

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

THESE

**Itinéraires thérapeutiques des femmes
atteintes de cancer du sein dans trois
hôpitaux universitaires de Yaoundé**

Rédigée en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine générale par :

MONDA Elisabeth

Mat N° 15M229

Directeur

Pr ESSI Marie-José
Anthropologie médicale

Co-directeurs

Dr ESSIBEN Felix
Gynécologue-Obstétricien
Dr MEKA Esther
Gynécologue-Obstétricienne

Année académique 2018-2019

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF PUBLIC HEALTH

THÈSE

**Itinéraires thérapeutiques des femmes
atteintes d'un cancer du sein dans trois
hôpitaux universitaires de Yaoundé**

Rédigée en vue de l'obtention du grade de Docteur en médecine générale par :

MONDA Elisabeth

Matricule: 15M229

Président du jury

.....
.....

Examineur

.....
.....

Rapporteur

.....

Superviseur

Pr ESSI Marie-José

Anthropologue médicale

Maitre de conférences

Co-superviseur

Dr ESSIBEN Felix

Gynécologue-obstétricien

Dr MEKA Esther

Gynécologue-obstétricienne

Année académique 2018-2019

SOMMAIRE

DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	13
ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES.....	14
LISTE DES TABLEAUX.....	15
LISTE DES FIGURES.....	16
RESUME.....	17
ABSTRACT	19
Chapitre I : INTRODUCTION GENERALE	21
I.1- CONTEXTE	22
I.2- JUSTIFICATION DU SUJET	23
I.3- QUESTIONS DE RECHERCHE	23
I.4- HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	23
I.5- OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	23
I.6- MATRICE DE DIMENSIONS.....	24
I.7- LISTE DES VARIABLES.....	25
I.8- DEFINITIONS OPERATIONELLES	25
I.9- CADRE THEORIQUE	27
I.10- INTERET DE LA RECHERCHE	27
Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE	28
II.1 DU CANCER DU SEIN.....	29
II.2 ITINERAIRE THERAPEUTIQUE	40
II.3 ETAT DE LA QUESTION.....	43
Chapitre III: METHODOLOGIE	49
Chapitre IV : RESULTATS	52
Chapitre V : DISCUSSION.....	63
CONCLUSION	72
RECOMMANDATIONS	74
REFERENCES.....	76
ANNEXES	79

DEDICACE

A mes parents MONDA BAKOA Josué et MONDA Léa, qui m'ont donné naissance, m'ont aimés, soutenus et qui m'ont inculqués le sens du travail et de l'effort.

Et à ma mère NGO BUM Elisabeth qui m'a élevée et m'a enseignée la patience et l'amour.

REMERCIEMENTS

Merci à mon Dieu, mon créateur et Père pour ton infini Amour.

Ma profonde reconnaissance s'adresse à

Mon directeur de thèse Pr ESSI Marie-José pour vos riches enseignements, la transmission de votre savoir. Le privilège que vous nous avez donné de diriger cette thèse de fin de formation. Honorable maître, votre gout du travail bien fait et votre rigueur scientifique accordés à ce travail sont inestimable.

A mon co-directeur Dr ESSIBEN Felix pour vos enseignements, votre patience et votre confiance que vous m'avez accordés. Ces derniers ont été d'une aide précieuse à la réalisation de ce travail

A mon co-directeur Dr MEKA Esther pour votre disponibilité et vos enseignements tout au long de ce travail.

Au doyen Pr ZE MINKANDE, à tous les enseignants et personnels d'appui pour votre disponibilité, vos enseignements et votre suivi.

Au Dr ATENGUENA Etienne oncologue de l'HGY qui m'avez ouvert les portes de vos consultations. Merci pour vos enseignements et votre orientation qui ont été bénéfique pour ce travail.

Au Dr N'NANG Guy-Michel gynécologue de HGOPY qui m'avez accueilli lors de vos consultations. Merci pour votre disponibilité, votre accueil, votre gentillesse et vos enseignements.

A mes parents MONDA BAKOA Josué et MONDA Léa qui m'ont mis au monde et à ma mère qui m'a élevé Pr NGO BUM Elisabeth pour votre soutien physique, émotionnel, académique, financier et spirituel. Vous avez toujours été là pour moi et avez toujours été des modèles. Et à toute la famille Bakoa et boum pour votre soutien et amour. A mes frères et sœurs MONDA Louise Caroline, MONDA Suzanne Milène, MONDA Léa Larissa, BAKOA MONDA Joseph Hervey, MONDA Joseph Emmanuel et beaux-frères TAKAM Mergel, ATANGANA Dieudonné pour votre soutien inestimable.

A mon groupe de thèse Latifatou, Maryama, Moussa, Fabiola, Charly, Mireille, Odile, MFAGAM Aicha, Djafarou et ami Brenda, Armelle pour votre soutien inestimable. A revival, une autre famille pour moi.

LISTE DU PERSONNEL DE LA FMSB

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr Gloria Enow ASHUNTANTANG

Vice- Doyen chargé de la Recherche et e la Coopération : Pr KAMGNO Joseph

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : M MEKA Gaston

Chef de Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr MOUAFO TAMBO Faustin

Chef de Service Financier : M. ADAMOU

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Dr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Dr NSEME Eric

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : M. MPACKO NGOSSO Charles Romuald

Bibliothécaire en Chef par intérim: Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mme ANDJISSILE ENAM Suzel Chanel

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET CHEFS DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-Dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr ESSAME OYONO Jean Louis

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr CHIABI Andreas

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr GONSU Hortense

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale: Pr NKO'O AMVENE Samuel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
	ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologie
	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
	FOUDA Pierre	MC	Chirurgie Urologie
	HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique

NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
ONDOBO ANDZE Gervais	MCA	Chirurgie Pédiatrique
OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale
AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
GUIFO Marc Leroy	CC	Chirurgie Générale
TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
BANG GUY Aristide	CC	Chirurgie Générale
BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
NGO YAMBEN Marie Ange	CC	Chirurgie Orthopédique

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
BIWOLE SIDA Magloire	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
ANKOUANE ANDOULO	MCA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
KAZE FOLEFACK François	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
KUATE TEGUEU Calixte	MC	Médecine Interne/Neurologie
MENANGA Alain Patrick	MC	Médecine Interne/Cardiologie
SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
YONE PEFURA	MCA	Médecine Interne/Pneumologie
ETOUNDI MBALLA Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
HAMADOU BA	MA	Médecine Interne/Cardiologie
KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	cc	Médecine Interne/Psychiatrie
KOWO Mathurin Pierre	MA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
ZE Jean Jacques	CC	Médecine Interne/Pneumologie
BOOMBHI Jérôme	CC	Médecine Interne/Cardiologie
KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	CC	Médecine Interne/Cardiologie

NGANOU Chris Nadège	CC	Médecine Interne/Cardiologie
---------------------	----	------------------------------

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

ZEH Odile Fernande (CD)	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
GONSU Joseph	P	Radiologie/Imagerie Médicale
MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
MBEDE Maggy	AS	Radiologie/Imagerie Médicale

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
KEMFANG NGOWA J.D.	MCA	Gynécologie Obstétrique
NKWABONG Elie	MC	Gynécologie Obstétrique
TEBEU Pierre Marie	MCA	Gynécologie Obstétrique
BELINGA Etienne	MA	Gynécologie Obstétrique
DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
FOUEDJIO Jeanne H.	MA	Gynécologie Obstétrique
ESSIBEN Félix	MA	Gynécologie Obstétrique
MVE KOH Valère Salomon	CC	Gynécologie Obstétrique
NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MA	Gynécologie Obstétrique
NOA NDOUA Claude Cyrille	MA	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

NDJOLO Alexis (CD)	P	ORL
BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
NJOCK Richard	P	ORL
DJOMOU François	MC	ORL
ELLONG Augustin	MC	Ophtalmologie
ÉPÉE Émilienne	MC	Ophtalmologie
KAGMENI Gilles	MCA	Ophtalmologie
OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
BILLONG Yannick	MA	Ophtalmologie
DOHVOMA Andin Viola	MA	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Stève Robert	MA	Ophtalmologie
KOKI Godefroy	MA	Ophtalmologie
NGABA Olive	CC	ORL

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

KOKI NDOMBO Paul (CD)	P	Pédiatrie
ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
MONEBENIMP Francisca	P	Pédiatrie
CHELO David	MCA	Pédiatrie
CHIABI Andreas	P	Pédiatrie

MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
NGUEFACK épouse DONGMO Félicité	MCA	Pédiatrie
NGUEFACK Séraphin	MCA	Pédiatrie
KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MA	Pédiatrie
MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MA	Pédiatrie
NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie
ONGOTSOYI Angèle H.	CC	Pédiatrie

DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES

MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
MBANYA Dora	P	Hématologie
NKOA Thérèse	MC	Microbiologie /Hématologie
OKOMO ASSOUMOU Marie C.	MC	Bactériologie/ Virologie
GONSU née KAMGA Hortense	MC	Bactériologie
TAYOU TAGNY Claude	MC	Microbiologie/Hématologie
TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MA	Microbiologie/Hématologie
KINGE Thomson Njie	CC	Maladies Infectieuses
LYONGA Emilia ENJEMA	CC	Microbiologie Médicale
BEYELA Frédérique	AS	Maladies Infectieuses
NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
VOUNDI VOUNDI Esther	AS	Virologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

MONEBENIMP Francisca (CD)	P	Pédiatrie
KAMGNO Joseph	P	Santé Publique /Epidémiologie
TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
ESSI Marie Josée	MC	Santé Publique/Anthropologie Médicale
NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique
BEDIANG Georges Wylfred	CC	Informatique Médicale/Santé Publique
KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SANDO Zacharie (CD)	MC	Anatomie Pathologie
ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie

AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
BISSOU MAHOP	CC	Médecine de Sport
KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
NSEME Eric	CC	Médecine légale

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	MC	Physiologie/Biologie Moléculaire
MBACHAM Wilfried	P	Biochimie
PIEME Constant Anatole	MC	Biochimie
AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
BONGHAM BERINYUI	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	CC	Physiologie
AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
NGADJUI CHALEU Bonaventure	P	Pharmacie/Phytochimie
NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie

DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE

BENGONDO MESSANGA Charles(CD)	P	Stomatologie
MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
NGAMENI Barthélémy	MC	Phytochimie/ Chimie Organique
NGOUPAYO Joseph	MC	Phytochimie/Chimie Générale

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

NGUIDJOE Evrard Marcel (CD)	CC	Pharmacologie
FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
TEMBE Estella épouse FOKUNANG	CC	Pharmacologie Clinique
TABI OMGBA	CC	Pharmacie

**DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION
PHARMACEUTIQUE**

NNANGA NGA Emmanuel (CD)	MC	Pharmacie Galénique
MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	AS	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments

P = Professeur

MCA = Maître de Conférences Agrégé

MC = Maître de Conférences

MA = Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment de l'admission comme membre de la profession médicale
Je m'engage solennellement à consacrer toute ma vie au service de
l'Humanité*

*Je réserverai à mes Maîtres le respect et la gratitude qui leur sont dus
J'exercerai consciencieusement et avec dignité ma profession*

La santé du malade sera ma première préoccupation

Je garderai les secrets qui me seront confiés

*Je sauvegarderai par tous les moyens possibles, l'honneur et la noble
tradition de la profession médicale*

*Je ne permettrai pas que les considérations d'ordre religieux, national,
racial, politique ou social, aillent à l'encontre de mon devoir vis-à-vis du
malade*

Mes collègues seront mes frères

*Je respecterai au plus haut degré la vie humaine et ceci dès la
conception ; même sous des menaces, Je n'utiliserai point mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité*

*Je m'engage solennellement sur mon honneur et en toute liberté à garder
scrupuleusement ces promesses*

ABREVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES

ACR	American College of Radiology
ADN	Acide desoxyribonucléique
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HGOPY	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HGY	Hôpital Général de Yaoundé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Pev	Pronostic evolution
SBR	Scarff Bloom Richardson
Tis	Tumeur in situ
TNM	Tumor nodes metastasis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Classification TNM 2002 et stades clinique du cancer du sein .	34
Tableau 2 : Pronostic clinique et anatomopathologique en fonction du stade	35
Tableau 3 : Répartitions en fonction du profil sociodémographique	54
Tableau 4 : Répartition en fonction de l'association thérapeutique en biomédecine	60
Tableau 5 : Répartition des motifs en fonction des choix de recours	61
Tableau 6 : Répartition en fonction des conseillers	Erreur ! Signet non défini.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cancer du sein gauche, mars 2019 [6]	30
Figure 2 : Matériel de radiothérapie [11]	36
Figure 3 : Processus de recrutement	53
Figure 4 : Répartition des circonstances de découverte du cancer du sein en %	56
Figure 5 : Répartition en fonction du délai de recours au spécialiste en %	57
Figure 6 : Répartitions du choix des recours en %	58
Figure 7 : Itinéraires thérapeutiques	59

RESUME

Contexte : le cancer du sein est le premier cancer de la femme en Afrique comme dans le monde. Le cancer du sein est fréquemment diagnostiqué à des stades avancés de la maladie ce qui compromet gravement les résultats de la prise en charge. Le parcours de soins entrepris par les malades dès les premiers symptômes pourrait justifier le recours tardif au traitement hospitalier.

Objectifs : cette étude avait pour but principal de déterminer les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes d'un cancer du sein dans trois hôpitaux universitaires.

Méthodologie : il s'agit d'une étude descriptive transversale d'une durée de 5 mois allant du 27 décembre 2018 au 8 mai 2019 à l'HGY, HGOPY et HCY. Les femmes atteintes d'un cancer du sein ont été rencontrées. Ainsi deux outils de collectes ont été utilisés à savoir un questionnaire pour l'évaluation quantitative et un guide d'entretien pour l'évaluation qualitative. Les informations étaient recueillies après un consentement éclairé et une auto administration des outils de collectes. Ensuite nous avons analysé les données quantitatives par le logiciel IBM-SPSS et les données qualitatives étaient transcrites dans le corpus textuel.

Résultats : nous avons recruté 145 femmes atteintes d'un cancer du sein. L'âge moyen était de 42 +/- 12,09 ans, la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée, 79 ans. La tranche la plus fréquente était les femmes de plus de 45 ans à 57,2%. Concernant les paramètres clinico-pathologiques, 15,2% avait des antécédents familiaux de cancer du sein. De la parité, 91,3% de femme avaient déjà accouché d'un enfant. Des femmes rencontrées, près de la moitié étaient à un stade III soit 46,9%. Le type histologique le plus rencontré était un carcinome à 94,5% et toutes les tumeurs étaient infiltrantes. Le cancer a été découvert en grande majorité par un nodule dans le sein à 67,6%. La majorité 93,2% n'avait pas de connaissance sur l'autoexamen des seins. De premier recours, le plus fréquent fut la biomédecine à 64% comme premier recours mais un tiers avait abandonné pour se tourner vers la tradithérapie et l'automédication à la pharmacopée traditionnelle. Puis l'abstention thérapeutique dans 26% de cas parce qu'elles estimaient que la maladie était bénigne dans 72% des cas, avaient peur du diagnostic dans 11,4% et par manque de finance dans 11,4%. Du second recours la biomédecine était également le premier recours dans 54% des cas pour l'efficacité thérapeutique dans 79,3% suivie de l'abstention thérapeutique dans 18,7% par manque de moyen dans 28,6% et par erreur diagnostic dans

28,6%. La tradithérapie en second recours représentait 17,3% des cas et était choisi du fait d'une efficacité thérapeutique présumée dans 92,3%. D'autres recours étaient également entrepris, parmi lesquels : les traitements spirituels, l'automédication à la pharmacopée traditionnelle et le fétichisme, qui étaient respectivement de 3%, 4% et 1,3% poursuivis pour efficacité thérapeutique supposée. De plus, dans 36% des cas, le traitement médical était associé à d'autres traitements à savoir l'automédication à la pharmacopée traditionnelle à 50% des cas et l'ethnomédecine dans 15% des cas.

Conclusion : les itinéraires des femmes ayant un cancer du sein sont multiples et imbriqués. Ainsi ils justifient le retard à la prise en charge en biomédecine et le fait qu'elles soient rencontrées à un stade avancé de cancer.

Mots clés : itinéraire thérapeutique, femmes, cancer du sein.

ABSTRACT

Context: Breast cancer is the most common cancer of women in Africa like in the world. The incidence grow more and more as well as his mortality. In Cameroon, women who are on treatment in biomedicine are in advanced stages of cancer-- stage III and IV. Several factors could justify this late resort to hospital treatment. Among which a course of care undertaken by these women that would be multiple ranging from self-medication, through ethno medicine to biomedicine.

Objectives: The main purpose of this study is to determine the therapeutic routes of women with breast cancer in three university hospitals.

Methodology: To do this, this study was a descriptive and cross-sectional study at HGY, HGOPY and HCY targeting women with breast cancer. Thus, two collection tools were used namely a questionnaire for the quantitative evaluation and an interview guide for the qualitative evaluation. After receiving the recruitment authorizations in the various hospitals, the information were collected after informed consent and self-administration of the collection tools. Then we analyzed the quantitative data using the IBM-SPSS software and the qualitative data were transcribed in the textual corpus. The interest of this work was to determine the place of the different care pathways used by women with breast cancer in the late use of biomedicine.

Results: The average age was 42 +/- 12.09 years, the youngest was 25 years old and the oldest was 79 years old. The most common group was women over 45 at 57.2%. Monthly earnings were acceptable at 53.7% More than one-third of women resided more than 15 kilometers from the two major referral hospitals. Regarding clinical-pathological parameters, 15.2% had familial history of breast cancer. Of the parity, 91.3% of women had already given birth to a child. Nearly half of the women seen were in stage III (46.9%) The most common histological type was carcinoma in 94.5% and all tumors were infiltrating. The vast majority of cancer was found by a nodule in the breast at 64%. The majority 93.2% had no knowledge about breast self-examination. Breast pain was the second mode of revelation, 9.7%. The most frequent recourse was biomedicine at 64% as a first recourse but a third had abandoned to turn to traditherapy and self-medication in the traditional pharmacopoeia. The second most represented recourse was therapeutic abstention 26% because it considered that the disease was benign in

72% of cases, was afraid of the diagnosis in 11.4% and lack of funding in 11.4%. It is the aggravation that led them to the hospital. Traditherapy was also a recourse undertaken by 5% at the first resort and 18.7% at the second resort. These latter gave up by therapeutic inefficiency for 10.3% of women and by counsel in 6.9%. Other remedies were also undertaken among which spiritual treatments, self-medication in traditional pharmacopoeia and fetishism were respectively 3%, 4% and 13% pursued for supposed therapeutic efficacy. In addition, in 36% of cases, medical treatment was associated with other treatments, namely self-medication in traditional pharmacopoeia in 50% of cases and ethno medicine in 15% of cases.

Conclusion: The itineraries of women with breast cancer are multiple and interwoven. Thus, they justify the delay in the management of biomedicine and the fact that they are encountered at an advanced stage of cancer.

Keywords: therapeutic routes, women, breast cancer

Chapitre I :
INTRODUCTION GENERALE

I.1 – CONTEXTE

Le cancer du sein est un développement anormal et anarchique des cellules du tissu mammaire. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde. En 2015, Il représentait 31,2 % de l'ensemble des cancers féminins [1]. Près de 2 millions de femmes avaient un diagnostic de cancer du sein chaque année et en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes [2]. De cette étude, depuis les dernières estimations pour 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20%, et la mortalité de 14%. En 2018, l'OMS déclarait 571000 décès. Ainsi le cancer du sein constitue un problème majeur de santé publique, justifiant la mise en place et la poursuite des actions de prévention, de dépistage et de recherche thérapeutique.

Au Cameroun le cancer du sein est le premier cancer de la femme avec une forte proportion. En 2014, l'OMS montrait que son incidence au Cameroun est de 18,5% [1]. Sa prévalence, en 2019 est de 0,02% [3]. En 2015, les femmes les plus affectés étaient jeunes en âge de procréer et les formes de cancer retrouvées étaient agressives [4]. De plus, la mortalité est très élevée dans les pays d'Afrique ce qui serait justifier par un retard à la consultation ; la charge financière, physique, psychologique du traitement ; le mauvais pronostic des stades avancés de la maladie et les traitements alternatifs empruntés avant, pendant et après l'hôpital.

Le recours au soin est généralement multiple à l'instar de l'automédication, de l'ethnomédecine ou de la biomédecine [5]. Les motifs du choix de lieu de recours sont divers et ne sont pas le fruit du hasard mais sont soit influencé par le vécu individuel, l'avis d'un proche, ou l'accessibilité tant financière que géographique. Ce pluralisme de recours au soin prendrait une proportion énorme face au cancer puisqu'il s'agit d'une pathologie chronique. Les recours au soin pourraient être multiples et souvent imbriqués. Les pratiques non conventionnelles et multiples tel que la tradithérapie, les traitements spirituels serait des choix thérapeutiques entrepris par les patientes jeunes. Ce choix serait basé sur la peur du traitement conventionnel tel que la chimiothérapie, la radiothérapie même lorsque la maladie est découverte tôt. Cependant ces traitements auraient un effet néfaste sur la santé en réduisant le temps de survie du patient et en altérant rapidement son état de santé, Ce qui pourrait par conséquence expliquer le recours tardif dans les services spécialisés pour ces femmes reçues à un stade 3 et 4. Ainsi, la présente étude se propose d'identifier les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein à l'HCY, HGOPY et l'HGY.

I.2- JUSTIFICATION DU SUJET

Le taux de mortalité du cancer du sein en Afrique et au Cameroun est très élevé, ceci dû au retard à la consultation et au mauvais pronostic des stades avancés de la maladie. Ces derniers peuvent être justifiés par le parcours de soin des patientes. De ce fait, il est important pour nous de déterminer les recours thérapeutiques empruntés par des femmes ayant un cancer du sein avant celui de l'hôpital. Ceci dans le but de sensibiliser et éduquer les femmes, à se rendre, dès le premier signe de la maladie, dans les hôpitaux pour une prise en charge rapide et efficace.

I.3- QUESTIONS DE RECHERCHE

Question principale

Quels sont les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein à l'HCY, HGOPY et l'HGY ?

Questions secondaires

1. Quelles sont les circonstances de découverte du cancer du sein par les malades ?
2. Quels sont les trajectoires thérapeutiques ?
3. Quels sont les motifs du choix de recours au soin ?

I.4- HYPOTHESES DE RECHERCHE

Hypothèse principale

En regard du retard à la prise en charge hospitalière, les femmes atteintes d'un cancer du sein de l'HCY, HGOPY et l'HGY ont des recours aux soins pluriels et imbriqués pour leur maladie.

Hypothèses secondaires

1. Du fait de la consultation tardive, les circonstances de découverte sont multiples et sont l'élément déclencheur du choix de recours ;
2. L'automédication, l'ethnomédecine et de la biomédecine sont les choix de recours horizontaux probable ;
3. Les choix thérapeutiques sont basés sur l'accessibilité, la perception d'efficacité et l'influence du conseil des proches.

I.5- OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Objectif général

Etudier l'itinéraire thérapeutique des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein à l'HCY, HGOPY et l'HGY.

Objectifs spécifiques

1. Décrire les circonstances de découverte ;

2. Déterminer les recours au soin ;
3. Décrire les motifs de choix de recours.

1.6- MATRICE DE DIMENSIONS

<i>Dimensions</i>	<i>Composantes</i>	<i>Variables</i>
Découverte	Symptômes	Autopalpation d'un nodule mammaire
		Palpation par un profane de nodule mammaire
		Écoulement mamelonnaire
		Asymétrie des seins
		Modifications de l'aspect de la peau du sein
		douleur mammaire
	Dépistage	Volontaire
		Opportun
	Délai de constatation	< 1 mois
		1-5 mois
6-11 mois		
12-23 mois		
24-59 mois		
> 60 mois		
Recours	Automédication	Bio médicaments
		Pharmacopée traditionnelle
	Ethnomédecine	tradithérapie
		Fétichisme
	Spirituel	Prière
		Eau bénie
		Exorcisme
	Biomédecine	Chirurgie conservatrice
		Chirurgie radicale
		Chimiothérapie
		surveillance
	Médecine complémentaire	Acupuncture
		Homéopathie
		Phytothérapie
Compléments alimentaires		
Motif du choix du recours	Accessibilité	Coût abordable
		Proximité du lieu de soin
		Habitude Socioculturelle
	Perception de l'efficacité	Compétence professionnelle
		Compétence promotionnelle
	Réseau interne	Famille
		Amis
		Collègue ou camarade
		Professionnel de la sante
	Motif d'abandon	Manque de moyen
		Distance éloignée

		Inefficacité du traitement
		Manque d'écoute ou d'attention du soignant
		Conseil d'un proche
		Effet secondaires

I.7- LISTE DES VARIABLES

1. Données sociodémographiques : Âge, Profession, Statut matrimonial, Niveau d'étude, Religion, Résidence, Aire culturelle, revenu mensuel, Assurance santé.

2. Données cliniques : circonstance de découverte (Autopalpation, Palpation par un profane masse mammaire, Ecoulement mamelonnaire, Asymétrie des seins, Modifications de l'aspect de la peau du sein, Douleur mammaire) ; Dépistage opportun ou volontaire ; variables cliniques (stade de la maladie, moyens diagnostic, données histologiques -type de tumeur, grade, immunohistochimie- aspects thérapeutiques (Chirurgie, Chimiothérapie, Radiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée) et aspects pronostics (récidive, rémission).

3. Délai de recours : Précoce <1 mois, Intermédiaire 1-5 mois tardif 6-23 mois très tardif > 23 mois

4. Différents recours de soin : Automédication (Bio médicaments, Pharmacopée traditionnelle) ; Ethnomédecine (Pharmacopée traditionnelle, Fétichisme) ; traitement spirituels (Prière, Eau bénie, Exorcisme) ; Biomédecine (Chirurgie conservatrice, Chirurgie radicale, Chimiothérapie, Radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées), Médecine complémentaire (Acupuncture, Homéopathie, Phytothérapie, Compléments alimentaires)

5. Motif du choix de lieu de recours : représentation de la maladie (Naturelle, Spirituelle, Sorcellerie) ; Accessibilité (Coût abordable, Proximité du lieu de soin, Habitude Socioculturelle) ; Perception d'efficacité (Compétence professionnelle, Compétence promotionnelle) ; réseau interne (Famille, Amis, Collègue ou camarade, Professionnel de la sante) ; Motifs d'abandon (Manque de moyen, (Distance éloignée, Inefficacité du traitement, Manque d'écoute ou d'attention du soignant, Conseil d'un proche, Effet secondaires)

I.8- DEFINITIONS OPERATIONELLES

Accessibilité financière : capacité à gérer un soin ou un traitement par rapport à revenu mensuel.

Accessibilité géographique : proximité du lieu de résidence avec le lieu de soin d'une distance de moins de 1000m.

Approche horizontale : conception de la recherche de la guérison ou de la santé par le recours imbriqué de plusieurs trajectoires thérapeutiques.

Approche verticale : conception de la recherche de la guérison ou de la santé en suivant une trajectoire de soin unique.

Automédication : Pour l'OMS, « elle consiste pour une personne à choisir et à utiliser un médicament pour une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié » ; exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même.

Biomédecine : se rapporte à la pratique de la médecine, et applique tous les principes de la science naturelle dans la pratique clinique, en étudiant des processus physiopathologiques compte tenu des interactions moléculaires aux processus dynamiques du corps à travers des méthodologies utilisées en biologie, chimie et physique.

Cancer du sein : est un développement anormal et anarchique des cellules du tissu mammaire.

Délai de consultation en biomédecine : intervalle correspondant à la date du premier symptôme et la date à laquelle le diagnostic est posé.

Dépistage volontaire : rechercher de signe de la maladie de façon personnelle ou demandé à un professionnel de santé.

Dépistage opportun : découverte de la maladie de manière fortuite

Ethnomédecine : pourrait être définie comme l'ethnoscience qui a pour finalité la compréhension des pratiques et des représentations relatives à la santé et à la maladie dans les différentes cultures principalement à travers l'étude des médecines traditionnelles contemporaines.

Itinéraire thérapeutique : se rapporte, à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, à l'ensemble des systèmes de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, de ses praticiens, et dans les façons de dire et de penser sa maladie et/ou sa guérison.

Médecine alternative : traitement qui n'utilise pas des médicaments et des molécules chimiques pour soigner les patients et qui remplacent les traitements conventionnels.

Médecine complémentaire : discipline ou « thérapie » présentée comme active sur les effets secondaires et la qualité de vie.

Motif de choix : ensemble d'évènement et de raisonnement qui poussent un malade à prendre une trajectoire de soin.

Motif d'abandon : ensemble d'évènement et de raisonnement qui poussent un malade à changer de trajectoire de soin.

Palpation par un proche : ensemble de gestes méthodiques et répétés fait par une tierce personne profane (mari, sœur, mère) sur les seins d'une femme à la recherche des signes d'un cancer du sein.

Palpation personnelle : ensemble de gestes méthodiques et répétés fait par une femme sur ses seins à la recherche des signes d'un cancer du sein.

Parcours de soin : succession d'étapes par lesquelles l'individu peut se soigner, les différentes trajectoires qu'il suit pour obtenir la guérison ou le soulagement en réponse à sa maladie.

Perception de l'efficacité professionnelle : sentiment de confiance en un soignant basé sur la compétence intellectuelle et pratique de ce dernier.

Perception de l'efficacité promotionnelle : sentiment de confiance en un soignant basé sur la compétence social, l'accueil, l'écoute, l'attention et les conseils.

Professionnel de la santé : personne qui exerce ses compétences et son jugement, fournit un service lié au maintien, à l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité en leur prodiguant des soins.

Retard à la consultation : un délai de consultation du système de santé 24 semaines après la découverte du premier symptôme.

Recours au soin : décision ou action d'une personne à rechercher une solution à la maladie.

Représentation de la maladie : la perception de l'origine de la maladie :

Naturelle : dysfonctionnement du corps ou d'une de ses parties origine organique.

Spirituelle : dysfonctionnement du corps provenant d'un conflit d'ordre surnaturel, la maladie peut être d'origine punitive par un être suprême pour une faute commise

Sorcellerie : dysfonctionnement du corps provenant d'un sortilège fait par une tierce personne pour son mal.

Trajectoire de soin : type de soin auquel un patient recours pour traiter sa maladie

I.9- CADRE THEORIQUE

Notre étude s'inscrit dans quatre domaines essentiellement : l'anthropologie, la santé publique, la sénologie et l'oncologie.

I.10- INTERET DE LA RECHERCHE

L'intérêt de l'étude réside dans le fait qu'elle nous donnera des résultats portant sur la diversité de recours au soin pour la prise en charge du cancer du sein et permettra d'outiller les décideurs et professionnels de la santé dans le renforcement des actions menées pour le dépistage et le traitement précoce du cancer du sein.

Chapitre II :
REVUE DE LA LITTERATURE

Le présent chapitre sera constitué de trois parties. Le premier portant sur le rappel des connaissances concernant la néoplasie du sein : pathologie et prise en charge. La seconde partie présente les itinéraires thérapeutiques et la dernière partie présente les études et articles scientifiques se rapportant aux itinéraires du cancer du sein et maladies chroniques.

II.1 DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein touche les deux sexes. Dans le monde 1% de ces cancers est masculin [1]. Ainsi les femmes sont en majorité atteintes. En Afrique, le cancer du sein a un taux de survie bien moindre que dans le reste du monde. Alors qu'aux États-Unis et en Europe environ 20% des femmes qui en sont atteintes en meurent, cette proportion est supérieure à 50% en Afrique francophone [5]. Plusieurs facteurs sont en cause dont le silence des femmes, qui, souvent, redoutent d'être mises au ban de la société. Selon l'analyse de l'OMS, le nombre de cas de cancer du sein va exploser sur le continent africain.

La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né. Les seins jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps. La structure du sein est complexe. Chaque sein (appelé aussi glande mammaire) est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement ; les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon. À la puberté, la jeune fille observe des changements dans la forme et le volume de ses seins sous l'influence des hormones sexuelles. Ces hormones, fabriquées par les ovaires, ont une influence sur les seins tout au long de la vie. Elles sont de deux types : les œstrogènes et la progestérone. Les œstrogènes permettent le développement des seins au moment de la puberté. Un cancer est une maladie de la cellule. La cellule est l'unité de base de la vie. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Toutes ont un rôle précis : cellules musculaires, nerveuses, osseuses, etc. Par conséquent une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée. Habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.



Figure 1 : Cancer du sein gauche, mars 2019 [6]

Le cancer du sein peut être induit par de multiples facteurs qui augmentent sa survenue.

A. Pathologie

1. Facteurs de risques

Ce sont des éléments, évènement, antécédents, exposition qui augmente le risque du cancer du sein. Ce sont les facteurs génétiques et histoire familiale les plus important : avoir deux membres de la famille de 1^{er} et 2^{ème} degré multiplie de 14 fois le risque et un membre multiplie de 2 fois [7] ; les facteurs hormonaux exogènes par la consommation de contraceptifs oraux et traitement hormonal substitutif (THS) multiplient le risque de 1,5. Il existe également des facteurs hormonaux endogènes : l'âge précoce des premières menstruations : avant l'âge de 12 ans et une ménopause tardive après 50 ans ; facteurs liés à la reproduction : nulliparité et la primiparité tardive avec un risque de 1,5 également ; effet protecteur de la multiparité ; facteurs liés aux habitudes de vie et nutrition : obésité et prise de poids, sédentarité, tabac, alcool avec un risque de 1. Des femmes présentant l'un ou plusieurs de ces facteurs doivent être dépistées. Le dépistage permet de découvrir la maladie à un stade précoce [8].

2. Dépistage du cancer du sein

Un cancer du sein est le plus souvent diagnostiqué à plusieurs occasions. Une femme peut découvrir une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle et peut consulter un médecin pour qu'il réalise les examens nécessaires [9]. De plus lors d'une consultation ou d'un bilan de santé, le médecin généraliste ou le gynécologue proposent de chercher une anomalie du sein après avoir expliqué les raisons et les résultats éventuels de ce dépistage. Egalement lors d'une visite de contrôle ou une consultation habituelle chez le gynécologue, le médecin peut trouver une anomalie au

niveau des seins. Enfin lors de la surveillance d'un cancer du sein traité, le médecin vérifie qu'un second cancer du sein ne s'est pas développé. Ainsi le dépistage peut être volontaire, ou opportun, recherché par la patiente ou découvert par le médecin.

a) Découverte personnelle

Elle peut se faire soit par autopalpation ou par d'autres signes cliniques. L'autopalpation favorise l'implication des femmes dans la prise en charge de leur maladie. Elle permet parfois de détecter plus tôt certaines lésions. Cet exercice est important pour le dépistage du cancer du sein. Toute femme doit le faire dès la puberté et doit être pratiquée en première partie du cycle. Chez les femmes ménopausées il est conseillé de choisir une date fixe. Le but de l'examen des seins par appui des doigts et de la main a pour but d'en apprécier les dimensions, la consistance, la mobilité, la sensibilité, et de rechercher d'anomalies ou de formations pathologiques [10]. Cependant la femme peut découvrir d'autres signes tardivement. Ces signes peuvent être un écoulement uni pore sérosanglant mamelonnaire, une rétraction du mamelon vers l'intérieur, la douleur ou un lymphœdème. Le diagnostic peut également être recherché par un personnel de la santé : une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue.

b) Examen médical

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. Durant les premiers stades de développement d'un cancer du sein, la symptomatologie est frustrée. À un stade avancé de développement, la symptomatologie est plus prononcée. Dans 90 % des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel) et dans 10 % des cas par un examen clinique faisant suite à des signes d'appels lesquels sont : une grosseur ou une induration au niveau du sein ou de l'aisselle, douloureuse ou non ; une déformation, une ulcération, une inflammation ou une rétraction de la peau au niveau d'un des seins ; un écoulement unipore sérosanguin au niveau du mamelon, un eczéma ou un érythème de l'aréole ou du mamelon [10]. L'examen clinique comprend l'inspection puis la palpation des seins et des aires ganglionnaires. Un cancer sera systématiquement suspecté devant un nodule de consistance dure, régulier, indolore, et semblant comme « fixé » dans le sein. Il sera d'autant plus suspect s'il est irrégulier et éventuellement associé à un écoulement mamelonnaire, une rétraction cutanée, une adénopathie axillaire sus- ou sous-claviculaire.

c) Diagnostic paraclinique

La mammographie est l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure mammaire. Elle est indiquée devant toute anomalie clinique. Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier d'exclure immédiatement les kystes liquides. Plusieurs clichés sont réalisés, avec un éventuel grossissement de la zone suspecte. Si le nodule perçu est solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope. Il s'agit d'un cytodiagnostics. Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne, il est nécessaire d'envisager un prélèvement par cytobiopsie. Quelquefois, devant une petite tumeur solide, l'ablation chirurgicale s'impose, au cours de laquelle un examen histologique (microscopique) sera réalisé pour établir le diagnostic.

-Mammographie

Une mammographie (ou mastographie) est un examen radiologique du ou des seins permettant de détecter ainsi certaines anomalies. Une mammographie est pratiquée dans deux circonstances : dans le cadre d'un dépistage ou d'un diagnostic. Doit être systématiquement fait chez des femmes à partir de 50 ans à 69 ans [9]. Quelles que soient les circonstances, deux clichés par sein sont réalisés, un cliché de face et un en oblique, ce qui permet de comparer les deux côtés de chaque sein. Les images mammographiques sont classées en catégories dites ACR (American College of Radiology) en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique. Les catégories ACR 1 et 2 sont considérées comme des formes normales et bénignes. Les mammographies classées ACR 3 sont celles pour lesquelles « il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée » [10]. Au-delà, il s'agit de formes suspectes nécessitant un bilan diagnostique. Dans ces dernières catégories, on détecte en général des opacités micronodulaires mal circonscrites aux contours flous et, irrégulières.

-Echographie mammaire

C'est un examen d'imagerie des seins qui utilise des ultrasons pour produire des images de l'intérieur du sein. Cet examen, pratiqué par un radiologue, devrait être systématiquement associé à toute mammographie, en particulier en cas de seins très denses. L'échographie permet de visualiser une lésion non visible à la mammographie (car de petite taille) et est très utile pour voir la nature liquide ou solide des nodules palpés ou découverts sur la mammographie.

-Arguments cyto-histologiques

La cytologie et la biopsie mammaire sont réalisées en cas de signes clinique et radiologique. S'effectuent à l'aide d'un repérage échographique en cas d'image infra clinique. La cytologie fait un diagnostic lésionnel (kyste, fibroadénome, ganglion ou cancer). Concernant la biopsie du sein, plusieurs prélèvements doivent être réalisés. Au total, il est possible dans plus de 90% des cas d'aboutir à un diagnostic exact après un bilan bien conduit [9]. Ainsi nous distinguons la micro biopsie permet prélèvement d'un petit échantillon de lésions par multi insertion et la macro biopsie par aspiration sous vide permet un large échantillonnage de la lésion et de son environnement. Solution alternative à la biopsie chirurgicale.

d) Diagnostic différentiel

- **Kyste mammaire** donne une image mammographie à contours réguliers. Mais l'opacité est liquidienne à l'échographie. La ponction trouve le liquide, l'évacue et permet une analyse cytologique qui confirme la bénignité.
- **Adénofibrome** se rencontre chez la femme jeune. L'image est à contours réguliers. Elle est homogène en mammographie et en échographie.
- **Calcifications bénignes** sont typiquement grosses, peu nombreuses, éparses. Elles ne sont pas groupées. Peu nombreuses mais relativement groupées et surtout si elles sont petites (presque des micros calcifications) elles peuvent engendrer le doute. À surveiller en anatomopathologie.

e) Bilan pré thérapeutique

- *Bilan d'extension*

Différents examens visent à déterminer si la maladie est encore localisée ou si elle s'est étendue à d'autres organes (poumon, foie, os...). Il s'agit essentiellement d'examens d'imagerie médicale : scanner thoracique, scintigraphie osseuse, échographie abdominale et pelvienne. Un bilan biologique comportant notamment le dosage de marqueurs tumoraux est aussi souvent prescrit. Le marqueur tumoral recherché et dosé se nomme CA15-3 [8]. On recherche des métastases à distance pour les cancers infiltrant d'1 cm ou plus.

- *Bilan biologique*

On précise également qu'elle est le taux de récepteurs hormonaux aux œstrogènes et à la progestérone. On note le taux de CA15-3, qui peut être élevé en cas de tumeur importante ou déjà métastasée. A la fin du bilan d'extension on peut classer le cas selon la classification TNM (2002).

Tableau 1 : Classification TNM 2002 et stades clinique du cancer du sein [9].

T Is	Tumeur in-situ (non infiltrant)	Stade 0	TisN0
T1	Tumeur de 2 cm ou moins T1 micro : $\leq 0,1$ cm T1a : de 0,5 cm ou moins et plus de 0,1 cm T1b : de 1 cm ou moins et plus de 0,5 cm T1c : de 2 cm ou moins et plus de 1 cm	Stade I	T1N0
T2	Tumeur de moins de 5 cm, >2 cm	Stade IIA	T0N1 ; T1N1 ; T2N0
T3	Tumeur de plus de 5 cm	Stade IIB	T2N1 ; T3 N0
T4	Tumeur avec extension à la paroi thoracique ou à la peau, ou tumeur inflammatoire T4a : extension à la paroi thoracique T4b : œdème (incluant peu d'orange), ulcération de la peau ou nodules cutanés satellites T4c : T4a + T4b T4d : cancer inflammatoire	Stade IIIA	T0N2 ; T1N2 ; T2N2 ; T3N1+N2
N0	Pas d'adénopathie axillaire	Stade IIIB	T4 quel que soit le N
N1	Adénopathie homolatérale axillaire mobile	Stade IIIC	N3 quel que soit le T
N2	N2a : Adénopathie homolatérale axillaire fixée N2b : Adénopathie mammaire interne clinique	Stade IV	Métastases (M1) ; Quels que soient le T et le N
N3	N3a : adénopathie infra claviculaire N3b : adénopathies cliniques axillaire et mammaire interne N3c : adénopathie sus-claviculaire		

T : tumeur **N** : nombre d'adénopathie **M** métastase

Les stades sont des éléments important à déterminer devant le diagnostic car il oriente le choix du patient vers une destination thérapeutique.

- *Eléments pronostiques*

Les principaux critères pronostiques pour les cancers infiltrant présentés en taux de survie à 5 ans sont les suivants.

-Critères cliniques : le stade T1 a un très bon pronostic avec une découverte faite par dépistage. Age inférieur à 35 ans signe un mauvais pronostic. Cependant une bonne réponse à la chimiothérapie première est un bon pronostic

-Critères anatomopathologiques : tous ces différents critères pronostiques sont liés : c'est dans la catégorie des T1 qu'il y a le plus de SBRI, de N0 et de N-. Cependant chacun des critères pronostiques indiqués a une valeur pronostique en soi si tous les autres facteurs pronostiques sont égaux.

Devant le diagnostic la prise en charge doit être entreprise et cela se fait par divers moyens, selon les stades du cancer.

Tableau 2 : Pronostic clinique et anatomopathologique en fonction du stade [9].

T1	85-90 %	N0	80 %
T2	75-80 %	Np (Adénopathie clinique)	65 %
T3	0-70 %	Pev0	75 %
T4	40-60 %	Pev 2 et Pev3	50 % (15 % avant la chimiothérapie)
SBRI	90 %	N-	90 %
SBRII	80 %	N+	60-70 %
SBRIII	70 %		

B. Moyens thérapeutiques

1. Chirurgie

Elle est utile à un stade précoce du cancer elle peut être utilisée en monothérapie ou en associée à des traitements adjuvants [9]. Les types de chirurgies sont multiples et dépendent du stade du cancer. Celles les plus courantes sont les suivantes. La chirurgie radicale est représentée par la mastectomie simple type Patey associée à une exérèse des pectoraux. Ainsi l'intervention prend le nom de Halstedt, autrefois très pratiquée, qu'on ne réalise plus qu'en cas d'envahissement de ces muscles. La chirurgie conservatrice, on enlève en fait la tumeur plus une partie de tissus sains autour car les limites effectives de la tumeur ne coïncident pas avec les limites macroscopiques de la tumeur. En France on considère que cette chirurgie est possible jusqu'à 3 cm. Le curage axillaire est associé à la mastectomie ou à la tumorectomie. Il est inutile en cas d'épithélioma in situ ou en cas de tumeur infiltrante $\leq 0,5$ cm. L'atteinte des relais ganglionnaires peuvent être supérieurs et/ou inférieurs est exceptionnelle. Enfin la chirurgie orthopédique peut être nécessaire en cas de fracture et en cas de menace de fracture, la

neurochirurgie en cas de compression médullaire ou de métastase cérébrale unique. Ces interventions sont pratiquement toujours complétées par une radiothérapie des régions opérées.

2. *Radiothérapie*

La radiothérapie est l'utilisation de rayons X, de rayons gamma, d'électrons et d'autres formes de radiations de haute énergie, pour le traitement de maladies, le plus souvent cancéreuses [11]. Elle est généralement indiquée si les ganglions sont affectés. Pour les cas de radio thérapie externe, on utilise un appareil de traitement placé à courte distance du corps, qui dirige des rayons d'une grande intensité sur la tumeur maligne. La plupart des patients sont traités de cette façon et ne sont pas hospitalisés. Pour les cas de radiothérapie interne (curiethérapie), on introduit une substance radioactive à l'intérieur d'une cavité ou directement dans la tumeur maligne. La radiothérapie détruit les cellules cancéreuses par différents mécanismes. Si le traitement est donné juste au moment de la reproduction d'une cellule (division cellulaire), il empêche cette cellule de se diviser et en cause la destruction. Puisque les cellules cancéreuses se multiplient plus rapidement que les cellules normales, la radiothérapie éliminera plus de cellules tumorales que de cellules normales. Bien que les cellules normales faisant partie du champ d'irradiation subissent aussi des dommages causés par les rayons, en général, les cellules cancéreuses sont plus sensibles aux radiations que les cellules normales. Le traitement est effectué par une équipe composée d'un radiooncologue, un technicien, des infirmières et le radio physicien [12]. Les effets secondaires sont généraux tels que les modifications de la peau la lassitude (se sentir fatigué) ; la perte d'appétit et spécifiques dont la principale réaction est cutanée, comme une rougeur ou une irritation, et ce, surtout au pli sous-mammaire [11]. Il peut également se produire un léger gonflement du sein. Les appareils sont grands, imposants et coûteux.



Figure 2 : Matériel de radiothérapie [11]

Réduit la fréquence des récurrences locorégionales après chirurgie (fréquence divisée par 3 ou 4), permet les traitements conservateurs, a une action modeste sur la survie mais non négligeable

de 5 à 10 % en plus à 5 ans si correctement faite et a un intérêt palliatif pour les métastases osseuses et cérébrales [9]. Les doses d'irradiation dépendent de la taille de la tumeur et les volumes à irradier dépendent de l'infiltration de la tumeur. Lors de l'irradiation, le cœur et les poumons sont irradiés au minimum. Tête humérale et thyroïde sont protégées par des briques. Le médiastin est peu irradié par le faisceau direct mammaire interne. Car les complications sont les suivantes : La plus fréquente est le lymphoedème du membre supérieur, la plexite radique, les complications cardio-respiratoires à long terme, La périarthrite de l'épaule et une radiofibrose séquellaire. Une bonne technique doit permettre de l'éviter.

3. *Chimiothérapie*

La chimiothérapie fait appel à des médicaments qui visent à empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier ou qui détruisent celles déjà présentes dans l'organisme. Elle tente ainsi d'inhiber la croissance de la maladie et d'obtenir une régression de la tumeur cancéreuse qui peut se traduire par une rémission partielle de quelques mois à plusieurs années [13]. Plus du tiers des personnes atteintes de cancer peuvent maintenant bénéficier d'une rémission complète et d'une guérison éventuelle de leur maladie. Des cancers que l'on croyait incurables, tel le cancer du sein, répondent très bien au traitement par chimiothérapie, surtout s'il est administré tôt dans le processus de la maladie [13]. Dans le traitement du cancer, la chimiothérapie peut correspondre à différents objectifs adjuvant, palliatif ou curatif. Les médicaments utilisés en chimiothérapie sont appelés des agents antinéoplasiques. Selon leurs propriétés anticancéreuses, ils se divisent en plusieurs classes, dont les plus importantes sont :

- les alcoylants, qui provoquent une lésion biochimique dans l'ADN (la molécule à la base des gènes) du noyau et altèrent ainsi la cellule cancéreuse ;
- les antibiotiques, qui entravent aussi la multiplication cellulaire ;
- les anti-métabolites, qui trompent la cellule en imitant ses substances indispensables à la division et à la survie des cellules ;
- les antimitotiques, bloquent la division de la cellule-mère en deux cellules-filles [13].

Elle a progressivement pris une place considérable, puisqu'actuellement elle est indiquée chez la majorité des patientes. Ainsi une chimiothérapie adjuvante utilise des produits tels qu'anthracyclines, taxanes, alkylants capecitabine/5fu, eribuline, vinorelbine, platines, gemcitabine, méthotrexate, etoposide. Elle doit bénéficier à toutes les patientes chez lesquelles ne se retrouvent pas associés plusieurs facteurs : Tumeur < 1 cm ou in situ ; SBR 1 ; N- (curage ganglionnaire négatif) ; RH+ (récepteurs hormonaux positifs) ; > 35 ans. Le traitement habituel

classique est le protocole FEC100 (Farmorubicine à 100mg/m) à raison d'une cure toutes les 3 semaines pour un total de 6. Le bénéfice de la chimiothérapie est très significatif [9].

La chimiothérapie a un effet significatif sur la réduction du risque de rechute et de mortalité.

4. Hormonothérapie

Elle s'adresse à toutes patientes avec récepteurs hormonaux positifs (RH+) et consiste en 5 ans de Tamoxifène à la dose de 20 mg par jour. Les comparaisons de durées : 2 ans versus 5 ans ont montré un bénéfice net en faveur de 5 ans. Les effets secondaires sont rares, ne nécessitant d'arrêter le Tamoxifène que dans moins de 3 % des cas [9]. Il s'agit essentiellement de prise de poids (3-4 kg), thrombo-embolies, bouffées de chaleur, hyperplasie de l'endomètre avec petite augmentation du risque de cancer de l'endomètre. A l'inverse, le Tamoxifène exerce un effet bénéfique sur le capital osseux, voire cardiaque (par l'intermédiaire d'une action positive sur le cholestérol).

5. Indications thérapeutiques

i. Indications thérapeutiques des formes non métastasées

- *Pour les tumeurs égales ou inférieures à 3 cm*

Tumorectomie + curage axillaire (mais pas de curage si ou carcinome in situ) puis radiothérapie large : sein, aires ganglionnaires si N+ à l'exception du creux axillaire. La chaîne mammaire interne est irradiée en cas de tumeur située dans les quadrants internes même si le curage axillaire est N-. Puis radiothérapie de surdosage de la zone de tumorectomie.

- *Tumeurs supérieures à 3 cm*

Si poussée évolutive ou tumeur de grande taille (supérieure à 7 cm) = chimiothérapie 1^{ère} plus ou moins hormonothérapie. En l'absence de poussée évolutive et en cas de tumeur égale ou inférieure à 7 cm = chimiothérapie 1^{ère} plus ou moins hormonothérapie ou radiothérapie première plus ou moins hormonothérapie [9].

ii. Indications thérapeutiques des formes métastasées

S'il s'agit d'un cancer d'emblée métastasé le traitement locorégional associé au traitement général est entrepris secondairement et fait appel en général toujours à une radiothérapie exclusive. Le plus souvent les métastases apparaissent secondairement. La radiothérapie est indiquée en cas de métastases osseuses dans un but antalgique ou plastique [9].

6. *Traitements alternatifs*

Les traitements non conventionnels, appelés aussi dans le monde anglo-saxon médecines complémentaires et alternatives n'ont pas de définition consensuelle. L'adjectif « alternative » réfère, en lieu et place des traitements conventionnels et complémentaires, à des traitements simultanés aux traitements conventionnels. Plus récemment, on a introduit le concept de médecine intégrative qui vise à intégrer les approches complémentaires dans la médecine conventionnelle.

– *Acupuncture*

Le médecin pose avant tout un diagnostic médical moderne et voit si l'acupuncture peut être un traitement complémentaire de sa thérapeutique [14]. Il doit en plus réévaluer la situation à chaque séance. Si aucun résultat n'est obtenu après 3 séances il est inutile de poursuivre le traitement. Une séance dure de 20 à 30 minutes. Les aiguilles utilisées doivent être stériles et à usage unique. L'acupuncture n'est pas douloureuse mais le patient ressent une sensation particulière lorsque l'aiguille est insérée. Il y a lieu d'être prudent si le patient est sous anticoagulants. Les indications sont nombreuses : effet anti nauséeux, effet relaxant, effet tonifiant (effet toutefois moins évident que le précédent), effet antidouleur effet antispasmodique, effet antiprurigineux, action sur les migraines et les céphalées de tension.

– *Compléments alimentaires*

Comptent parmi les médecines non-conventionnelles les plus utilisées (jusqu'à 80% des patients atteints de cancer) [14]. Ils peuvent être nécessaires au cours des traitements du cancer en cas de carence : régime déséquilibré, apports insuffisants, état de malnutrition lié au cancer en lui-même, certaines chimiothérapies nécessitant des complémentations en acide folique, vitamine B12, vitamine D, magnésium, calcium, etc. Les bénéfices de la prise de ces compléments recherchés par les patients souffrant de cancer sont de plusieurs ordres: action directe anti-cancéreuse (seuls ou en combinaison avec les médicaments conventionnels), diminution des effets secondaires des traitements, amélioration de la qualité de vie (gestion de la fatigue et de l'anxiété), volonté pour les patients de reprendre le contrôle de la situation médicale et de contribuer à leur propre guérison.

– *Phytothérapie*

Comme pour les autres médecines complémentaires, la phytothérapie, la médecine par les plantes, ne vient pas se substituer aux traitements conventionnels. A tous les stades du traitement du cancer, la phytothérapie peut trouver sa place au moment de l'annonce comme anxiolytique [14]. Au moment de la chirurgie comme calmant, anti nauséux et détoxifiant. On peut citer 4 domaines où la phytothérapie peut accompagner la chimiothérapie dans la protection du foie protection des muqueuses buccale et gastro-intestinale, soutien de l'immunité, potentialisation possible de la chimiothérapie. Pendant la radiothérapie éviter les antioxydants. A la fin du traitement conventionnel utiliser des détoxifiant, des immunostimulants.

La problématique du cancer du sein en Afrique est l'arrivée tardive des malades à l'hôpital. Plus de 80% de ces cancers arrivent aux stades 3 ou 4 (métastatique) [5]. La prise en charge du cancer du sein est limitée par plusieurs raisons. La capacité financière des malades est très réduite. En effet, le paiement des soins est supporté par le malade et aidé par sa famille. L'absence de l'assurance maladie dans la plupart des pays africains subsahariens. Certaines croyances concernant la représentation et la cause de la maladie en Afrique, qui poussent les malades à croire que leur cancer est induit par des pratiques mystiques. Le nombre limité des centres de prise en charge et l'éloignement de ceux-ci, ne permet pas une prise en charge optimale. La crainte de la mastectomie [5]. Ainsi beaucoup d'entre elles se tournent vers d'autres traitements. Déterminer les différents itinéraires poursuivis par les malades chroniques en général et les femmes atteintes du cancer du sein au Cameroun.

II.2 ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

La nécessité de recourir à un moyen thérapeutique et l'adéquation des services disponibles vont être évaluées essentiellement à partir d'un système d'associations a priori entre le besoin de santé d'une part, des actions thérapeutiques et des dispensateurs de services d'autre part. Si la maladie est considérée comme inguérissable ou si le patient s'attend à ce qu'elle guérisse spontanément, il ne va pas y avoir émergence d'un besoin de services. Si en revanche, les patients estiment nécessaire de faire quelque chose, ils vont par exemple, envisager de recourir à l'automédication et/ou à tels ou tels dispensateurs de services, en fonction des caractéristiques de leur besoin de santé.

Parmi l'ensemble des alternatives existantes, seules quelques-unes vont donc apparaître à priori pertinentes. Les associations a priori ne sont ni définitives ni systématiquement partagées par tous les individus, car si elles dépendent des modes d'interprétation des maladies et des modèles

étiologiques ancrés dans la communauté, elles sont également influencées par les caractéristiques personnelles des patients (éducation, âge, sexe, réceptivité à l'invocation, espace de référence, etc.) et par leurs expériences concernant les maladies, les traitements et les services disponibles [15]. Enfin, l'offre de services (sa densité, ses systèmes de référence, les modes de pratique, etc.) et le degré d'implantation des différents dispensateurs dans la communauté vont affecter la composition du panier de ressources présélectionné.

De nombreuses pratiques médicales existent et sont utilisées par les populations des pays en voie de développement en général et au Cameroun en particulier. Malades, les individus peuvent recourir aux services d'un centre de santé moderne ; ils peuvent solliciter les services d'un tradipraticiens ; certains peuvent se procurer les produits pharmaceutiques très souvent au marché et les utiliser sans aucune prescription ; d'autres peuvent aussi faire recours à des pratiques religieuses ou ne rien faire face à la maladie. Et les recours peuvent être imbriqués. Dans cette gamme de pratiques, nous nous intéressons à l'automédication, à la médecine traditionnelle et au recours aux structures de soins modernes.

1- Automédication

Étymologiquement, l'« automédication » exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même. « C'est l'utilisation, sans avis médical direct, d'un médicament adapté au traitement d'un trouble bénin ». Pour l'OMS, « elle consiste pour une personne à choisir et à utiliser un médicament pour une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié » [16]. Depuis la nuit des temps elle est pratiquée. En Afrique notamment, l'automédication réalisée avec des médicaments pharmaceutiques industriels s'associe à celle qui emploie des feuilles, racines et écorces végétales ainsi que certaines denrées alimentaires, pour constituer le premier mode de recours aux soins que pratiquent les individus face à un épisode morbide. En 2016, en dépit de la volonté de reformer le système sanitaire au Cameroun, tel que prescrite par l'Initiative de Bamako d'août 1987, la consultation dans une formation sanitaire est très faible en première intention, soit 24 %. Par contre, plus de la moitié de la population environ 52% recourt à l'automédication lors d'un épisode morbide [16]. Ainsi les motifs sont divers. Sur le plan socioéconomique, théoriquement il est justifié que le coût du traitement a une influence sur la décision de se soigner et sur le choix du producteur de soins [15]. Cependant les raisons réelles de recours à l'automédication au Cameroun ne semblent pas seulement relatives au coût de traitement dans les structures de soins, mais il y a aussi la proximité du Nigeria qui inonde le marché camerounais de médicaments frauduleux très souvent moins chers et reconnus efficaces par les populations mais également la proximité et l'usage courant des plantes

naturelles. Sur le plan sociodémographique, les travaux empiriques ont montré que les variables telles que l'âge, le sexe, la situation familiale et le niveau d'instruction ont un impact sur les choix thérapeutiques en général. La situation familiale peut être appréhendée par deux variables : le nombre d'enfants du malade s'il est adulte et la taille de la famille. L'éducation peut influencer directement la nature de la demande de soins de plusieurs manières. En favorisant l'accès à la connaissance, elle peut amener les personnes d'un niveau scolaire élevé à utiliser elles-mêmes les médicaments sans prescription ; en agissant sur la productivité et le revenu, elle peut exercer un effet négatif sur l'automédication dans un contexte où les contraintes financières jouent en défaveur de l'automédication [15].

2- Ethnomédecine

C'est une branche de l'anthropologie qui étudie les croyances et rituels relatifs à la santé et de la description de la variation biologique chez l'homme. Les facteurs de préférence tels que la confiance, la croyance et les habitudes, et de lacunes perçues dans les structures officielles de soins, semblent déterminants dans les choix thérapeutiques des patients. L'importance des critères de préférence réside dans la dimension symbolique de nombreuses pratiques médicales traditionnelles et que les structures modernes n'intègrent pas [15]. Quant aux critères relatifs aux lacunes perçues dans les structures officielles, ils portent à croire que l'accueil et la prise en charge des malades dans les structures officielles publiques les incitent à aller vers d'autres prestataires pouvant leur prodiguer des soins plus adaptés. Les recours à l'ethnomédecine sont multiples au Cameroun : la médecine traditionnelle, le fétichisme, les traitements spirituel. Dans le cadre du cancer du sein, des patientes rencontrent des charlatans qui leur promettent guérison à leur maladie [5]. Leur prescription basée sur des écorces, des potions, des prières et le jeun.

3- Biomédecine

Outre l'automédication et l'ethnomédecine, les structures de soins modernes peuvent être utilisées par les populations ; elles regroupent les centres de santé publics ou privés où la pratique médicale est la médecine moderne depuis le diagnostic jusqu'aux traitements ; y font partie les hôpitaux, les cabinets médicaux, les cliniques et toutes les structures sanitaires décentralisées offrant des services variés aux populations des villes et campagnes. Sur le plan socioéconomique les études empiriques de la demande médicale ont confirmé le rôle du prix dans les choix opérés entre soins médicaux de toutes sortes, l'assurance maladie ayant pour effet de modifier le prix net des soins pour le consommateur qu'est le patient [15]. Plus le revenu

mensuel des individus est bas, moins les services de soins curatifs sont utilisés par ces individus. Les facteurs liés au choix d'un hôpital sont de manière décroissante : proximité, qualité des services, présence d'un parent habitant la ville de l'hôpital, raison financière, facilité de transport, religion, et relations avec le personnel de l'hôpital. L'offre des soins de santé moderne peut être caractérisée par la disponibilité du personnel, des services et des médicaments, et l'accessibilité géographique.

Ainsi nous avons terminé avec la présentation de la pathologie et les différents recours au soin. Il est important de présenter des revues et articles scientifiques se rapportant à la problématique.

4- Itinéraire idéal

II.3 ETAT DE LA QUESTION

DANS LE MONDE

En France également [17], les dossiers de trente patientes âgées de 30 ans ou moins, chez qui un diagnostic de cancer invasif du sein a été porté entre 1986 et 2001, ont fait l'objet d'une étude rétrospective dans le service de radiothérapie du centre Alexis-Vautrin. Six patientes (20 %) avaient un antécédent familial de cancer mammaire. Dans 90 % des cas, le signe révélateur était un nodule cliniquement palpable, de taille moyenne de 3,5 cm. Il s'agissait de 11 cancers de stade I, 11 de stade II, de 6 de stade III et de deux de stade IV. Cinq cancers ont été découverts au décours d'une grossesse (taille clinique moyenne = 5,8 cm). Une chimiothérapie néo adjuvante a été prescrite chez 11 patientes. Vingt-trois fois sur 28 (82 %), le sein a pu être conservé. Il s'agissait d'un carcinome canalaire infiltrant de grade III dans 13/27 cas et une fois sur deux, il s'accompagnait d'une atteinte ganglionnaire axillaire. Les récepteurs ostrogéniques étaient absents dans 11/26 cas. Après un suivi post-thérapeutique médian de 5 ans, on a constaté six récurrences locales (20 %), quatre cancers du sein controlatéral et trois cancers secondaires. Dix patientes (38 %) sont décédées dans un tableau d'évolution métastatique ultérieure. Le taux de survie globale à 5 ans était de 78 %. En Conclusion, ces résultats rejoignent les données de la littérature qui soulignent le pronostic défavorable du cancer du sein chez les femmes très jeune et incitent à adapter en fonction de l'ensemble des facteurs pronostiques les indications des thérapeutiques locales et des traitements adjuvants systémiques et hormonaux.

À Nancy, France, une étude rétrospective chez 27 patientes souffrant du cancer du sein, faite de 1986 et 2001, révèle que six patientes (20 %) avaient un antécédent familial de cancer mammaire [18]. Dans 90 % des cas, le signe révélateur était un nodule cliniquement palpable, de taille moyenne de 3,5 cm. Il s'agissait de 11 cancers de stade I, 11 de stade II, de 6 de stade

III et de deux de stade IV. Cinq cancers ont été découverts au décours d'une grossesse (taille clinique moyenne = 5,8 cm).

EN AFRIQUE

Une étude au Mali sur l'itinéraire thérapeutique des femmes atteintes du cancer du sein en 2002 dans le but de vérifier l'hypothèse d'un itinéraire médical des malades reçus en service spécialisé [19]. Pour 44 malades dont 43 femmes et 1 homme, âgés de 25 à 80 ans (âge moyen 46,0 +/- 19,6 ans), usagers du service d'hématologie/oncologie de l'hôpital du point G de Bamako, Mali, ont fait l'objet d'entretiens sur leurs motivations et itinéraires thérapeutiques. Parmi eux, 22,7% avaient initialement consulté un guérisseur, 77,3% un agent de santé. La demande de soin était influencée par la représentation de la maladie et l'entourage du malade. L'itinéraire thérapeutique « médecine savante puis médecine conventionnelle » était la fréquemment observée avec un délai long entre la première consultation et la consultation spécialisée. Très peu de malades ont reçu des informations sur leur maladie avant leur consultation spécialisée. La conclusion est que l'itinéraire thérapeutique de nos malades est particulier, que cet itinéraire est sous-tendu par une représentation particulière de la maladie cancéreuse et par des difficultés au niveau de la relation soignant-soigné qui renvoi à la qualité de la communication et des prestations des soins dispensés.

En 2013 au Maroc, une étude sur les déterminants des délais patients et système de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein révèle que 54 % des femmes ont été diagnostiquées à un stade précoce du cancer du sein et 46 % à un stade avancé. Le délai total médian était de 120 jours [20]. Le délai patient (médiane de 65 jours), était supérieur au délai système de santé (médiane de 50 jours). Un risque élevé pour un long délai total (supérieur à quatre mois) était observé pour les femmes âgées de plus de 65 ans ; résidant en milieu rural ; ayant un niveau socioéconomique bas ; n'ayant pas de connaissance sur l'autopalpation ; et ayant consulté plus de deux fois avant le diagnostic. Un délai total supérieur à quatre mois augmentait significativement le risque d'être diagnostiquée à un stade avancé.

Au Maroc de plus, une étude rétrospective a été menée de janvier 2012 à janvier 2013 portant sur 130 patientes porteuses d'un cancer du sein au sein du service d'onco-radiothérapie CHU Mohammed VI Marrakech [21]. Un questionnaire a été élaboré et dûment renseigné en ayant recours aux dossiers des malades. Ainsi 63,07% des patientes consultaient au-delà de six mois avec un délai moyen de consultation de 8,47 mois avec comme motif de consultation des lésions classées T4 dans 27,69%, et des tumeurs d'emblée métastatiques dans 13,84%. Les facteurs retrouvés à l'interrogatoire étaient le manque de moyens financiers 40%, l'éloignement des

structures sanitaires dans 23%, les habitudes socioculturelles avec les traitements traditionnels en première intention 20%, et l'insuffisance de prise en charge thérapeutique 7%. Cependant, pris individuellement, aucune concordance significative n'était retrouvée entre ces facteurs et le long délai diagnostique. Dans notre pratique, c'est la conjonction de la triade ignorance, indigence et habitudes socioculturelles qui constituent le facteur essentiel du diagnostic tardif des cancers du sein.

En Algérie, il a été étudié et analysé les dossiers de 389 patientes présentant un cancer du sein localement classé initialement T3, T4, N2 et N3 ou métastatique au moment du diagnostic, à fin d'identifier les raisons du retard diagnostique de ce cancer [22]. Le délai moyen de consultation était de 09,7 mois avec une taille tumorale moyenne de 5,3cm avec 11,2% de N2. Dans 89,1% des cas le retard diagnostique est dû à un retard de consultation et dans 10,9% des cas aux fautes commises par les médecins qui ont pris initialement en charge les patientes. L'éloignement des centres sanitaires de soins de base 13,7%, la négligence des patientes rattachant le symptôme à une pathologie bénigne 24,8%, le niveau Socioéconomique bas et le déni, le tabou ainsi que le recours à la médecine parallèle sont retrouvés avec des taux considérables (29,3%).

Cotonou au Bénin une étude faite à sur l'itinéraire thérapeutique et le retard à la consultation faite en 2015 chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avec 63 patientes enregistrées [23]. Leur âge moyen était de de 49,5 +/- 9,5 ans. Dans leur itinéraire elles avaient recours en première intention à la tradithérapie dans 54% des cas ; 46% d'entre elles estimaient que le coût du traitement était plus abordable dans ce type de soin. Après un délai moyen de 4,7 +/- 3,1 mois depuis la constatation du premier signe, la décision de recourir à la médecine conventionnelle résidait soit de l'insatisfaction à l'issue de la thérapie traditionnelle ou religieuse (49,2%), soit de la recommandation d'une tierce personne (9,5%). Le caractère banal attribué à l'affection (95,2%), l'absence de douleur (55,6%) et l'absence d'autopalpation des seins (92,1%) étaient les principales causes du retard à la consultation en structure spécialisé. En conclusion, les patientes avaient un manque d'information, d'éducation et de connaissances sur leur maladie.

Une étude en 2000 au Sénégal sur le cancer du sein a été faite. En effet, dans cette population : l'âge de survenue du cancer est plus jeune variant entre 35 et 45 ans ; l'âge moyen des ménarches est plus tardif estimé à 15 ans ; l'âge au premier enfant est fréquemment inférieur à 30 ans ; l'allaitement maternel est largement pratiqué entre 69,9% et 90% ; l'utilisation de la contraception hormonale est faible, 22% au Sénégal ; peu de femmes ménopausées (3,3%) ont recours au traitement hormonal substitutif [24]. L'auto-examen des seins est faiblement pratiqué au Sénégal ; 29% selon une enquête hospitalière du fait d'un faible niveau de

connaissance sur l'autopalpation, mais surtout d'une rare implication (21,4%) du personnel de santé dans la sensibilisation des populations.

En 2009, à Dakar au Mali, une étude descriptive des aspects épidémiocliniques, évolutifs et des antécédents pathologiques récents ; et une enquête socio-anthropologique pour comprendre et décrire la logique des processus décisionnels dans la quête thérapeutique des patients infectés par le VIH [25]. Cent patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 39,5 +/- 11,1 ans et un sex-ratio de 1,08. La diarrhée chronique (64 %) et/ou la toux chronique (66 %) ont été les principales circonstances de découverte. Le retard diagnostique était de 5 +/- 4,27 mois en moyenne. Les principaux diagnostics retenus étaient la tuberculose (44 cas) et les entérocolites infectieuses (23 cas). La majorité des patients (97 %) étaient au stade de sida et 30 % sont décédés en cours d'hospitalisation. Dans les antécédents, 68 % des patients avaient consulté au moins trois fois, le plus souvent un « tradipraticien » la première fois et 43 % des patients avaient été hospitalisés au moins une fois. L'enquête qualitative a révélé que la « représentation » et le « sentiment de gravité » de la maladie sont les principaux éléments qui ont motivé la consultation du « tradipraticien » et du médecin, respectivement.

Au Burkina Faso, en 2003 [26]. En Afrique noire, du fait des croyances diverses entourant l'épilepsie, la prise en charge de cette affection est complexe. Dans cette étude, les auteurs rapportent l'itinéraire thérapeutique de 145 patients épileptiques adultes (97 hommes et 48 femmes soit un sex-ratio de 2,02) suivis en consultation externe de neurologie. L'âge moyen était de 34,5 ans avec des extrêmes compris entre 18 et 65 ans. Les guérisseurs traditionnels et les structures de soins modernes ont constitué le premier recours respectivement pour 75 et 43 patients. Cinq patients ont affirmé avoir consulté un marabout en première intention. La plupart des patients (69,5 %) reconnaissent avoir utilisé la médecine traditionnelle parallèlement à la médecine moderne. Les raisons de la fréquentation des tradipraticiens étaient : l'ignorance de la possibilité de prise en charge de la maladie par la médecine moderne (46,6 % des cas), le mode de paiement des frais chez le tradipraticien (21,2 % des cas), l'accessibilité géographique et/ou financière (10,1 % des cas), la confiance dans les guérisseurs traditionnels (11,8 % des cas). Les agents de santé ont orienté des patients vers les tradipraticiens dans 10,1 % des cas. L'itinéraire thérapeutique des épileptiques est conditionné non seulement par l'inaccessibilité de la médecine moderne mais aussi par des considérations relatives au déterminisme de l'épilepsie tant au sein des épileptiques que chez certains agents de santé.

AU CAMEROUN

Des études ont été faites sur les profils de cancers du sein dans le pays. Les résultats révèlent les prévalences, les informations socioculturelles, les types histologiques et le retard à la consultation.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les tumeurs malignes du sein, colligées, dans les registres des différents laboratoires d'Anatomie Pathologique publiques et privés répartis dans cinq régions (centre, littoral, Ouest, Nord-ouest, Sud-ouest), pendant une période de 10 ans (2004-2013) [4]. Les paramètres étudiés étaient la fréquence, l'âge, le sexe, la localisation, le type et le grade histologique, et les récepteurs hormonaux. Un total de 3044 cas de cancers du sein a été recensé, soit une fréquence annuelle de 304,4 cas en moyenne. Le sexe féminin était le plus représenté avec 2971 cas (97,60%) et les hommes avec 73 cas (2,40%), soit un sexe ratio (H/F) de 0,02. L'âge moyen des patients était de 46 +/- 15,87 ans, avec des extrêmes de 13 et 95 ans. Selon la localisation, le sein gauche était atteint dans 1244 cas (52%) et le sein droit dans 1115 cas (47%). Au plan histologique, on retrouvait essentiellement des carcinomes avec 96,50% des cas, des sarcomes 1,39%, des lymphomes 1,07% et la maladie de Paget du mamelon, 1,03%. Les tumeurs épithéliales étaient infiltrantes dans 2049 cas (84,46%), avec une prédominance du carcinome canalaire infiltrant (1870 cas) et non infiltrantes dans 377 cas (15,54%). Le grade histo-pronostic de SBR avait révélé une prédominance du grade II dans 66% des cas. Les cancers du sein restent une pathologie fréquente au Cameroun et atteignent principalement la population féminine en âge de procréer. Ils sont caractérisés par la prédominance du carcinome canalaire infiltrant.

À l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé qui est un centre de référence pour la prise en charge des cancers gynécologiques une étude avait pour but de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du sein [27]. C'était une étude descriptive rétrospective sur une période de 4 ans allant du 1^{er} Juin 2003 au 31 Mai 2007. Les résultats étaient les suivants. Soixante-cinq malades ont été colligées pendant la période de l'étude. L'âge et la parité moyenne étaient respectivement de 42,9 +/-13,6 ans et 3,9 +/- 2,1. L'âge moyen de survenue des ménarches était de 14,0 ± 1,5 an. La plupart des patientes avait moins de 50 ans (72,3%) et avait accouché au moins une fois (89,2%). La période non ménopausique (75,4%) et l'allaitement au sein (76,9%) étaient fréquemment retrouvés. Le délai moyen de consultation était de 9,2 ± 3,4 mois, avec 78,5% des cas arrivant à un stade clinique local avancé. Le carcinome canalaire représentait 75,4% des types histologiques, les grades histologiques SBR

2 et 3 étant les plus fréquents (89,2%). La chimiothérapie (69,2% des cas) et la chirurgie (67,7% des cas) souvent radicale (trois fois sur quatre) étaient les principales modalités thérapeutiques utilisées. En conclusion, à Yaoundé, le cancer du sein est souvent un carcinome canalaire de haut grade histologique, intéressant la quarantenaire non ménopausée, ayant accouché et allaité au sein, et consultant à un stade local avancé. Il est souvent pris en charge par chimiothérapie et par chirurgie.

Au vue de des éléments, le cancer du sein est un problème de santé publique. Même les pays en voie de développement sont alertés. Cependant le retard à la consultation est criable et constitue un mauvais pronostic pour les malades. L'une des explications est le manque d'information du patient sur sa maladie dès la première consultation et l'autre est que les itinéraires thérapeutiques sont multiples. L'objet de notre étude est de décrire les recours au soin de patientes atteintes du cancer du sein à l'HCY.

Chapitre III :
METHODOLOGIE

III.1- TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive quantitative et qualitative.

III.2- LIEU DE L'ETUDE

Hôpital Central de Yaoundé

Précisément dans à la maternité principale, en consultation. Il a été choisi car c'est un hôpital de référence avec une très grande affluence.

Hôpital Général de Yaoundé

Précisément au service d'oncologie lors des consultations et des séances de chimiothérapie. Il a été choisi car il est le principal centre de référence d'oncologie à Yaoundé et la prévalence du cancer du sein est d'un tiers sur tous les cancers.

Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Précisément au service de consultation gynécologique. Car il est un hôpital de référence et il possède une spécialité de prise en charge des pathologies liées au sein.

III.3- POPULATION D'ETUDE

- **Population cible :** femmes ayant un cancer de sein.
- **Population source :** femmes ayant un cancer du sein à l'HCY, HGY et HGOPY.
- **Critères d'inclusion :**
 - Toute femme suivie pour un cancer du sein.
 - Toute femme suivie pour un cancer ayant donné son consentement.
 - Toute femme suivie pour un cancer s'exprimant en anglais ou en français.
- **Critères d'exclusion :**
 - Femme suivie pour un cancer ayant un état général altéré.
 - Femmes suivie pour un cancer n'ayant pas une santé mentale.
- **Echantillon :**

La taille de notre échantillon a 0

Formule de Schwartz : $n = \frac{t^2 \cdot p \cdot (1-p)}{m^2}$.

III 4- PROCEDURE

Après la validation du protocole par les directeurs de thèse, la suite a été l'obtention de l'autorisation du comité d'Ethique et de recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ; ensuite celle du directeur général de l'HCY, HGOPY et de l'HGY. Ensuite il a été effectué un prétest des outils des collectes sur les

patientes à l'HGY. Le recrutement s'est fait sur une durée de 4 mois et demi soit du 27 décembre 2018 au 8 mai 2019. Après un consentement éclairé, le questionnaire a été auto administré aux patientes. Un guide d'entretien a également été administré aux participants. Les données quantitatives ont été analysées sur le logiciel SPSS et celle qualitatives ont été transcrites.

III. 5- COLLECTE DES DONNEES

Tous les sujets remplissant les critères d'inclusion ont été verbalement invités à prendre part à notre étude. Pour tous les sujets désireux d'y participer, une fiche d'information précisant le but, la procédure, les bénéfices, les contraintes et risques de la participation à l'étude a été expliquée. Un questionnaire auto administré de 35 questions ont été posé pour une durée de 5 à 10 minutes. Il comportait 6 parties à savoir :

- Données sociodémographique (neuf questions).
- Information clinique (sept questions).
- Premier recours : circonstance de découverte, délai de constatation, type de recours et motif de recours, motif d'abandon, utilisation de médecine complémentaire, représentation de la maladie (sept questions).
- Second recours : type de recours, délai de séjour, motif de recours, délai de constatation, motif d'abandon, utilisation de médecine complémentaire (quatre questions).
- Biomédecine : motif de recours, délai de prise en charge, médecine complémentaire, médecine alternative (cinq questions).
- Les recommandations au gouvernement camerounais, aux personnels soignants et à la communauté (trois question).

Un entretien individuel a également été effectué à partir d'un guide de huit questions ouvertes, enregistré puis transcrit.

III.6- ANALYSE DES DONNEES

L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel IBM-SPSS version 20 pour Windows. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de fréquence. Les variables quantitatives ont été présentées par leur moyenne avec leur écart-type car la distribution était considérée comme normale. Les données qualitatives collectées sur bandes magnétiques ont été systématiquement transcrites en verbatim. Toute l'information a été conservée en corpus textuel en forme écrite. L'analyse du contenu a été faite sur la base de la matrice de dimensions, et les données verbales d'observation directe qui ont été restituées par verbatim.

Chapitre IV
RESULTATS

IV.1. POPULATION D'ETUDE

L'étude a été réalisée dans trois hôpitaux notamment dans la maternité principale de l'HCY, au service de gynécologie de HGOPY et le service d'oncologie de l'HGY. Cependant l'HCY a été exclu car les entretiens n'ont pas été réalisés à ce niveau.

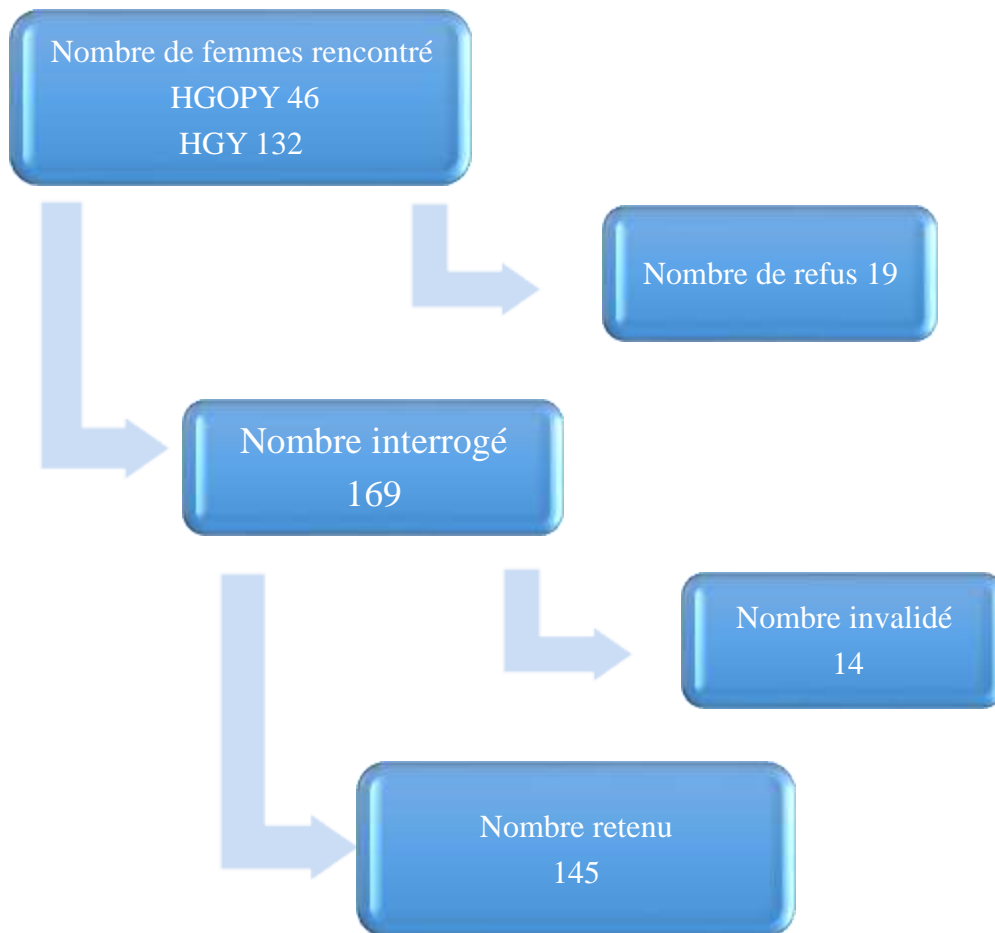


Figure 3 : Processus de recrutement

IV.2. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Durant notre période d'étude qui allait du 1^{er} mai 2018 au 1^{er} mai 2019, la prévalence était respectivement de 1,12% à HGOPY en consultation gynécologique et 23,01% à HGY en consultation d'oncologie. L'âge moyen était de $42 \pm 12,09$ ans. La plus jeune avait 25 ans et la plus âgée 79 ans.

Tableau 3 : répartitions en fonction du profil sociodémographique

Variable		% (n)
Age	25-34 ans	16,6 (24)
	35-44 ans	26,2 (38)
	≥45ans	57,2 (83)
Statut matrimonial	Célibataire	21,4 (31)
	Mariée	54,5(79)
	Veuve/divorcée	19,3(28)
	Union libre	4,8(7)
Profession	Enseignante	15,9 (23)
	Elève/étudiante	20 (29)
	Professionnel de santé	5,5 (8)
	Sans emploi	17,9 (26)
Aire culturelle	Côte	6,9 (10)
	Forêt	39,3 (57)
	Grassfields	44,8 (65)
	Sahel	5,5 (8)
	Savane	3,4 (5)
Religion	Animisme	0,7 (1)
	Christianisme	84,8 (123)
	Islam	6,9 (10)
	Pentecôtisme	7,6 (11)
Niveau d'étude	Aucun	6,9 (10)
	Primaire	20,7 (30)
	Premier cycle	25,5 (37)
	Second cycle	15,2 (22)
	Supérieur	31,7 (46)
Dépense mensuelle ordinaire	<100.000F	33,8 (49)
	100.000 à 299.999F	53,7 (77)
	300.000 à 499.999F	11,7 (17)
	>500.000F	11,4 (2)

Les mariées représentent plus de la moitié des patientes soit 57,2% (83). Concernant la profession, elle est majorée par l'auto-emploi et quelques salariées incluant des commerçantes, des couturières des secrétaires cependant 20% était des étudiantes. L'aire culturelle la plus représentée est les Grassfields soit 44,8% suivi des peuples de la Forêt soit 39,3% cependant

d'autres nationalités était représentées. Elles sont en grande partie de religion chrétienne soit 84,8%. La majorité, qui constitue le tiers des femmes rencontrées, a fait des études supérieures soit 31,7%. La tranche de dépense mensuelle ordinaire la plus représentée soit 53,7% était de 100.000F à 299.999F. Presque toutes ces femmes ne sont pas assurées soit 96,6%. La majorité des femmes sont à une distance de plus de 15km soit 36,6%, et parmi ces femmes, certaines proviennent de d'autres pays tels que le Gabon, le Tchad, la Centrafrique.

IV.3. PROFIL CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE

Toutes les tumeurs étaient infiltrantes. Une seule femme était éligible à la chirurgie conservatrice. Très peu avait un antécédents familial de cancer de sein soit 15,2% (22) de même qu'un antécédents familial de cancer 23,3% (32).

Tableau 5 : répartitions en fonction du profil clinico-pathologique

Variables		% (n)
Parité	Nullipare	9,7 (14)
	Primipare	13,1 (19)
	Paucipare	22,1 (32)
	Multipare	20,7 (30)
	Grande multipare	34,5 (50)
Stade clinique actuel du cancer	Stade II	12,4 (18)
	Stade III	46,9 (68)
	Stade IV	20,7 (30)
	Mastectomie	20 (29)
Traitement actuel	Mastectomie totale	2,8 (4)
	Chimiothérapie néo-adjuvante	44,8 (65)
	Chimiothérapie adjuvante	46,9 (68)
	surveillance	4,8 (7)

Plus d'un tiers des femmes sont de grande multipare. Près de la moitié des patientes présente un cancer au stade III en clinique. Le type histologique le plus rencontré est un carcinome du sein soit 99,5%. Près de la majorité des femmes rencontrées étaient à la phase de chimiothérapie adjuvante.

IV.4. RÉPARTITION DES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU CANCER ET DELAI DE CONSULTATION

1- Circonstance de découverte

Certaines décrivaient un abcès et d'autres qu'elles avaient eu un songe concernant son sein et le lendemain elles découvraient la maladie. D'autres étaient en pleine grossesse lorsqu'elles découvrent une anomalie. . Ainsi la plus part ont découvert leur maladie de manière fortuite et très peu lors d'un auto-examen du sein. La grande majorité soit 67,6% découvrait le maladie par un nodule du sein auto palpé.

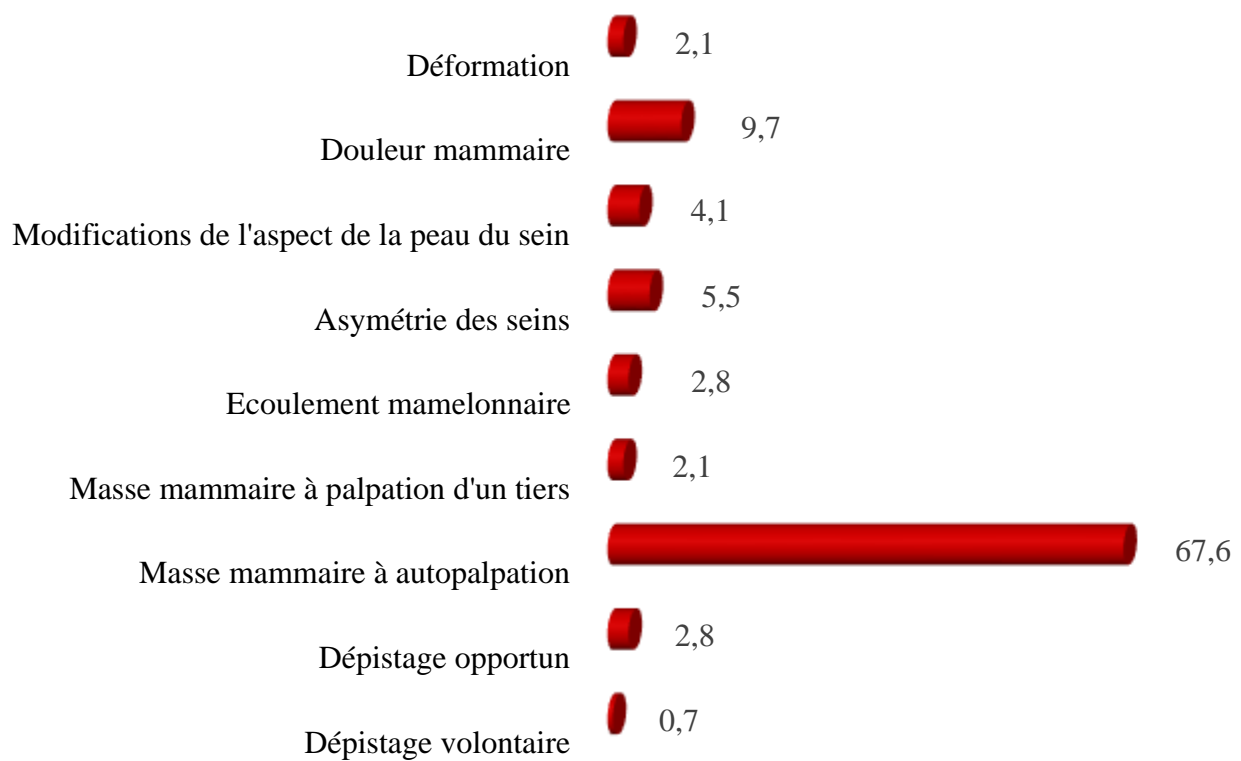


Figure 4 : Répartition des circonstances de découverte du cancer du sein en %

2- Délai de consultation

Concernant la durée entre début des symptômes et la consultation chez un spécialiste le délai moyen était de 8,54 +/- 17,9 mois. Le plus court délai a été d'un jour et le plus long de 10 ans. Pendant ce temps plusieurs recours pouvaient être entrepris pour s'achever en milieu hospitalier. Le délai moyen du premier recours était de 14 +/- 19 mois et celui du second recours était de 11 +/- 13 mois.

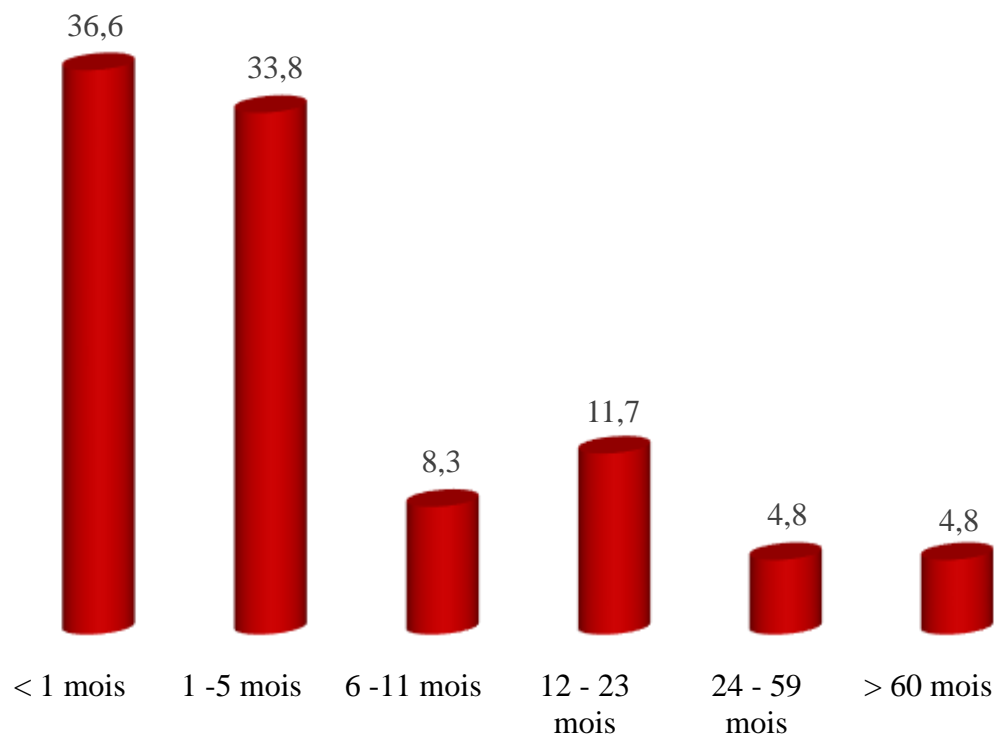


Figure 5 : Répartition en fonction du délai de recours au spécialiste en %

En résumé les femmes découvraient la maladie par un nodule dans le sein à 67,6% et le délai de recours moyen à la consultation du spécialiste était de 8,54 +/- 17 mois.

IV.5. RECOURS THÉRAPEUTIQUES

1) Différents recours

Toutes ont eu un premier recours. Ainsi la majorité des femmes se sont rendues à l'hôpital soit 64%. Par contre plus d'un quart d'entre elles s'est abstenue d'un traitement soit 26%. Toutes les patientes n'ont pas eu un deuxième recours, il s'agissait uniquement de 75 femmes. En deuxième recours, le plus grand nombre de femmes a eu recours à la biomédecine soit 56%. Près d'un cinquième s'est abstenu et l'autre un cinquième a eu recours à la tradithérapie. Le troisième recours était hospitalier pour 27 patientes.

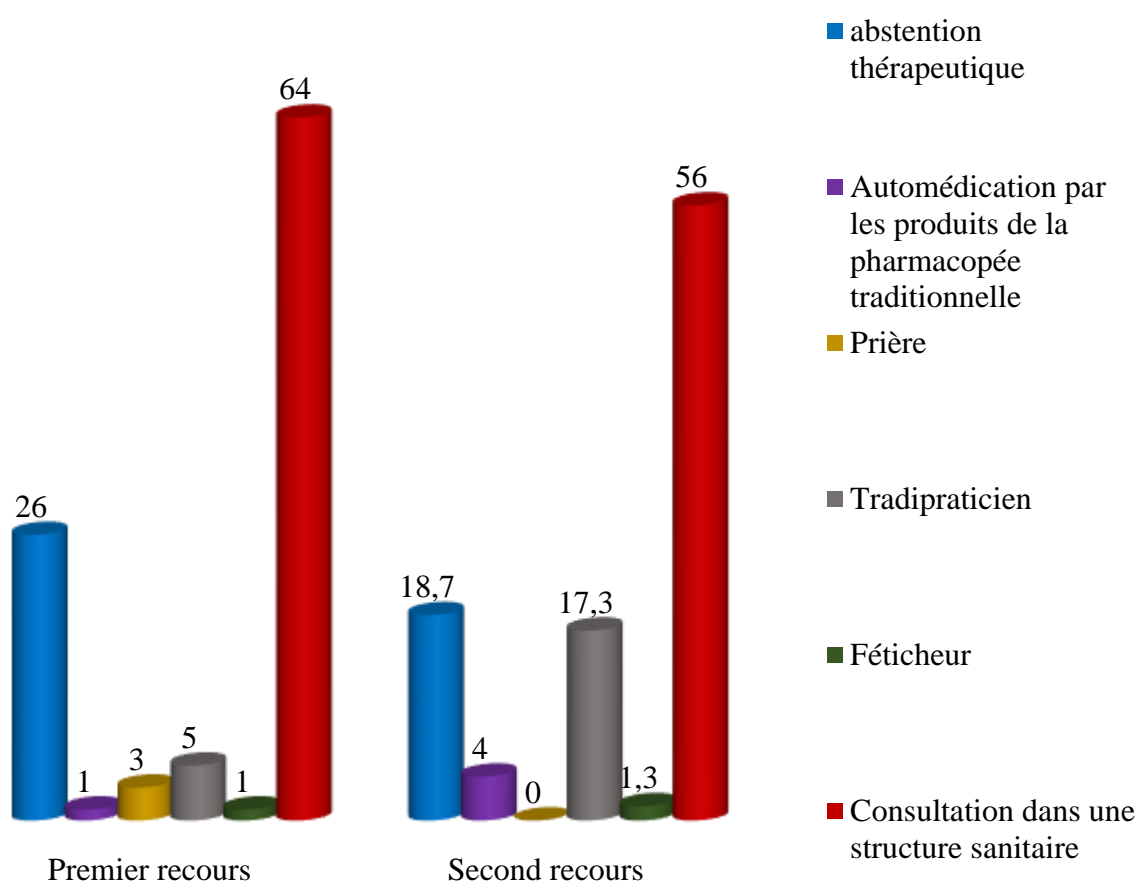


Figure 6 : Répartitions du choix des recours en %

2) Trajectoires thérapeutiques

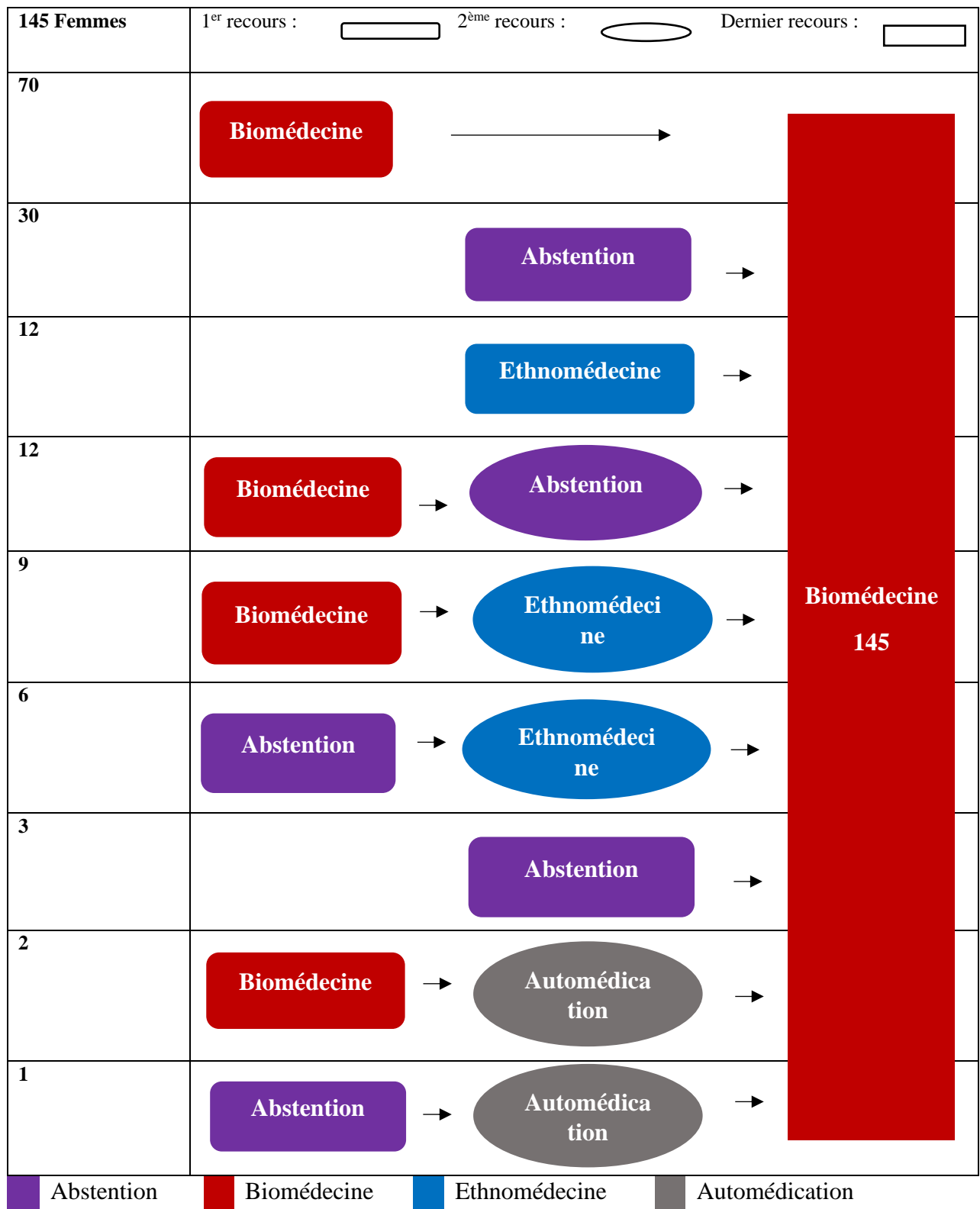


Figure 7 : Itinéraires thérapeutiques

3) Association thérapeutique en biomédecine

Un nombre de femmes avait recours à d'autres traitements lors de leur soin en biomédecine soit 36%. Elles avaient accès à la pharmacopée traditionnelle et la phytothérapie.

Tableau 4 : Répartition en fonction de l'association thérapeutique en biomédecine

Association thérapeutique en biomédecine	%(n)
Phytothérapie	50 (26)
Complément alimentaires	28,8 (15)
Tradithérapie	15,4 (8)
Traitement religieux	3 (2)

Parmi les femmes qui associent les traitements la moitié consomme des produits naturels soit des feuilles de corossol, du corossol, du vinaigre, eau citronnée qu'elles combinent à ceux de la biomédecine.

IV.6. MOTIFS DE CHOIX DE RECOURS

Les motifs de recours sont divers et dépendant des recours. Les motifs étaient difficile à exprimés. Ils étaient différents en rapport avec le premier ou deuxième recours. La raison qui a poussé les femmes à s'abstenir de traitement était en grande partie la conception de la bénignité de la maladie. Elles déclaraient « *je savais que ce n'était rien et ça allait passer* » ou encore « *je suis allé à l'hôpital et on m'a dit de ne pas m'inquiète que ce n'est rien de grave* ». L'abstention thérapeutique est de manière significative motivé par la bénignité probable de la maladie (valeur $P=0,000$)

Les recours à l'ethnomédecine et au traitement spirituel étaient motivés par l'efficacité thérapeutique du soignant. Ainsi des femmes qui se sont rapproché d'un tradithérapeute et d'un féticheur rapportaient : « *on m'a dit que ce tradipraticien a guéri une personne ayant aussi un cancer du sein et la personne qui me l'a dit m'a certifié qu'il a vu cette dernière guéri complètement.* » ; « *on m'a dit que c'est quelqu'un qui m'a lancé ça, j'y suis donc allé pour trouver la solution.*»

Tableau 5 : Répartition des motifs en fonction des choix de recours

	Motifs	Premier recours % (n₁)	Second recours % (n₂)	
Recours	Abstention thérapeutique n ₁ = 36 n ₂ =13	Bénignité	72,2 (26)	28,6 (4)
		Peur	11,1 (4)	14,3 (2)
		Manque de finance	11,1 (4)	28,6 (4)
	Automédication pharmacopée traditionnelle n ₁ =1 n ₂ =3	Efficacité thérapeutique	100 (1)	66,7 (2)
		Bénignité	---	33,3 (1)
	Prière n ₁ =4 n ₂ =0	Efficacité thérapeutique	100 (4)	---
	Tradithérapie n ₁ =8 n ₂ =13	Efficacité thérapeutique	87,5 (7)	92,3 (12)
		Soulagement	12,5 (1)	
		Manque de finance		7,7 (1)
	Féticheur n ₁ =1 n ₂ =0	Efficacité thérapeutique	100 (1)	---
Biomédecine n= 145	Efficacité thérapeutique	79,3 (115)		
	Inefficacité des autres recours	10,3 (15)		
	Conseil de la famille	3,4 (5)		
	Conseil d'un professionnel de santé	2,8 (4)		
	Finance disponible	1,4 (2)		
	Accueil et écoute	0,7 (1)		
	Conseil d'ami	0,7 (1)		

En résumé les motifs choix de recours étaient dépendant des recours. Le plus fréquent était l'efficacité thérapeutique, la bénignité de la maladie, la peur du diagnostic et des conseils des tiers.

IV.7. ATTENTES

Concernant les attentes des patientes atteintes d'un cancer du sein, elles sont nombreuses.

Elles sont adressées à trois groupes d'individus intervenant dans leur santé. Ainsi :

Au Ministère de la Santé Publique :

- Subventionner le coût des examens complémentaires et du traitement adjuvant ;
- Augmenter le nombre de centre de prise en charge du cancer ;
- Former plus de personnel soignant pour la prise en charge du cancer du sein.

Au personnel soignant :

- Être sympathique, accueillant... etc ;
- Etre à l'écoute du malade ;
- Offrir plus de temps à l'examen physique et plus de conseils thérapeutiques.

À la communauté :

- Aller à l'hôpital dès le premier signe de la maladie
- Eviter les itinéraires vicieux car peu de résultats et beaucoup de dépenses financières.
- Soutenir financièrement et psychologiquement les personnes malades.

Chapitre V
DISCUSSION

V.1-LIMITES

De nombreux obstacles nous ont empêchés de perfectionner notre travail. Le nombre de patientes rencontrées n'a pas été suffisant car ce sont les mêmes patientes qui revenaient au rendez-vous. Ainsi en deux mois nous avons déjà rencontré un grand nombre de femmes et lorsque nous étions au poste de collecte, il n'y avait plus de femmes à questionner. De plus les femmes hospitalisées étaient difficiles à interroger quelques fois parce qu'elles étaient dans un état critique et d'autres fois parce qu'elles n'étaient pas coopérantes. En outre de nombreuses femmes venaient en consultation et il nous était difficile de questionner toutes ces patientes faute de temps.

V.2-PROFIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE

La prévalence du cancer du sein au Cameroun dans la population mondiale est de 0.02% [3]. Durant notre période d'étude qui s'est étendue du 1 mai 2018 au 1 mai 2019, nous avons rencontré en consultation d'oncologie 7920 patients ayant un cancer et 3168 patientes de cancer du sein à l'HGY. Et en consultation gynécologique à HGOPY 77124 de patients et 864 patientes de cancer du sein. La prévalence était respectivement de 1,12% à HGOPY et 23,01% à HGY.

L'âge moyen était de 42 +/- 12,09 ans, la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée de 79 ans ce qui correspond à celui retrouvé au Mali [19] qui était de 25 à 80 ans de même que ceux du Bénin [23] et du Sénégal [24] qui était respectivement de 49,5 +/- 9,5% et 46 +/- 15,87 ans avec un écart de 13 à 95 ans. La tranche la plus fréquente était les femmes de plus de 45 ans à 57,2% ce qui est supérieur à celui de HGOPY [27] qui révélait que 72,3% avaient moins de 50 ans. La majorité avait fait des études supérieures à 31,7% puis le premier cycle à 25,5% ce qui est élevé par rapport à celui du Maroc [20] qui décrivait un niveau éducationnel bas. Les revenus mensuels étaient acceptables à 53,7% et un tiers avait des revenus bas à 33% ce qui était supérieur à celui du Maroc [20] qui décrivait un niveau socio-économique bas dans la majorité des cas.

Concernant les paramètres clinico-pathologiques, 15,2% avait un antécédent familial de cancer du sein ce qui concordait avec l'étude en France soit 20% [17]. De la parité, les plus représentées étaient les grandes multipares à 34,5% suivies des paucipares à 22,1% donc 91,3% qui avaient déjà accouché ce qui correspond au chiffre de HGOPY [27] qui était de 89,2%. Des femmes rencontrées près de la moitié étaient à un stade III soit 46,9% suivies par le stade IV à 20,7%. Ce qui correspond à celui du Maroc avec 46% qui avaient un stade avancé et est inférieur à celui retrouvé à HGOPY [27] qui est de 78,5%. Le type histologique le plus rencontré était un

carcinome à 99,3% tumeur chimio sensible et des sarcomes à 0,7%. Ce qui concorde avec l'étude au Cameroun [4] qui était de 96,5% de carcinome canalaire et 75,5% à HGOPY [27]. Toutes les tumeurs étaient infiltrantes ce qui est supérieure à celle du Cameroun [26] qui était de 84,46%. Le traitement actuel de près de la moitié était une chimiothérapie adjuvante à 46,9% et l'autre moitié était la chimiothérapie néo-adjuvante 44,8%. Ce qui correspond à celui de HGOPY [27] qui était de 69,2%.

V.3-CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Notre étude a révélé qu'une grande proportion de femmes 67,7% ont découvert leur maladie par la palpation d'une masse dans le sein. Cette palpation pour la plupart s'est faite de manière hasardeuse ou fortuite de telle sorte que c'est d'un mouvement non intentionnel qu'elles ressentaient une boule dans le sein. D'autres femmes c'était lors du bain qu'elles avaient senti une anomalie de consistance de leur sein. La plupart de ces femmes n'avaient aucune de connaissance sur l'autoexamen du sein ni sur ses manuvres ce qui représente 93,2% qui correspond à celui du Benin [23] qui était de 95,2%. Très peu ont été les femmes qui l'ont découvert lors d'un autoexamen du sein soit 6,8% et elles le pratiquaient parce qu'elles avaient été informées sur le sujet qui est de loin inférieur à celui du Sénégal [24] qui était de 29%. Cependant elles n'avaient pas de maîtrise sur les manuvres à employer pour cet examen et en plus elles ne le faisaient pas constamment et mensuellement après les règles. Par conséquent bien qu'elles réalisassent cet examen elles pouvaient passer à côté d'une anomalie. Ce manque de maîtrise peut être justifié par un manque d'enseignement et d'information par les structures sanitaires et les professionnels de la santé sur cet examen facile et pratique à réaliser. Le grand nombre de femmes ayant découvert leur maladie par une boule indolore ont également considéré que ce n'est pas grave ni inquiétant. Le manque de douleur dans le début de cette pathologie tend à faire négliger l'anomalie.

Il a été noté que la mastodynie unilatérale ou même bilatérale était le deuxième mode le plus fréquent de relation du cancer du sein chez les femmes rencontrées pour notre étude soit de 9,1%. La douleur est un signe alarmant pour tout individu, dès qu'il y a douleur le reflexe est de chercher à être soulager ainsi les femmes qui ressentait une douleur avait un délai court pour le premier recours. Ainsi ces femmes qui cherchent à soulager leur douleur avait déjà pour la plupart une boule au sein qu'elles ignoraient et qui n'était pas exploré. Certaines femmes ressentaient juste des picotements qui faisaient penser une maladie bénigne ce qui ne les alarmait pas immédiatement, elles associaient ces douleurs à l'âge ou à la ménopause. Certaines

sont venues avec des douleurs provoquées par une mastite carcinomateuse qu'elles soignaient comme un abcès.

Notre étude a également révélé d'autres signes de découverte d'un cancer du sein dans notre population d'étude qui ne sont pas les moindre. Il s'agissait de l'asymétrie mammaire et des modifications de la peau. Elle représente 5,5% de circonstance de découverte. Ainsi nous avons des femmes qui se sont présentées avec une augmentation homogène du volume ou du poids du sein. Mais nous avons également eu des femmes déclarant une voussure perceptible à l'œil nu lorsqu'elles se miraient ou qui était signalée par son conjoint ou un proche. Il est à noter que cette asymétrie avait une évolution variable en fonction des femmes de quelques mois à quelques années. D'aucunes l'ont justifié par l'effet des hormones et imposait une abstention thérapeutique.

Concernant les modifications et de la peau déformations du sein elles sont nombreuses et sont des signes tardifs de la maladie et représentait 4,4%. Parmi lesquelles il a été retrouvé la rétraction du mamelon et du sein, les ulcérations, la peau d'orange, l'œdème, une induration fixée à la peau ou une érythrose. La rétraction du sein et l'ulcération de la peau ont été les plus représentées ce qui les motivait à chercher un traitement de manière urgente. Certaines femmes ont juste perçu un petit bouton qu'elles ont considéré comme un abcès.

Dans notre étude les femmes qui ont découvert leur maladie par des écoulements mamelonnaire sanguinolents sont de 2,8%. Cette découverte était pour elles alarmantes. De plus certaines femmes ont été dépisté pendant un examen senologique de routine en consultation prénatale et même dans un cabinet de cardiologie ce qui prouve l'importance pour tout personnel soignant de maîtriser l'examen senologique et de pouvoir sensibiliser et enseigner les femmes qu'ils reçoivent à palper leurs seins.

Le temps écoulé entre le premier symptôme et la consultation du spécialiste était long. Le délai moyen était de 8,57% ce qui correspondait à ceux trouvé au Maroc [21] et en Algérie [22] qui était respectivement de 8,47% et 9,7 mois mais supérieur à celui du Benin [23] qui était de 4,7+/- 3,1 mois. Temps pendant lequel elles entreprenaient d'autres traitements et d'autres par erreur de diagnostic.

V.4-TRAJECTOIRES THERAPEUTIQUES

Différents recours sont empruntés au Cameroun par les femmes atteintes d'un cancer du sein. Il a été noté que les itinéraires sont multiples et diversifier allant de l'abstention thérapeutique, l'automédication à la pharmacopée traditionnelle, l'ethnomédecine dans laquelle on retrouve la tradithérapie et le fétichisme, les traitements spirituels à la biomédecine. Le premier recours

était généralement entrepris pour rechercher la cause et définir quel est l'état de leur santé. Par conséquent c'était constamment par quête du diagnostic, par curiosité qu'elle se dirigeait vers un poste de soin. C'était le premier passage. Le second recours était plus pour la recherche du traitement curatif car elles savaient déjà de quoi elle souffrait et à ce moment il fallait trouver la bonne solution pour guérir. Elles pouvaient, à ce stade, associer des traitements à la quête de l'efficacité thérapeutique.

Le recours le plus emprunté était la biomédecine. La grande majorité des femmes c'est à dire 64% au premier recours et 54% au deuxième recours sont allées à l'hôpital. Ce qui est légèrement inférieur à celui retrouvée au Mali [19] qui est de 77,3%. Les structures sanitaires sont des lieux reconnues pour avoir de l'expertise dans le diagnostic des pathologies et la capacité de guérison en suivant les ordonnances prescrites. Cependant plusieurs éléments justifiaient leur abandon. Le manque du personnel soignant dans les hôpitaux spécialisés dans le domaine se fait remarquer. Les lieux de soins hospitaliers prenant en charge un patient ayant un cancer sont concentrés dans les grandes villes que sont Yaoundé et Douala. Le prix du dépistage en anapathologie, les examens complémentaires et le traitement en lui-même pouvaient justifier que certaines femmes ne se soignaient pas à l'hôpital. Le poids du traitement du cancer est lourd physiquement tant la chimiothérapie, la radiothérapie que la chirurgie et rendent inactif pendant une période d'une à deux semaines ; la peur de la chimiothérapie en ce qu'elle occasionne la perte des cheveux de la tête et qu'elle tue même les cellules saines ; la peur de la mastectomie et de l'anesthésie. Le manque de moyen ou simplement le diagnostic de cancer n'avait pas été posé. Certaines après l'hôpital sont allées vers la tradithérapie quelques fois parce qu'elles ont entendu que le traitement est moins lourd physiquement et/ou financièrement. D'autres se sont tournées vers l'automédication qui semblait simple et surtout efficace.

Le deuxième recours le plus fréquent était l'abstention thérapeutique. Il représente 26% au premier recours et 18,7% au deuxième recours. Ainsi certaines femmes devant leurs symptômes ne s'inquiétaient pas et ne prenaient pas de médicaments. Elles considéraient que le corps humain peut se réguler et arranger le problème de lui-même sans effort extérieur ou même que la nature est capable par un hasard de circonstance de faire disparaître la maladie sans qu'elles même n'interviennent. Cette abstention thérapeutique allait de 1 mois à 10 ans de maladie. Elle ne représente pas forcément de la négligence envers soi-même mais également un temps d'observation qu'elles se donnaient afin de voir l'évolution de la maladie. Concernant les parcours de soin, les femmes ayant débuté par l'abstention thérapeutique, plus de la moitié se

sont dirigées par la suite à l'hôpital et le reste chez le tradithérapeute ou débiter une automédication du fait de l'aggravation de la maladie.

Notre étude a permis de déceler un autre recours prisé qui était la tradithérapie. Elle a représenté 5% du premier recours et 17,3% du second recours. Ce qui est inférieur à celui retrouvé en Algérie [22] qui était de 20%, à celui du Mali [19] qui était de 22,7% et à celui du Bénin [23] qui était de 54%. Elle était basée sur les plantes et se présentaient sous plusieurs formes à savoir des potions à boire, des pommades à appliquer sur la région malade et même l'urinothérapie. La durée du traitement n'était pas standard chez le tradipraticien car chacun avait son protocole de traitement qui pouvait durer 1 mois à 1 an. Ce qui semblait plus accessible physiquement et financièrement que le traitement hospitalier surtout qu'avec ce traitement une ablation n'était pas indiquée. Certains tradithérapeute après leur traitement renvoyaient la malade dans les hôpitaux pour la suite de la prise en charge. Cependant l'inefficacité de la tradithérapie et le conseil du tradithérapeute les a dirigés vers la biomédecine.

Un nombre non négligeable de patientes ont eu recours à l'automédication à base de plantes naturelles. Plusieurs produits naturels ont été répertoriés tels que les feuilles de corossol il y avait le corossol lui-même en fruit, de l'eau tiède avec le citron au réveil, des mélanges de carottes et de miel faisaient également partie du traitement utiliser pour guérir le cancer. Pour certaines c'était juste en association avec d'autre traitement pour maximiser les chances de guérir ou de guérir rapidement pour d'autres c'étaient la recette miracle qui permettaient d'éradiquer le cancer. Elles recevaient ces astuces de plusieurs sources telles que les informations divulguées sur les réseaux sociaux, sur internet. Certaines étaient conseillées par les autres malades ou des amis. Elles s'étaient tournées vers la biomédecine en complément.

Les traitements spirituels consistaient à des prières, l'utilisation d'eau bénie, des rendez-vous chez des prêtres ou pasteurs, des pénitences, repentance, des demandes de messes et exorcisme. Il a représenté 3% des recours. Les prières pouvaient être faites tous les jours, de manière hebdomadaire seule ou accompagné d'un personnel religieux. La grande majorité des femmes de l'étude sont croyantes ce qui représente 93% de cas qui ont une religion. Pour ce cas aucune publicité n'a besoin d'être faite car elles comptaient sur la toute-puissance de Dieu bon, miséricordieux et capable de toute chose même de guérir leur cancer. Le délai de traitement a été variable allant de 1 mois à 1 an. Ce recours était fréquent surtout en association à d'autres traitements et était peu coûteux pour les malades.

Parmi les recours le moins représenté était le fétichisme. Il fait partie intégrante de l'ethnomédecine. Il a représenté 1% des recours. Le fétichisme est une pratique fréquente et commune et qui étaient entrepris en rapport avec la cause mystique de leur maladie. Ils leur

remettaient des écorces à conserver et même des rites qui consistaient en des applications de pommades naturelles sur le sein avec des imprécations. Cependant elles se sont tournées vers l'hôpital par conseil de leur soignant et par inefficacité.

Un nombre considérable de femmes associaient les traitements adjuvant à d'autres traitements. Elles représentent 36% de l'échantillon. Association est à base d'une automédication à la pharmacopée traditionnelle et d'autre à la tradithérapie. En fait ces femmes disaient mettre toutes les chances de leur côté de telle sorte que l'associant des traitements aurait une meilleure efficacité et les guériraient plus rapidement.

V.5-MOTIFS DE RECOURS

En tant que premier recours, les femmes allaient à l'hôpital pour découvrir la cause de leur symptôme ou de leur maladie. Elles étaient curieuses et avaient appris que lorsqu'elles sont malades elles doivent se rendre à l'hôpital. Elles déclaraient que lorsqu'elles sont malades elles vont d'abord à l'hôpital pour au moins savoir ce qui se passe. Ainsi dès le premier signe elle se rendait à l'hôpital le délai le plus court a été 1 jour après la découverte des symptômes. Dans un deuxième temps elles y allaient car elles pensaient que c'est à l'hôpital qu'on peut soigner leur maladie. Pour elles, l'hôpital était l'endroit adéquat pour avoir une solution à leur problème et être guéri, elles comptaient sur l'efficacité du traitement. En deuxième recours, ce sont en majorité les femmes qui s'étaient abstenu de traitement pour voir l'évolution de leur maladie. Elles allaient à l'hôpital car la maladie s'était aggravée et elles ne pouvaient plus gérer ça d'elle-même. Pour celles qui avaient déjà pris d'autres traitements, elles se rendaient à l'hôpital par inefficacité des autres traitements reçus ce qui représente 10,3% qui est de loin inférieur retrouvé au Benin [23] qui est de 49,2%. D'autres y allaient après un conseil qui était de 6,9% légèrement inférieur à celui du Benin [23] qui était de 9,5%. Il pouvait provenir d'un membre de la famille, un ami, un professionnel de santé mais en plus d'un conseil radio-télévisé. Nous avons constaté que le choix de la biomédecine était guidé par leur opinion et connaissance personnelle sur leur maladie et la conduite à tenir.

Les raisons qui ont motivé des femmes à s'abstenir de traitement sont nombreuses. En premier recours, la première raison était quelle considéraient la maladie comme simple et rien de grave alors elle ne trouvait pas l'urgence à prendre un traitement. Elles représentaient 72,2% des motifs d'abstention thérapeutique de loin supérieur à celui de l'Algérie [22] qui est de 24,8% et est inférieur à celui retrouvé au Benin [23] qui était de 95,2%. En deuxième lieu, elles avaient peur du diagnostic de cancer dans 11,4% des cas elles étaient dans le déni ce qui était inférieur à ceux retrouvé en Algérie [22] qui était de 29,3%. Pour ces femmes qui étaient jeunes malgré

les signes elles considéraient qu'elles ne pouvaient pas avoir un cancer. Ainsi elles ne prenaient aucun traitement. Un grand nombre également de 11,4% des cas s'est abstenu de traitement par manque de finance ce qui est inférieur à celui trouvé en Algérie [22] qui était de 40%. En deuxième recours, l'abstention thérapeutique était entreprise par manque de moyen dans 28% des cas. Cependant 28% également n'ont plus pris de traitement car savaient en quittant l'hôpital que leur maladie était bénigne.

En parlant de tradithérapie et d'automédication à la pharmacopée traditionnelle, plusieurs raisons justifiaient son choix. Pour la plupart de ces femmes elles se rendaient la bas parce qu'une de leurs connaissances leur avait fait un témoignage concernant des femmes qui elles aussi avaient une tumeur au sein et d'autres un cancer même. Elle représentait 87,5% pour la tradithérapie. Ainsi ces femmes avaient confiance en l'efficacité thérapeutique de la tradithérapie. Beaucoup de femmes l'ont également entrepris surtout en deuxième recours par peur du traitement adjuvant. Elles fuyaient la chimiothérapie et la mastectomie et recherchait un traitement qui ne nécessiterait pas qu'on fasse une ablation du sein. Ces deux pratiques étaient également prises en association avec la biomédecine dans plus de 18% des cas.

Concernant les traitements spirituels et le fétichisme, ces deux recours étaient en grande partie motivés par l'efficacité thérapeutique. Dans ces recours, il ne s'agit pas de compétences humaines, de connaissances acquises mais il est question d'une force ou d'un être suprême qui a toute la puissance nécessaire pour guérir même un cancer. Certaines avaient simplement tendance à se rapprocher de leur prêtre ou pasteur de la communauté pour demander des prières à leur endroit pour obtenir la guérison ou priaient à la maison. Mais ces traitements spirituels et le fétichisme était également pratiqués en association avec la biomédecine. Des personnels religieux et fétichistes conseillaient à leur malade de se diriger vers l'hôpital pour se faire soigner tout en persévérant dans la prière ou dans les rites.

Le but de notre étude était de déterminer les itinéraires thérapeutiques des femmes ayant un cancer du sein. Il a été révélé que ces femmes ont entrepris de nombreux recours et qui pour 36% était imbriqué. Le mode de révélation de la maladie jouait un rôle important dans l'itinéraire. Il a été découvert en grande majorité par un nodule dans le sein à 64% qui est inférieur à celui de la France [17] qui est de 90%. La majorité 93,2% n'avait pas de connaissance sur l'autoexamen des seins qui correspond à celui du Benin [23] qui était de 95,2%. Le recours le plus fréquent fut la biomédecine à 64% comme premier recours mais un tiers avait abandonné pour se tourner vers la tradithérapie et l'automédication à la pharmacopée traditionnelle. Le deuxième recours le plus représenté était l'abstention thérapeutique parce qu'elle estimait que la maladie était bénigne dans 72% des cas ce qui est supérieur à celui de l'Algérie [22] qui était

de 24,8% et inférieur à celui du Benin [23] qui était de 95,5%, avaient peur du diagnostic dans 11,4% ce qui est inférieur à celui de l'Algérie [22] qui était de 29,3% et par manque de finance dans 11,4% qui est inférieur à celui de l'Algérie qui était de 40%. C'est l'aggravation qui les conduisait à l'hôpital. La tradithérapie était aussi un recours entrepris 5% au premier recours et 18,7% au second recours ce qui est inférieur à ceux trouvés au Maroc [20], au Mali [19] et au Benin [23] qui était respectivement de 20%, 22,7% et 49,2%. Ces derniers abandonnaient ce recours par inefficacité thérapeutique de 10,3% qui est inférieur à celui du Benin [23] qui était de 49,2% et par conseil était de 6,9% ce qui est inférieur à celui du Benin [23] qui était de 9,5%. D'autres recours étaient également entrepris parmi lesquels les traitements spirituels, l'automédication à la pharmacopée traditionnelle et du fétichisme était respectivement de 3%, 5% et 1% poursuivis pour efficacité thérapeutique supposée. De plus, dans 36% des cas le traitement médical était associé à d'autres traitements à savoir l'automédication à la pharmacopée traditionnelle à 50% des cas et l'ethnomédecine dans 15% des cas.

CONCLUSION

Le but principal de notre étude était de déterminer les itinéraires thérapeutiques des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein dans trois hôpitaux de référence que sont l'Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et l'Hôpital Général de Yaoundé.

L'hypothèse principale était la suivante : en regard du retard à la consultation, les femmes atteintes d'un cancer du sein de l'HCY, HGOPY et l'HGY ont des recours aux soins pluriels et imbriqué pour leur maladie avait été affirmée. L'étude a montré que les femmes ont un retard à la consultation moyen de 8,54 +/- 17 mois. Ce retard était justifié par des parcours pluriels et imbriqués.

Ainsi les femmes découvraient leur maladie, en grande partie, par un nodule dans le sein. Ce qui motivait soit une consultation médicale, une abstention thérapeutique, un recours chez le tradithérapeute en second recours, une automédication à la pharmacopée traditionnelle en second recours, un traitement spirituel et même un recours chez le féticheur. De plus, des patientes associaient à la biomédecine d'autres traitements. Les motifs de choix de recours étaient principalement l'efficacité thérapeutique, le caractère bénin du symptôme, la peur du diagnostic.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations à la fin de cette étude sont adressées à :

Au Ministère de la santé publique

- Subventionner le coût des examens, interventions chirurgicale et traitements du cancer du sein ;
- Sensibiliser les femmes de tout âge et même dans les écoles sur le cancer du sein et le dépistage.
- Sensibiliser sur l'impact négatif des traitements alternatifs sur les résultats de la prise en charge hospitalière
- Augmenter le nombre de centre de prise en charge du cancer du sein, concernant la radiothérapie et la chimiothérapie et les aménager de manière adéquate ;

Au personnel soignant

- Être sympathique, accueillant, à l'écoute et prendre du temps pour examiner les patients ;
- Apprendre à toute femme à auto-examiner ses seins et si elle perçoit une anomalie se rendre à l'hôpital ;
- Se spécialiser en oncologie ou en sénologie.

A la communauté

- Soutenir, les patientes ayant un cancer, émotionnellement, physiquement et financièrement ;
- Sensibiliser les femmes à aller à l'hôpital et non ailleurs ;
- Apprendre que le cancer du sein n'est pas une fatalité mais peut se soigner ;
- Aller à l'hôpital dès la première anomalie du sein.

REFERENCES

1. [1] Globocan, OMS, Enow. Profil épidémiologique du Cancer au Cameroun. Centre de développement des bonnes pratiques en santé. 2018 ; 2 : 01-2
 2. [2] OMS. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses. Lyon / Genève. 2013 ; 01-2
 3. [3] Globocan. Cancer au Cameroun. 2018 ; 2 : 1
 4. [4] Engbang J, Essome H, Koh V, Simo G, et al. Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique : à propos de 3044 cas. Pan Afri Med J. 2015 ; 21 : 01
 5. [5] Barthelemy M. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin Université de Cocody Abidjan - DEA [en ligne] 2002 [consulté le 24/10/2018] ; 1: 16 Consultable à l'URL : https://www.memoireonline.com/04/08/1008/m_determinants-itineraire-therapeutique-sud-benin3.html
 6. [6] Jacqueline G. Charles G. Les cancers en Afrique francophone. La Ligue Nationale contre le Cancer. 2017 ; 50-1
 7. [7] Cancer du sein http://umvf.cerimes.fr/media/ressWikinu/Gynecologie/College/Lansac-cancer_sein.pdf
 8. [8] Paul C. et Suzette D. Cancers et pathologies du sein attitudes diagnostiques et thérapeutiques, protocoles de traitement. Institut cury 2016-2017 ; <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/referentiel-cancer-du-sein-gustaveroussy-curie-2016-2017.pdf>.
 9. [9] Tabib I, Belbachir S, Hadou M. Etude descriptive et rétrospective des cas de cancer du sein [thèse de doctorat d'université, médecine]. Université Abou Bakr Belkaid– Tlemcen Faculté de médecine. 2014-2015 ; 1 : 52-7
 10. [10] Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein haute autorité de santé [en ligne] 2015 Février [consulté le 22/10/2018] ; 1: 90 Consultable à l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
 11. [11] Fondation québécoise du cancer. Ce qu'il faut savoir sur la radiothérapie. Guides de la fondation québécoise du cancer. https://fqc.qc.ca/images/files/Brochure_radiotherapie_09.pdf. Québec. 2009 ;
 12. [12] Traitement par radiothérapie Des réponses à vos questions <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/radiotherapie.pdf>
 13. [14] Médecines non-conventionnelles et cancers. Diamant Brussels Bruxelles : Fondation contre le cancer ; 2016 avril ;
 14. [15] Barthelemy M. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin Université de Cocody Abidjan - DEA 2002 https://www.memoireonline.com/04/08/1008/m_determinants-itineraire-therapeutique-sud-benin3.html
 15. [16] Nkoma P. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun. HAL archives-ouvertes. 2016 ; 91 : 02-11
 16. [17] Bakkali H, Verhaeghe J. Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins. Science Direct. 2003 ; 7 : 153-59
-

17. [18] **Jacqueline G. Charles G.** Les cancers en Afrique francophone. La Ligue Nationale contre le Cancer. 2017 ; 50-1
18. [19] Madani L, Diop S, Sacko, M. Cancer du sein : facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique des usagers d'un service d'oncologie médicale à Bamako (Mali). CARPHA 2002 ; 89: 323-6,
19. [20] Benbakhtaa B, Tazib M, Benjaafar N. Déterminants des délais patient et système de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein au Maroc 2013. Science Direct. 2015 ; 6 : 191-201
20. [21] Sofia A, Amal M, Abdelhamid O, et Mouna K. Facteurs liés au diagnostic tardif du cancer du sein : expérience du CHU Mohammed VI Marrakech. Pan Afr Med J. 2015 juin ; 21: 162.
21. [23] Zazou B, Prudencio RCT. Itinéraire thérapeutique et retard à la consultation des patientes atteintes du cancer du sein au centre national hospitalier et universitaire Hubert K.Maga Cotonou (Benin). RAFMI 2015 ; 2 : 24-28.
22. [24] Serigne M., Mamour G, Sophie A. C. et al. Problématique de la prise en charge des cancers du sein au Sénégal : une approche transversale. Pan Afr Med J. 2016 sept ; 25: 3
23. [25] Mnaga M, Diop S A, Ndour C T. Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar : circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants. J.medmal. 2009 ; 39 : 95-100
24. [26] Houeto E. Itinéraire thérapeutiques des épileptiques au Benin. Université d'Abomey-doctorat d'état en médecine. 2015 ;
25. [27] Essiben F, Foumane P, Mboudou et al. Diagnostic et traitement du cancer de sein au Cameroun : à propos de 65 cas. Docplayer mali medical : 2013 ; 28 : 1
26. [28] Belley P, Nguemgne C, Nana N, et al. Profils épidémiologiques et clinique de la pathologie mammaire à l'Hopital Général de Douala. Health Sci. Dis. Juin 2010 ; 2 :01-2

ANNEXES

Annexe 1 : FICHE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre de l'étude : « itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein à l'HCY et HGY »

Equipe de recherche :

Investigateur principal : MONDA Elisabeth, étudiant en 7^e année d'études médicales à la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I

Directeur : Pr ESSI Marie-José, Professeur Maitre de conférences en Anthropologie médicale et en Santé publique

Co-directeurs : Dr ESSIBEN Felix, Dr MEKA Esther Gynécologues-obstétriciens

Intérêt de l'étude : le présent travail a pour but de déterminer les différentes trajectoires de soin entrepris par les femmes atteintes du cancer du sein qui justifierait la consultation tardive en service spécialisé. Ceci aidera à mettre en œuvre des moyens de sensibilisations et de dépistage systématique par le ministère de la santé dans l'optique de réduire le délai de recours à la consultation spécialisé à un stade de cancer avancé, de mauvais pronostic ou incurable.

Procédure : si vous acceptez de participer à cette étude, vous répondrez à un questionnaire en relation avec les types de soins entrepris dans la quête de traitement du cancer du sein. La réponse aux questions prendra environ 20 minutes.

Ethique et confidentialité : tous les renseignements obtenus resteront strictement confidentiels. Nos questionnaires seront anonymes afin de préserver l'intégrité du répondant. Vous avez la liberté de choisir ou non de participer à l'étude, sans aucun risque préjudiciable sur votre travail, vous êtes libre de quitter cette étude à tout moment lorsque vous l'aurez décidé. J'ai lu la notice d'information pour le consentement et j'ai compris tout l'intérêt de cette étude. J'accepte donc librement de participer à cette étude, et je pourrais avoir des compléments d'informations à tout moment si besoin est auprès de l'étudiant MONDA Elisabeth.

N° de téléphone : ___/___/___/

Date :...../...../.....

Signature de l'investigateur principal

signature du participant

Annexe 2 : Etude sur « Itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein dans trois hôpitaux universitaires »

Questionnaire

Date __/__/2018

N° de la fiche _____

I. Profil sociodémographique

1	Age (années) : 1= < 25 2= [25 ; 35[3= [35 ; 45[4= < 45
2	Statut matrimonial : 1= Célibataire 2= Mariée 3=Veuve/Divorcée 4=union libre
3	Profession : 1= Enseignant 2= Elève/étudiant 3=Professionnel de santé 2=Sans emploi 3=Secteur informel 6= Autres_____
4	Religion : 1= Animisme 2= Christianisme 3= Islam 4= Pentecôtisme 5= Autre_____
5	Aire culturelle : 1= Côte 2= Forêt 3= Grassfields 4= Sahel 5= Savane
6	Niveau d'étude : 1= Aucun 2= Primaire 3= 1 ^{er} cycle 4= 2 nd cycle 5= Supérieur
7	Revenu salarial : 1 = Bas <100.000FCFA 2 = Acceptable [100.000 ; 300.000] 3= Bon] 300.000 à 500.000] 4 = Très bon > 500.000 FCFA
8	Assurance maladie : 1= Oui 2= Non
8a	Si oui pourcentage de couverture des charges : 1 = 5 à 20% 2 = 21 à 40% 3= 41 à 60% 4= 61 à 80% 5= 81 à 100%
8b	Type de soin ou traitement couvert : 1= Homéopathie 2= Traitement médical 3=Chirurgie 4= Radiothérapie 5= Chimiothérapie 6= Tout
9	Ville de résidence : _____ Distance résidence-hôpital _____ km
10	Quartier : _____

II. Information clinique

11	Avez-vous un membre de la famille atteint du cancer du sein ? 1= Oui 2 =Non 3= Je ne sais pas
----	---

Je vous remercie

ANNEXE 3 : Etude sur « itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein »

Guide d'entretien

1 Qu'est-ce que le cancer du sein ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ? _____

Je vous remercie

ANNEXE 4 : AUTORISATION DE RECRUTEMENT A L'HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail - Patrie		REPUBLIC OF CAMEROON Peace - Work - Fatherland
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE		MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE		YAOUNDE GENERAL HOSPITAL
DIRECTION GENERALE		GENERAL MANAGEMENT DEPARTMENT
BP 5408 YAOUNDE - CAMEROUN TEL: (237) 22 21 31 81 FAX: (237) 22 21 20 15		
N/Réf: _____ /HGY/DGDP/MNC-TR.		Yaoundé, le <u>01/01/2019</u>

Le Directeur Général

À :

Mlle MONDA Elisabeth
Etudiante en 7^{ème} année d'Etudes Médicales
Email : mondy_lisa@yahoo.fr
FMSB - Université de Yaoundé I

Objet :
V/Demande d'autorisation de recrutement.

Mademoiselle,

Faisant suite à votre correspondance du 19 décembre 2018 relative à l'objet repris en marge,

Nous marquons notre accord pour que vous effectuez vos travaux de recherche au Service d'ONCOLOGIE MEDICALE de l'Hôpital Général de Yaoundé afin d'y obtenir les données probantes pour votre sujet de thèse portant sur: «ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU SEIN».

Pendant la durée de vos recherches, vous devez vous conformer au règlement intérieur de l'établissement. Toutefois, les publications se rapportant à ce travail devraient inclure les médecins de l'Hôpital Général de Yaoundé.

Recevez, Mademoiselle, nos salutations distinguées. /-

Amplifications :

- DPM
- Chef service Oncologie Médicale
- Chrono/archives.

 *Le Directeur Général*

Pr Vincent de Paul DJIENTCHEU

ANNEXE 5 : AUTORISATION DE RECRUTEMENT A L'HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Pais-Travail-Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE</p> <p>HUMILITE - INTEGRITE - VERITE - SERVICE</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL</p> <p>HUMILITY - INTEGRITY - TRUTH - SERVICE</p>
--	---	--

**COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)**

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 024 /CIERSH/DM/2019

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 06 février 2019, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « itinéraire thérapeutique des femmes atteintes de cancer du sein dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé » soumis par l'étudiant MONDA ELISABETH.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

MONDA ELISABETH devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le **08 FFV 2019**

LE PRESIDENT


GWAFU III, JIM JUBENAKI

N°1827 ; Rue 1564 ; Ngoussou ; Yaoundé 5^{ème}
BP : 4362 Tél. : 242 05 92 94 / 222 21 24 33 / 222 21 24 31 Fax : 222 21 24 30
E-mail : hgopy@hotmail.com / hgopy@hgopy.cm

ANNEXE 6 : CHRONOGRAMME ET BUDGETISATION

➤ **Chronogramme**

Rédaction du protocole par l'investigateur	Oct-Dec 2018
Validation du protocole par les encadreurs	Dec 2018
Obtention des autorisations	Déc 2018
Collecte des données	Dec-Mai 2019
Analyse des données	Mai 2019
Rédaction de la thèse	Mai 2019
Production du Draft 0 de la thèse	Mai 2019
Correction de la thèse	Mai 2019
Dépôt de la thèse finale	Mai 2019
Correction de la thèse soutenue	Juin 2019

➤ **Budgétisation**

1- Logistique: 140 000
Clé USB : 10 000 frs CFA
Modem internet : 40 000 frs CFA
Internet : 60 000 (10 000 par mois pendant 6mois)
Téléphone : 30 000frs CFA (4000 par mois pendant 7mois)
2- Transport: 150 000 frs CFA
3- Matériel didactique: 300 000 frs CFA
Confection des fiches techniques et tirages : 20 000 frs CFA
Petit materiel : 30 000 frs CFA
Logiciel de statistique : 50 000
Impression et tirage de la thèse : 200 000 frs CFA
TOTAL = 590 000 frs CFA + dépenses non estimées