitude d'émotions, principalement alimentées par la peur de mourir, de rester diminuées, de souffrir et de faire souffrir leurs proches [12].

Sur le plan physique, le cancer aurait provoqué un choc biophysique chez les femmes « *la personne malade est ébranlée dans ces capacités à exercer un certain contrôle sur sa vie. Parmi les multiples répercussions de cet état chronique, les traitements médicaux peuvent avoir des effets sur les capacités physiques* » [15]. Ainsi, les femmes atteintes des cancers interviewées ont la plupart affirmé que le cancer a bouleversé leur état physique. Celles-ci ont évoqué les effets secondaires tels que la fatigue, les douleurs, l'amaigrissement, les nausées, les vomissements, l'alopécie, la constipation, la diarrhée, les ulcères, la fragilité, la perte de l'appétit, la perte des cheveux, des cils, le noircissement du corps, des ongles des mains et des pieds, les douleurs post opération qui surviennent après les séances de chimiothérapies, des chirurgies et lors des prises de médicaments. Une femme (madame E, 55 ans, couturière) atteinte de cancer du cancer du sein a confié que :

« *Cette maladie nous change oh mon frère, moi qui étais une fille très belle, regarde comme je suis devenue maintenant ; j'ai des cheveux rasés, perdu plus de 15 kilogrammes et je suis devenue faible physiquement.* » Une autre femme atteinte du cancer du côlon parlant des effets secondaires de la chimiothérapie, a affirmé que « *la chimiothérapie a enlevé mes cheveux, mes ongles sont devenus noirs et je vomis souvent à cause de la chimio* » (madame F, 58 ans, ménagère).

Parlant des effets négatifs du traitement du cancer, cette femme atteinte du cancer du sein a affirmé que « *depuis l'opération de mon sein gauche, j'ai mal dans mon sein, la douleur est récurrente et je ne peux plus faire grande chose depuis que le cancer est apparu dans ma vie. J'ai été déjà hospitalisée 3 fois* » (madame E, 55 ans, couturière).

3.2. Incidence du traitement sur la vie sociale et le parcours de soins des femmes

Le traitement contre le cancer a, d'une part, bouleversé la vie intime des femmes atteintes du cancer. Ainsi, la plupart des femmes ont noté dans leur discours que les traitements contre le cancer ont fait qu'elles « *ne se sentent plus femme* » avec la perte des cheveux et la faiblesse de l'attirance physique dénoncé par leur partenaire sexuel. Ces faits ont mis à rude épreuve leur intimité conjugal. Selon leurs témoignages, l'observance du traitement aurait fait en sorte qu'elles ont perdu leur désir sexuel associé à une précipitation de leur ménopause. L'influence du traitement médical sur l'intimité des femmes atteintes du cancer a été souligné par 33 femmes (34,4%) qui étaient sous traitement du cancer. Une femme (madame G, 40 ans, ménagère) atteinte du cancer du sein a déclaré que « *depuis j'ai découvert ce cancer, je n'ai plus eu de relation sexuelle avec mon mari ; car je suis affectée par cette maladie* ». Une autre (madame D, 52 ans, commerçante) femme atteinte du cancer du col de l'utérus a affirmé que « *le cancer fait que j'ai honte de moi-même, et je me sens gênée devant mon mari ; car, j'ai l'impression d'être quelqu'un d'autre pour lui, une personne sale qui ne le mérite pas* ».

Le traitement contre le cancer a, d'autre part, favorisé des changements dans la vie professionnelle des femmes atteintes de cancer. Pour une meilleure observance du traitement, des femmes malades ont été obligé d'arrêter leur activité professionnelle pour la régularité du traitement. L'enquête a aussi révélé dans quelle proportion la vie professionnelle a été affectée par l'observance du traitement avec 33 femmes (34,4%) qui ont confirmé l'arrêt de travail dès le début du traitement de cancer. Celles qui ont continué à exercer une activité génératrice de revenu l'on fait en aménageant leur temps de travail et en ayant recours à une aide domestique pour les aider à concilier les charges ménagères avec le fardeau du suivi de l'observance du traitement contre un type de cancer spécifique. La vulnérabilité des femmes malades les a exposés à un arrêt des activités génératrices de revenus comme cela a été étayées par deux femmes, l'une atteinte du cancer de sein et l'autre du cancer de la peau. D'abord, la première femme atteinte du cancer du sein a déclaré la cessation de son travail à cause du la maladie du cancer :

« *J'ai stoppé mon commerce à cause de nombreuses difficultés de santé comme la fatigue et les douleurs dans mon corps* » (madame H, 63 ans, éducatrice, atteinte du cancer de sein). « *Quand j'ai su que j'avais le cancer, le choc a été dur pour moi, le vertige et les douleurs abdominales ont fait que j'ai demandé à arrêter le travail pour un certain temps* » (madame I, atteinte du cancer de la peau).

Le fardeau du cancer a été enfin observé par le poids du fardeau du parcours de soins des femmes pour faire face au poids de la souffrance contre le cancer. Ainsi, le parcours de soins des femmes atteintes du cancer, a été le plus souvent déterminé par le type de cancer auquel celles-ci étaient affectées et la quête de la guérison liée à la charge psychosocial du traitement prescrit. Ainsi, les femmes malades ont adopté plusieurs voies de recours aux soins contre le cancer selon qu'elles sont atteintes du cancer de sein, du col de l'utérus, etc.

D'abord, il y a celles qui font le parcours de soins en milieu hospitalier parce qu'elles ont accepté de faire le traitement du cancer proposé par la médecine biomédicale dont elles ont pleinement confiance. Ainsi malgré le coût directe et indirecte du traitement, celles-ci font mains et pieds pour l'observance régulière de leur traitement malgré les difficultés qui se présentent à elle. Ensuite, il y a d'autres femmes malades qui ont fait le choix d'un parcours de soins double en plus de celui d'une prise en charge au sein d'un établissement hospitalier. Elles ont choisi de faire d'autres traitements en complément en s'appuyant sur la médecine parallèle comme la médecine traditionnelle, la médecine chinoise, le yoga, le maraboutage, l'église.

Enfin, une dernière catégorie regroupe ces femmes qui ne croient pas du tout à l'efficacité de la médecine moderne dans le traitement contre le cancer. Elles préfèrent rechercher la guérison en dehors du circuit hospitalier pour se donner beaucoup plus de chance de guérison qui font les deux traitements c'est-à-dire celle. En fait, les femmes qui n'ont pas voulu débiter le traitement contre le cancer en milieu hospitalier, se sont tournés vers d'autres choix thérapeutiques comme les médecines parallèles pour espérer la guérison. Les arguments avancés par celles-ci sont le manque de moyens financiers du fait du coût de la prise en charge et le manque d'assurance médicale pour diminuer les charges du cancer qui serait une maladie difficile à traiter à l'hôpital. Ainsi, ces femmes se tournent vers la médecine alternative, la médecine chinoise, les camps de prière, espérant chercher une solution adéquate à leur problème de santé.

4. Discussion des résultats

4.1. De l'attente des résultats du diagnostic à la prise en charge des femmes

La survenue du cancer chez les femmes serait un fardeau total à la fois psychosocial [34] et biomédical [4]. L'annonce [43] du cancer chez celles-ci provoque un grand choc psychologique qui a été observé par la confusion, l'angoisse, la peur et le découragement. En

effet, le cancer bouleverse la vie des femmes malades. La confirmation d'un diagnostic de cancer est souvent associée à un choc psychologique. Les mécanismes de défenses et le traitement médicamenteux ne suffisent pas à résoudre une détresse émotionnelle qui fluctue avec un pic symptomatique [43]. Car, le fait d'entendre ou de penser qu'elles ont contracté cette maladie est déjà mentalement perçu négativement de manière à générer un poids psychologique vécu socialement comme un choc. Aussi, cet état de choc psychologique ou émotionnel se fait encore plus pressant quand elles pensent aux traitements contre le cancer. Cela est dû à la représentation sociale du cancer. Ces analyses sont en adéquation avec d'autres travaux [3] qui ont soutenu que malgré les progrès en matière de soins anticancer, un cancer diagnostiqué reste un immense choc susceptible de provoquer un traumatisme [45 ; 50] chez le malade.

Le cancer va être immédiatement vécue comme une catastrophe qui sidère les femmes concernées. Elles savent déjà par leurs représentations culturellement intériorisées sur le cancer qu'elles vont se trouver confronter à une situation de détresse extrême, de souffrance psychique et somatique considérable. Cette confrontation soudaine face à la mortalité provoque une peur intense, une émotion si forte qu'elle déstabilise et ébranle le sujet. Cependant, la prise en charge médicale qui devait être un moment de soulagement avec les traitements est douloureusement vécue par les femmes atteintes des cancers. En effet, elles ressentent des douleurs physiques et une fragilité avec les traitements anticancer. Cela s'accroît aussi avec des modifications sur le corps, sur leur cycle menstruel et sur de la fertilité constatée chez certaines femmes. Les manifestations pathologiques du cancer au niveau du corps sont nombreuses et dépendent du siège de la maladie et de son extension locorégionale [19] (Faes, 2016). S'ajoutent à ces troubles les effets secondaires des traitements qui, par leur importance font parler de « *deuxième maladie* ». Ainsi, le suivi du traitement contre le cancer n'est pas chose aisée pour les femmes confrontées à trois obstacles [34] (Martin, 2017) qui les poussent à ne pas suivre régulièrement le traitement. L'un des obstacles relève des caractéristiques propres au traitement, notamment ses effets indésirables ; l'autre relève de facteurs relatifs aux caractéristiques psychosociales des patientes, en particulier leurs préjugés défavorables sur l'observance du traitement biomédical du cancer. Le troisième obstacle porte sur les facteurs dépendants du système de santé. Il s'agit des interactions avec les acteurs des services de soins, chargés de la prise en charge des cancers.

4.2. De l'incidence de l'observance du traitement aux parcours de soins

La prise en charge contre le cancer relève d'un parcours personnalisé combattif [1 ; 6] pour ces femmes dans le district d'Abidjan en raison de l'expérience pénible de la souffrance [7] et des difficultés de prise en charge à l'instar de la morphine de la douleur [9]. Le niveau de satisfaction des femmes obtenu lors de la prise en charge est une variable qui pourrait avoir une incidence sur l'observance du traitement et rythmer le parcours de soins des femmes malades. En effet, les frais d'examens et des soins jugés onéreux sont des défis pour ces femmes qui vivent pour la plupart du temps dans les conditions sociales précaires. Bien que certaines acceptent de suivre les traitements, celles-ci n'arrivent toujours pas à faire face aux charges financières de la prise en charge. Ce fait provoque une irrégularité dans l'observance du traitement chez des femmes ou un abandon du traitement contre le cancer. Ainsi, la cherté de la prise en charge du cancer, la peur et la lourdeur du traitement ainsi que les représentations sociales sur le cancer font que ces femmes malades sont obligées d'emprunter d'autres parcours de soins pour faire face aux cancers. C'est ainsi qu'elles font le choix d'itinéraires thérapeutiques [18] en dehors des centres de cancérologie et des hôpitaux spécialisés.

Le recours aux médecines parallèles [38] jugées pour la plupart de ces femmes comme étant des lieux moins onéreux (églises, tradipraticiens, médecines chinoises) avec des traitements plus doux et moins douloureux que ceux des services hospitaliers de cancérologie [18]. L'itinéraire thérapeutique [28] des femmes atteintes de cancers du sein était souvent motivé par la conviction de l'efficacité thérapeutique du recours, la représentation de la maladie, la peur du diagnostic ou du traitement et le manque de moyens financiers et du coût économique directe du cancer [2]. L'itinéraire thérapeutique [47] en dehors du circuit de soins hospitalier en cancérologie des femmes est provoqué par l'insuffisance du personnel médical hautement qualifié [39]. Ces parcours de soins auraient un lien avec le traumatisme engendré par la maladie et son fardeau psychosocial, notamment les lourdeurs et douleurs des traitements dans les services hospitaliers de cancérologie. Ainsi, le binôme médecin-psychologue [30] permet une adaptabilité des réponses au fonctionnement familial, aux enfants et aux parents, et assure ainsi un accompagnement holistique du patient atteint de cancer. En fait, les femmes malades se trouvent en quête de sens en recherchant des réponses aux questions psychosociales posées par l'avènement du cancer dans leur vie. Ces femmes, ne pouvant trouver de réponses auprès des professionnels de soins hospitaliers de la médecine, se tournent vers des thérapies alternatives [48].

5. Conclusion

Aux termes de cette analyse tirée d'une enquête de terrain auprès des femmes atteintes de cancer dans le District d'Abidjan, il est impossible dans cet article, de comparer rigoureusement les expériences de la souffrance aux cancers chez les femmes pour en tirer un idéal type. Si l'expérience de l'épreuve de la douleur semble différente [15] chez les femmes quel que soit le type de cancer (sein, col de l'utérus, colon, de la peau), le parcours de soins semble aussi différent en fonction des traitements plus ou moins lourds ou long et douloureux et du type de cancers vécus. La contribution d'un psychologue ou d'un travailleur social dans les services de cancérologie peut contribuer à l'allègement de l'épreuve de la souffrance des femmes, tout en facilitant l'observance des soins contre le cancer. L'intégration dans les services de cancérologie [43] d'une intervention psycho-oncologique [11] dans la prise en charge du patient noir souffrant de cancer contribuerait à réduire le fardeau psychosocial du cancer. L'accès des malades et de leurs familles aux services de prévention, de diagnostic et de traitement, au soutien psychosocial est gravement entravé par la faiblesse des systèmes de santé. Il y a très peu d'information sur l'ampleur du fardeau sociale des différents types des cancers dans la région africaine, à cause des barrières sociales [6 ; 26] et d'une absence de données exactes sur la population atteinte de cancer inhérent à la faiblesse des systèmes d'information sanitaire [42]. Il est nécessaire de recourir aux fiches d'information standardisées de l'IARC qui fournissent un aperçu de la charge du cancer dans un pays ou une région sélectionnée, ou un aperçu mondial pour un type de cancer donné [20]. Cette approche fondée sur les registres de cancer consiste non seulement à utiliser les données collectées, mais également à travailler aux côtés du personnel national pour améliorer la prévention du cancer [49], la prise en charge [8 ; 33] et la qualité des données locales sur le cancer [21].

References

- [1] Aka, E., Horo, A., Koffi, A., Fanny, M., Coulibaly, D.-K., Nda, G., et Koné, M., "Expérience africaine monocentrique de la prise en charge personnalisée des cancers du sein à Abidjan : défis et perspectives", *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 49-9, 684-690. Sept. 2021.

- [2] Aka, E., Akani, B.C., Zoua, K.A.G., Coulibaly, D.-K., et Horo A., “Analyse du coût économique direct du cancer du sein en Côte d’Ivoire en 2022”, *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 5-2, 48-61., 2023.
- [3] Bataille, P., “Le cancer comme (re)découverte de soi”, *Sciences Humaines*, Hors-série n° 48, 26-29. ? 2005.
- [4] Bataille, P. et Norbert A., (dir.), *Le cancer : un regard sociologique. Biomédicalisation et parcours de soins*, Paris, La Découverte, coll. Recherches, 2018.
- [5] Bloom, J.R., & Kessler, L., “Emotional Support Following Cancer: A Test of the Stigma and Social Activity Hypothèses”, *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 118–133. 1994.
- [6] Boni, S. P., Gnahatin, F., Comoe, J.C., Tchounga, B., Ekouevi, D., Horo, A., et Jaquet, A., “Barriers and facilitators in cervical cancer screening uptake in Abidjan, Côte d’Ivoire in 2018: a cross-sectional study”, *BMC cancer*, 21, p. 1-8., 2021.
- [7] Bourgeois-Guerin, V., *L’expérience de la souffrance chez les femmes âgées atteintes de cancer incurable*, Thèse de Doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal. 2012.
- [8] Bungener, M., Demagny, L., Holtedahl, K. et letourny, A., “La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée?”, *Pratiques et Organisation des Soins*, 40-3, p. 191-196., 2009.
- [9] Coulibaly, J.D.-K., Adoubi, I., Touré, M., Oseni, A., et Echimane, K. A., “Les difficultés de la prise en charge par la morphine de la douleur en cancérologie : expérience ivoirienne”, *Bulletin du cancer*, 96-6, p. 703-707, 2009.
- [10] Coulibaly, J.D.-K., Dago-Akribi, H.A., Ovoua, B., Koffi-Gnagne, Y., Adoubi, I., Kouassi, Y., et Echimane, K.A., “Mise en place d’espaces de parole pour le soutien psychologique des personnes atteintes de cancer et leurs soignants”, *Psycho-oncologie*, 1-5, p. 56-60, 2011.
- [11] Coulibaly, J.D.-K., Datié, A.M., Binlin-Dadié, R., et al., “Mise en place de la politique nationale des soins palliatifs en Côte d’Ivoire”, *Bulletin du cancer*, 96 (5), 609-614., 2009.
- [12] Da Rocha, G., Roos, P. et Shaha, M., “Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l’annonce d’un cancer”, *Revue internationale de soins palliatifs*, 29-2, p. 49-53., 2014.
- [13] Derbez, B. et Rollin, Z., *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte, 2016.

- [14] Diallo, M., Fall, D., Mballo, I., Niang, C.I., et Charfi, M.E., “Coûts médicaux directs de traitement du cancer du sein à l’Institut Joliot Curie de l’Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal », *The Pan African medical journal*, 42, p. 266., 2022.
- [15] Dos Santos, M., Hamarat, N. et Rossi, S., “Quand les corps font récit : entre singularité, communauté et pluralisation des souffrances”, *Corps*, 18-1, p. 9-17, 2020.
- [16] Effi, A. B., Koffi, K.E., Aman, N.A., et al., “Épidémiologie descriptive des cancers en Côte d’Ivoire”, *Bulletin du Cancer*, 100-2, p. 119-125, 2013.
- [17] Erving, C. L., & Frazier, C. “The Association between Multiple Chronic Conditions and Depressive Symptoms: Intersectional Distinctions by Race, Nativity, and Gender”, *Journal of Health and Social Behavior*, 62(4), 599–617., 2021.
- [18] Essiben, F., et al., “Itinéraires thérapeutiques des cancers du sein à Yaoundé”, *Health Sci. Dis*, 23-1, p. 114-121., 2022.
- [19] Faes, S., Gie, O., Demartines, N., Hahnloser, D., “Traitement multidisciplinaire du cancer rectal localement avancé”, *Rev Med Suisse*, 12-523, p. 1185–1189., 2016.
- [20] Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F., *Global Cancer Observatory: Cancer Today of Western Africa*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer., 2024a. Available from : <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/914-western-africa-fact-sheet.pdf>
- [21] Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., Bray, F., *Global Cancer Observatory: Cancer Today of Côte d’Ivoire*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer., 2024b. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/384-cote-divoire-fact-sheet.pdf>
- [22] Gale, A., “Preventing social isolation: A holistic approach to nursing interventions”, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58-7, p. 11-13., 2020.
- [23] Goore, D.Y., et Boni, S.P., “Knowledge, Attitudes, and Practices Towards Cervical Cancer Screening Among Rural Women in the South Comoe Region, Côte d’Ivoire in 2020”, *World journal of public health*, 8-2, p. 158-164., 2023.
- [24] Gorman, B. K., & Read, J. G. “Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity”, *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 95–110., 2006.

- [25] Hallgren, Emily, et al., “Cancer-Related Debt and Mental-Health-Related Quality of Life among Rural Cancer Survivors: Do Family/Friend Informal Caregiver Networks Moderate the Relationship?”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 61, no. 1, pp. 113–30., 2020.
- [26] Hamon, H., “L’épreuve du cancer. De l’errance au sens”, *Errances*, 91-103, 2005.
- [27] Hamon, H., “Femmes et cancer : imaginaire de la maladie et culture hospitalière”, *Sociétés*, 105-3, p. 57-69., 2009.
- [28] Humblot, J.-F., *Itinéraires thérapeutiques de patients atteints de cancers en franche-Comté*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université de la Réunion, 470 p., 2020.
- [29] Lalande, A.-A., *Relation entre la représentation de la maladie et le bien-être subjectif et psychologique, chez des patients atteints de cancer*, Université de Sherbrooke, Thèse de doctorat de psychologie, 182 p., 2016.
- [30] Le Fel, J., Fyot, P., They, J.-C., They, C., “Accompagnement pluridisciplinaire en binôme médecin/psychologue dans le cadre de l’accompagnement des enfants de parents atteints par le cancer”, *Bulletin du cancer*, 4747-4, p. 5-86., 2024.
- [31] Litao Zhang, Ming Xie, Caimei Hong. 2020. The Effect of Case Management on Improving the Quality of Life of Breast Cancer Patients in Chemotherapy, *World Journal of Public Health*, 5(2), 42-46.
- [32] Marche, H., “Le rapport aux autres malades dans l’épreuve du cancer : possibilités identificatoires, appréciations morales et subjectivation”, in Benjamin Derbez éd., *La dynamique sociale des subjectivités en cancérologie*. Toulouse, Érès, « Cancers & psys », p. 71-86., 2016.
- [33] Marmorat, T., Canat, H., Preau, M. et Farsi, F., “Dispenser des anticancéreux oraux à l’officine. Contraintes professionnelles et pistes d’actions”, *Santé Publique*, 29-1, p. 89-93, 2017.
- [34] Martin, E., *Thérapies ciblées chez les femmes atteintes de cancer du sein métastatique : diffusion, impact sur la prise en charge, poids des représentations sociales et adhésion thérapeutique*, Thèse de doctorat en santé publique & épidémiologie, Université Paris-Saclay, 404 p., 2017.
- [35] Menoret, M., *Sociologie et cancérologie : un regard de biais*, Presses universitaires de Vincennes, 214 p., 2023.
- [36] Mensah, K., Assoumou, N., Duchesne, V., Pourette, D., Debeaudrap, P., et Dumont, A., “Acceptability of HPV screening among HIV-infected women attending an HIV-dedicated clinic in Abidjan, Côte d’Ivoire”, *BMC women's health*, 20-1, p. 155., 2020.

- [37] Nedelec É., “Cancers gynécologiques à Abidjan (Côte d’Ivoire): une approche anthropologique de l’expérience des femmes et des équipes médicales”, In 8èmes Rencontres Sciences Sociales et Santé de Fès 2021, *Les cancers dans les pays du Sud, pour une approche interdisciplinaire*, 2021.
- [38] Nedelec, É., “Le médecin soigne, seul Dieu guérit : la figure divine au cœur d’enjeux de légitimation des soins oncologiques à Abidjan (Côte d’Ivoire)”, *Argo-Revue internationale d’anthropologie culturelle et sociale*, (11), 83-100., 2022.
- [39] Ntsame, Mboulou, C., *Itinéraires thérapeutiques de la maladie au Gabon : cas des cancers*, Thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse, Université Paris-Diderot et Université Oumar Bongo, 211p., 2014.
- [40] OMS, *Cancer Control. Knowledge into Action. A series of six modules*, Geneva, WHO, 2006.
- [41] OMS, *Fight against cancer. Strategies that prevent, cure and care*, Geneva, OMS, 24 p., 2007.
- [42] OMS, *Prévention et lutte contre le cancer : une stratégie pour la région africaine de l’OMS*, Brazzaville, OMS, 12 p., 2008.
- [43] Petiori, G., Touré, L., Kamara, I., Traoré, S., Touré, M., Adoubi, I., Yéo-Tenena, J.-M., “Perception de l’annonce du diagnostic de cancer dans un cadre hospitalo-universitaire en Côte d’Ivoire. À propos de 120 patients suivis dans les services d’oncologie et d’onco-hématologie”, *Bulletin du Cancer*, 7584-6, p. 631-736, 2022.
- [44] Reich, M., Deschamps, C., Ulaszewski, A.L., Horner-Vallet, D., “L’annonce d’un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos”, *La Revue de Médecine Interne*, 22-6, p. 560-566, 2001.
- [45] Romano, H., “Traces du trauma dans les « jeux » d’enfants victimes d’évènements traumatiques”, *Le journal des psychologues*, 6, p. 57-61, 2010.
- [46] Rush, E., Ifrah, N., “Développer le dépistage pour réduire les inégalités sociales face aux cancers”, *Santé Publique*, 2, p. 5-6, 2019.
- [47] Songhaï, K., “Itinéraires thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillances du marché de soins au Togo”, *Santé Publique*, 34-4, p. 527-536, 2022.
- [48] Tany, A.M., Adon K.P., “Le recours aux thérapies spirituelles pour des maladies incurables en Côte d’Ivoire”, *Journal of International social research*, 14-77, p. 675-681. 2021.
- [49] Tubiana, M., « La prévention du cancer et la relation dose–effet : l’effet cancérogène des rayonnements ionisants », *Cancer/Radiothérapie*, 13-4, p. 238-258., 2009.

- [50] Vedelago, F., *L'épreuve du cancer. Dire l'indicible*, Louvain-la-Neuve, Éditions EME, 298 p., 2021.
- [51] Willems, B., Cullati, S., De Prez, V., Jolidon, V., Burton-Jeangros, C., & Bracke, P. Cancer Screening Participation and Gender Stratification in Europe, *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 377–395, 2020.