

UNIVERSITE GASTON BERGER DE SAINT-LOUIS

UFR DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

SECTION DE SOCIOLOGIE

FAMILLE, EDUCATION, SOCIALISATION

ET CHANGEMENTS SOCIAUX



*L'Excellence au Service  
du Développement*

Mémoire du Master II

Etude socio-anthropologique de la prise en charge des  
sujets âgés malades du cancer à l'Institut Joliot Curie du  
Centre Hospitalier Universitaire Aristide LE DANTEC  
de Dakar.

Présenté par :

Papa Moussa FAYE

Sous la direction du :

Professeur Fatou DIOP SALL

Année académique : 2014-2015



## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	v
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE .....	3
CHAPITRE 1 : CONTEXTE SANITAIRE .....	4
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE .....	16
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDE.....	47
CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE .....	48
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE .....	56
TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS .....	64
CHAPITRE 5 : PROCESSUS SOCIAUX DANS LES TRAITEMENTS DU CANCER.....	65
CHAPITRE 6 : UNE SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER .	70
CHAPITRE 7 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DE LA THERAPIE TRADITIONNELLE AUX STRUCTURES SANITAIRES.....	79
RECOMMADATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER AU SENEGAL .....	87
CONCLUSION .....	88
PERSPECTIVES.....	90
BIBLIOGRAPHIE .....	92
ANNEXES .....	97
TABLE DES MATIERES.....	108

## DEDICACES

*A mes Parents !*

*Haby Malal BA.*

*Modou FAYE.*

Tuteur, Moustapha BAH, pour sa confiance ;

Mon Marabout Baye Samba NGUIRANE ;

Mes oncles : Ibrahima Malal BA et Alassane Malal BA ;

Mes amis : Ahmad Sahid DIBA, Amadou Lamine DIALLO, Bakary Soga BODIAN  
Serigne SYLLA, Ami SAKHO, Mia FALL, Abdoulaye NDAO.

*A toute ma Famille.*

## REMERCIEMENTS

Je rends Grâce à ALLAH, ainsi qu'à son  
Prophète Muhammad (PSL) et mon Guide religieux  
Cheikh Al Islam El Hadj Ibrahima NIASS

Il nous plaît de remercier du fond du cœur un certain nombre de personnes sur qui nous avons compté tout au long de cette entreprise scientifique.

- ✓ D'abord, notre encadreur Pr. Fatou DIOP SALL pour la formation qu'elle nous a dispensée et ses orientations durant tout notre cursus
- ✓ Docteur Sara NDIAYE pour ses suggestions.
- ✓ Monsieur Amédoune BA, pour ses conseils au quotidien
- ✓ Mes Anciens du GESTES UGB : Alpha BA, Ousmane NIANG, Diabel NDIAYE, Bambado BALDE, Mlle Fatou Dior DIENG et Madame DIAW Aminata DIOP, (Secrétaire de la Section de Sociologie), pour leur soutien et conseils.
- ✓ Puis, tous les enseignants de la Section de Sociologie UGB qui nous ont inculqué la science sociologique tout au long de notre formation.
- ✓ A Monsieur Alioune Badara DIAGNE, dit Golberd DIAGNE pour sa disponibilité et son soutien durant tout le travail, au Colonel BOP, Directeur du CHR de Saint-Louis et M. Zahir FALL, Archiviste du CHR de Saint-Louis,
- ✓ Au Docteur Rose WARDINY et Anta DIOP pour sa Disponibilité
- ✓ A la Secrétaire de l'Institut Joliot Curie Mme Cissé pour son appui et sa confiance
  - Mention spéciale à mes amis de SANAR :
- ✓ Alioune Ndiaye, Assane Dieng (Ptit'Gran), Fatou Kiné Sow, Mame Banel Sidibé, Adama Dieng, Ndoumbé I. BA (TIAAT), Sokhna Diarra Bousso Gueye, à la DTBN (Dahira des Talibés Baye Niass de L'UGB Saint-Louis),
- ✓ Mes cousins : Pamodou NGOM, Tapha Ngom, Ousmane NGOM, Samba, Amadou Djiby, Athia, Gallé, Khady Ngom, Sokhna Ngom
- ✓ Mes Amis : Mamadou Ndianor, Karim Ba, Linko, Am Diallo, Adama Niang
- ✓ A Hamédine Ba, Mia BA et toute la famille BA, Soubalo Matam

A la 21<sup>e</sup> Promotion de Sanar

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

<b>Graphique 1: Pourcentage de femmes atteintes d'une maladie chronique par type de maladie ...</b>	<b>9</b>
<b>Graphique 2: Pourcentage de hommes atteintes d'une maladie chronique par type de maladie</b>	<b>11</b>
<b>Graphique 3: Présentation de la méthode utilisée.....</b>	<b>49</b>
<b>Graphique 4: Le "traceur" du plan Sésame.....</b>	<b>82</b>

## SIGLES ET ABREVIATIONS

- **CREPOS** Centre de Recherche sur les Politiques Sociales
- **CRES** Consortium pour la Recherche économique et sociale
- **CHU** Centre Hospitalier et Universitaire
- **CIRC** : Centre International de Recherche sur le Cancer
- **DPES** : Document de Politique Economique et Sociale
- **EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- **EDSMICS** Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples
- **GAVI** : L'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
- **HPV** : Human Papiloman Virus
- **IPRES** Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
- **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- **LISCA** Ligue Sénégalaise contre le Cancer
- **OARTEC** : Organisation Africaine pour la Recherche et l'Enseignement de la Cancérologie
- **OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- **OMS** : Organisation Mondiale pour la Santé
- **PDIS** : Programme de Développement Intégré de la Santé
- **PDRS** : Plan Régional de Développement de la Santé
- **PIS** : Programme d'Investissements Sectoriel
- **PNDS** : Programme National de Développement Sanitaire
- **SNEIPS** : Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé

## INTRODUCTION

L'objectif général que nous nous fixons pour cette recherche est de porter une analyse socio anthropologique sur la prise en charge chez les sujets âgés malades du cancer face à une absence de moyens préventifs, d'offre de soins et prise en charge appropriée de la maladie au Sénégal. La prise en charge des personnes malades a connu ces vingt dernières années des évolutions importantes comme le développement du concept de médecine basée sur les données factuelles de la science (médecine factuelle ou basée sur les preuves) et l'évolution du système de santé en matière d'information et de participation des patients au processus de décision médicale. Ces évolutions sont au cœur d'enjeux théoriques, méthodologiques et cliniques et mêmes idéologiques.

Au cours de ce nouveau siècle, l'importance croissante des maladies non transmissibles, y compris du cancer, représente pour le développement mondial l'un des défis majeurs en matière de santé. Pour relever ce défi de plus en plus important, l'OMS fait figurer la lutte contre le cancer en bonne place dans son programme de travail et sa collaboration technique avec les pays. Elle a également élaboré avec ses Etats Membres, une stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles dans laquelle la lutte contre le cancer constitue l'une des quatre priorités principales. Cette stratégie met l'accent sur l'impact grandissant du cancer dans les pays en développement et les souffrances disproportionnées qu'il entraîne dans les populations pauvres et défavorisées.

L'OMS est impliquée dans la promotion de Programmes nationaux de lutte contre le cancer en tant que stratégie la plus efficace, au niveau national, pour réduire la morbidité et la mortalité par cancer et améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et de leur famille. Les connaissances médicales sont maintenant suffisamment importantes pour permettre la prévention d'au moins un tiers des cancers, la guérison d'un autre tiers grâce au diagnostic précoce, à l'administration de traitements efficaces et à une lutte adaptée contre la douleur et les autres symptômes, le reste des cancers faisant l'objet de soins palliatifs.

Le développement de programmes nationaux de lutte contre le cancer est un processus qui nécessite l'examen du niveau actuel de la maladie et des soins de santé, l'évaluation de l'impact potentiel des diverses stratégies de lutte contre la maladie (prévention, diagnostic précoce/ dépistage, traitement et soins palliatifs), la définition d'objectifs et de priorités, ainsi que l'attribution de ressources.

Etant donné que l'incidence du cancer a augmenté dans bon nombre de pays, certains d'entre eux ont reconnu la nécessité de lancer des programmes nationaux de lutte contre le cancer. D'autres à l'image du Sénégal jusqu'ici ne l'ont pas encore fait. Juste est de se poser dès lors, la question comment réagissent les populations face à cette maladie rangée dans le registre de celles à soins coûteux ? Quels itinéraires thérapeutiques adopter face à un manque de système de prise en charge adéquat ?

La prévention et la prise en charge du cancer dépendent d'une bonne connaissance des facteurs de risques pour l'orientation des stratégies de lutte contre cette maladie à soins onéreux. Au Sénégal, les inégalités en matière de santé touchent l'accès aux services sanitaires et leur utilisation par les usagers. Pourtant elles restent toutefois injustes et bien évitables, parce que s'inscrivant dans des circonstances socioéconomiques comme le niveau de richesse ou la position géographique, qui place systématiquement certains groupes sociaux en situation désavantageuse. Elles sont d'ordre social ou culturel et constituent une violation du précepte de base de la justice sociale, selon laquelle tous doivent avoir une chance égale d'être en bonne santé.

Face à cette problématique sur la question des conditions d'accès aux soins de la maladie cancéreuse et à une situation de précarité notoire des populations, nous partons de l'hypothèse selon laquelle, les schémas thérapeutiques des sujets âgés malade du cancer, dépendent non seulement de facteurs psychologiques, socio-économiques mais également d'un manque de stratégies préventives de bases et de prise en charge.

Et pour réaliser ce travail, nous nous fixons d'atteindre quatre (04) objectifs spécifiques, annexés à notre objectif général. Et en s'inscrivant dans la logique de la méthodologie qualitative qui sous-tend l'utilisation d'observations et d'entretiens nous tenterons :

- ✦ Décrire la situation actuelle des sujets âgés malades du cancer à l'Institut du Cancer ;
- ✦ Porter une analyse sur les perceptions autour de la maladie cancéreuse ;
- ✦ Décrire les pratiques de soins et les recours thérapeutiques adoptés par les malades en rapport aux ressources financières et de la construction sociale autour de la maladie ;
- ✦ Analyser le dispositif de prise en charge
- ✦ Déterminer les rapports entre malades et structures de santé dans l'offre de soins hospitaliers ;



**PREMIERE PARTIE :**  
**CONTEXTE GENERAL DE**  
**L'ETUDE**

## CHAPITRE 1 : CONTEXTE SANITAIRE

### 1.1 Standards internationaux de la prise en charge du Cancer

Le cancer, qui reste déjà un élément majeur de la charge de la morbidité dans le monde, le deviendra de plus en plus au cours des décennies à venir. De 10 millions en 2000, l'estimation annuelle du nombre de cas nouveaux de cancer devrait passer à 15 millions en 2020. Et selon les recherches de l'OMS, environ 60% de tous ces cas se produiront dans les régions moins développées du monde.

En effet sur 58 millions de décès dans le monde, 7.6 millions sont dus au cancer et 70% des décès surviennent dans les pays en développement (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2005). La mortalité cancéreuse va continuer à augmenter, par conséquent le nombre des décès par le cancer passera de 9 millions en 2015 à 11,4 millions en 2030, selon les projections faites par l'OMS (2005).

Au Maroc, selon la politique de santé (Ministère de la santé Maroc, 2004), la charge de morbidité des maladies non transmissibles ne cesse d'évoluer incessamment dont les tumeurs représentent 8.5%. L'incidence du cancer est estimée annuellement entre 150 à 180 cas pour 100 000 habitants. En plus, la majorité des cas du cancer toutes causes confondues sont diagnostiquées dans une phase plus ou moins avancée. L'un des défis du ministère de la santé à cet effet est de répondre aux besoins de la population, et de leur assurer des soins de qualité. (Ministre de la santé Maroc, 2005). Ceci permettra en effet, d'assister les patients en fin de vie qui parfois sont évacués vers leur domicile dans la phase la plus critique de leur vie, ou bien, meurent dans une souffrance injustifiée et dans l'isolement total, sans aucun soutien ni prise en charge digne.

Partant de ce fait aussi, L'OMS (2007) a plaidé, dans la politique de prise en charge du cancer, pour la généralisation des soins palliatifs. De même, le Galès-Camus (2005) avance qu'il y a un besoin urgent de soins palliatifs dans le monde entier pour les malades souffrant d'un cancer à un stade avancé (OMS, 2007). Pour que la fin de vie de ces patients soit débonnaire, paisible, digne et confortable.

Récemment en 2013, le **CIRC<sup>1</sup> (Centre International de Recherche sur le Cancer)** qui constitue l'agence spécialisée de l'Oms sur le cancer, a publié les dernières données sur

---

<sup>1</sup>Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) fait partie de l'organisation mondiale de la Santé. Sa mission consiste à coordonner et à mener des recherches sur les causes du cancer chez l'homme et sur les mécanismes de la cancérogenèse, ainsi qu'à élaborer des stratégies scientifiques de lutte contre le cancer. Le Centre participe à des recherches épidémiologiques et expérimentales, et assure la diffusion de l'information scientifique au moyen de publications, de conférences, de cours, et de bourses d'études.

l'incidence, la mortalité et la prévalence du cancer dans le monde. La nouvelle version de la base de données en ligne du CIRC, GLOBOCAN 2012, donne les estimations les plus récentes pour les 28 types de cancers dans 184 pays et offre un aperçu complet du fardeau mondial du cancer.

En 2012, le fardeau mondial du cancer s'élevait à 14,1 millions de nouveaux cas et à 8,2 millions de décès par cancer par rapport à 12,7 millions et 7,6 millions en 2008 respectivement (CIRC, 2013). Les estimations de la prévalence pour 2012 montrent qu'on comptait 32,6 millions de personnes vivantes (âgées de plus de 15 ans) chez qui on avait diagnostiqué le cancer au cours des cinq années précédentes.

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du poumon (avec 1,8 million de cas, soit 13,0% du total), du sein (1,7 million de cas, ou 11,9% du total) et le cancer colorectal (1,4 million de cas, ou 9,7% du total). Les causes les plus fréquentes de décès par cancer étaient les cancers du poumon (1,6 million de décès, 19,4% du total), du foie (0,8 million de décès, 9,1% du total) et de l'estomac (0,7 million de décès, ou 8,8% du total), (CIRC, 2013).

Les projections fondées sur les estimations de GLOBOCAN 2012 anticipent une augmentation substantielle de 19,3 millions de nouveaux cas de cancer par an d'ici à 2025 en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale. Plus de la moitié de tous les cancers (58,8%) et des décès par cancer (64,9%) en 2012 ont été enregistrés dans les régions les moins développées du monde et ces proportions augmenteront encore d'ici à 2025, (CIRC, 2013).

De tous ces constats, il faut convenir que l'amélioration de la lutte contre le cancer reposera tout simplement sur des stratégies de prévention et des programmes de détection précoce, notamment des campagnes d'information du public et des opérations de dépistage dont le succès dépendra de l'utilisation propice et favorable des possibilités de traitement.

L'OMS estime que malgré l'explosion des connaissances sur la biologie des tumeurs, il faudra sans doute attendre encore une dizaine d'années avant que ces acquis ne conduisent, par la mise au point de médicaments et de protocoles thérapeutiques nouveaux, à une réduction de la mortalité cancéreuse. Les différents aspects du combat mené contre le cancer doivent donc être envisagés comme s'inscrivant dans une démarche systématique et globale, c'est à dire dans un plan ou une stratégie de lutte anticancéreuse.

Les instances qui doivent être impliquées dans ce combat sont entre autres **les pouvoirs publics, les organismes non gouvernementaux, le secteur privé et les organisations professionnelles** de même que **la société civile**. L'objectif commun reste en effet la réduction

de la morbidité et la mortalité par cancer et chaque instance doit jouer un rôle important au sein d'un programme, d'un plan ou d'une stratégie de lutte contre le cancer et cela à des degrés divers selon la situation de son pays.

De nos jours, il est à noter qu'il existe une valeur importante de la prise en charge et l'importance de la chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie, des soins palliatifs et d'autres méthodes de traitement du cancer.

Reconnaissant la contribution que le CIRC (**Centre International de Recherche sur le Cancer**) apporte depuis 40 ans à la recherche sur l'étiologie et la prévention du cancer en fournissant des données factuelles sur la prévalence et l'incidence du cancer dans le monde, les causes du cancer, les mécanismes de la carcinogenèse et les stratégies efficaces de prévention et de dépistage précoce<sup>2</sup> ; (p02).

De plus l'importance d'un financement suffisant des programmes de prévention et de lutttes anticancéreuses et de soins palliatifs, en particulier dans les pays en développement<sup>3</sup> ; L'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) invite les Etats membres à donner aussi la priorité à la recherche sur les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge du cancer, y compris, le cas échéant, les thérapies et médicaments traditionnels, notamment pour les soins palliatifs.

Ces Etats doivent aussi participer activement à l'application des stratégies intégrées de promotion de la santé et de prévention mises au point par l'OMS pour les facteurs de risque de maladies non transmissibles, y compris le cancer, par exemple la consommation de tabac, une mauvaise alimentation, l'abus d'alcool et l'exposition à des agents biologiques, chimiques et physiques notoirement cancérigènes, et à envisager de signer, ratifier, accepter, approuver, adhérer ou confirmer de manière formelle la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Il leurs importe aussi de rechercher des mécanismes appropriés de financement des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs, en particulier dans les pays en développement.

Ces derniers doivent aussi faire une étude de toutes les possibilités afin de rendre les médicaments de chimiothérapie plus accessibles, plus abordables financièrement et plus largement disponibles, pour le traitement des cancers liés au VIH/SIDA (le cancer du col de l'utérus par exemple).

---

<sup>2</sup>Prévention et lutte anticancéreuses, Cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé, WHA58.22, Point 13.12 de l'ordre du jour 25 mai 2005.

<sup>3</sup> Op.cit., p02

L'OMS estime qu'aussi avec son aide, les pays en développement doivent pouvoir améliorer leur accès aux technologies appropriées pour le diagnostic et le traitement du cancer afin de promouvoir le diagnostic et le traitement précoces de la maladie.

L'Organisation Mondiale pour la Santé incite ces Etats dans la promotion des recherches sur les études coût-efficacité de différentes stratégies de prévention et de prise en charge de divers cancers. Toutes ces orientation et recommandation de la structure a pour but unique de favoriser une éradication ou une diminution du taux élevé de malades de par une action mondiale contre le cancer.

## **1.2 Prévalence des maladies chroniques au Sénégal**

Dans la liste des maladies chroniques sont rangés le diabète, la drépanocytose, l'hypertension artérielle et le cancer. La maladie chronique est caractérisée par une quête de soins longue et complexe. Dans le « processus de recherche de soins » (Chrisman N.J., 1977), le patient âgé se réfère, souvent, aux différentes ressources sociales, pouvant lui fournir l'information qu'il faut sur la qualité des offres thérapeutiques existantes. Une bonne connaissance de leur prévalence est importante dans l'élaboration des stratégies de prévention, la prise en charge et la réalisation de programmes de lutte contre ces maladies.

Au Sénégal, la Direction de la Lutte contre la Maladie du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale porte un intérêt particulier aux statistiques sur les maladies chroniques en vue d'affiner les politiques de santé adoptées ou de suivre leur évolution.

Une étude menée en 2013 nous montre que principalement les maladies chroniques sont l'hypertension artérielle/AVC, le diabète, l'asthme ou bronchite chronique ou encore les maladies cardiovasculaires. Ce sont des affections de longue durée et les maladies évolutives.<sup>4</sup>

La proportion de personnes déclarant une maladie chronique au niveau de la population est relativement élevée selon le rapport EDSMICS, 2010-2011 cité par l'ANDS : 18,6% des femmes contre 8,5% des hommes. Les principales maladies et le handicap dont les enquêtés se sont plus souvent plaints sont l'hypertension artérielle, l'asthme ou les bronchites chroniques, les maladies cardiaques et la paralysie. Chez les femmes âgées de 15-49 ans, les maladies chroniques spécifiques les plus évoquées sont l'hypertension artérielle (10,5%), suivie des affections respiratoires chroniques, notamment l'asthme et les bronchites chroniques (3,4%), des maladies cardiaques (0,8%) et du diabète (0,5%). Pour les hommes de 15-59 ans, les plaintes pour les maladies chroniques portent aussi en particulier sur l'asthme et les bronchites

---

<sup>4</sup> NDIAYE Alfred Inis et al. L'exclusion sociale et les initiatives de gratuité des soins de santé au Sénégal : Exemple de la prise en charge des personnes âgées par le Plan Sésame, Rapport, Mars 2013.

chroniques (3,7%), l'hypertension artérielle (2,1%), le diabète (0,5%), l'insuffisance rénale (0,4%), la paralysie (0,3%), les maladies cardiaques (0,3%) et le cancer (0,1%).<sup>5</sup>

S'il n'y a pas une politique de la santé qui englobe toutes les maladies dangereuses en matière curative et de prévention, les populations seront toujours exposées aux maladies chroniques comme le diabète et le cancer. C'est ainsi que, dans l'Enquête démographique de Santé (EDS-Continue, 2014) ont été pris en compte la prévalence des maladies chroniques et les facteurs de risques comme le tabagisme et la consommation d'alcool qui sont associés à certaines de ces maladies, afin de développer des stratégies pouvant les contrecarrer.

### **1.2.1 Femmes et maladies chroniques**

On note dans (EDS-Continue, 2014) des informations sur le pourcentage des femmes de 15-60 ans et plus qui souffrent d'une maladie chronique et les pourcentages qui souffrent de maladies chroniques par type de maladie, selon certaines caractéristiques démographiques. Vingt pour cent des femmes de 15-60 ans ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique. La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement avec l'âge, variant de 6 % à 15-19 ans à 39 % à 60 ans ou plus.

La maladie la plus fréquemment déclarée par les femmes qui ont déclaré souffrir d'une maladie chronique est, de loin, l'hypertension artérielle (45 %). En outre, dans 12 % des cas, les femmes ont déclaré souffrir d'ulcération chronique et dans 10 % des cas, d'asthme.

Signalons aussi que le diabète a été cité par 6 % des femmes. Les variations avec l'âge diffèrent selon la maladie chronique. En effet, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'arthrose et la cataracte, les résultats montrent clairement que la prévalence augmente avec l'âge, de 11 % à 15-19 ans à 59 % à 60 ans et plus pour l'hypertension et respectivement de 3 % à 10 % pour l'arthrose et respectivement de 2 % à 6 % pour la cataracte.

Il en est de même pour le diabète qui affecte 2 % des femmes de 20-34 ans contre 9 % de celles de 60 ans et plus. Par contre, la tendance est inversée en ce qui concerne l'asthme, le pourcentage de femmes ayant déclaré en souffrir diminue avec l'âge, passant de 37 % à 15-19 ans à 7 % parmi les 60 ans et plus. On constate cette même tendance avec l'âge pour les maladies de la peau, les céphalées chroniques et la drépanocytose.

Les résultats montrent que la prévalence des maladies chroniques est plus élevée en milieu urbain (21 % contre 18 % dans le milieu rural). Ce constat n'est valable que pour certaines affections comme le diabète qui touche 9 % des femmes en urbain contre 4 % en

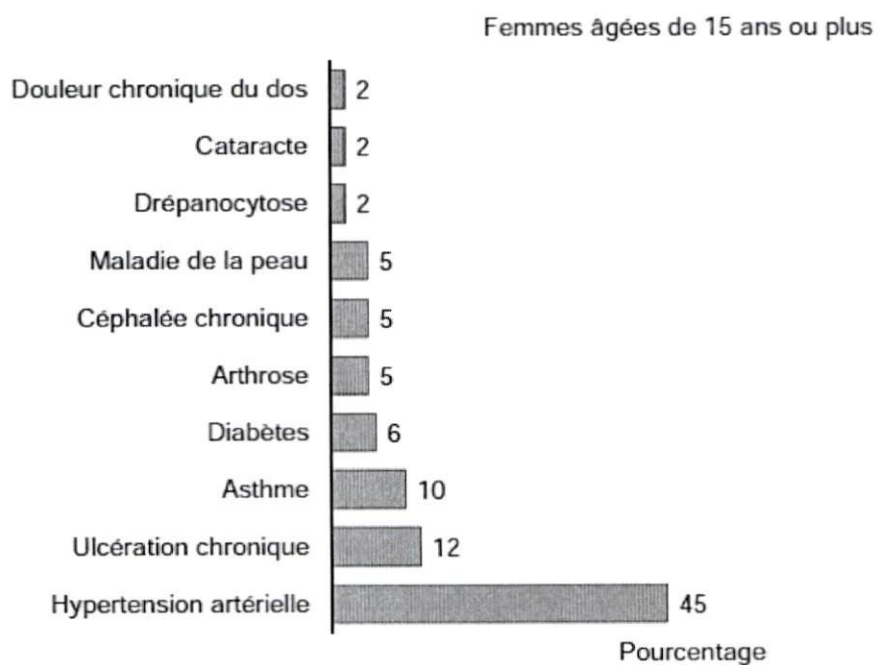
---

<sup>5</sup> Ibid.

milieu rural, l'asthme (13 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural) et la drépanocytose (3 % en milieu urbain et 1 % en milieu rural). Par contre, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'écart entre les deux milieux de résidence est très faible (44 % en urbain contre 46 % en rural). Cette prévalence des maladies chroniques est nettement plus élevée dans la région Nord que dans les autres, en particulier que dans celle du Centre, qui détient la prévalence la plus faible (13 %).

Par contre, c'est dans cette région que le pourcentage de femmes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle est, de loin, le plus élevé (61 %), suivi par la région Sud (47 %). La région Sud se caractérise par la prévalence de l'ulcération chronique la plus élevée, 21 % des femmes ayant rapporté en souffrir. Cette affection a également été déclarée par 13 % des femmes du Nord et par 13 % de celles du Centre. Le diabète et l'asthme seraient, par contre, plus prévalents dans la région Ouest, respectivement 11 % et 17 % des femmes ayant déclaré en souffrir.<sup>6</sup>

**Graphique 1: Pourcentage de femmes atteintes d'une maladie chronique par type de maladie**



Source : EDS-Continue, Sénégal 2014

<sup>6</sup> EDS-Continue, Sénégal 2014

### 1.2.2 Hommes et maladies chroniques

Chez les hommes, 13 % des cas, les hommes ont déclaré souffrir de maladie chronique, soit un pourcentage plus faible que chez les femmes (20 %). Globalement, les hommes ont déclaré souffrir des mêmes maladies que celles déclarées par les femmes. Il s'agit de l'hypertension artérielle (27 %), de l'ulcération chronique (12 %), de l'asthme (12 %) et du diabète (9 %).

Les variations de la prévalence selon l'âge pour la plupart des maladies sont semblables à celles constatées chez les femmes : en effet, le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle augmente avec l'âge, de 2 % à 15-19 ans à 52 % parmi les 60 ans et plus. Celle du diabète varie respectivement de 7 % à 11 % et celle de la cataracte de 0,8 % à 8 %. À l'inverse, on constate, comme chez les femmes que la prévalence de l'asthme diminue avec l'âge, passant de 33 % à 15-19 ans à 6 % à 60 ans et plus. La prévalence déclarée des maladies de la peau et de la céphalée chronique suit cette tendance à la baisse avec l'âge.

Le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'une maladie chronique présente des variations moins importantes que celles observées chez les femmes. Cependant, comme chez les femmes, c'est dans la région Nord (19 %), parmi ceux sans niveau d'instruction (15 %) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quatrième quintile<sup>7</sup> ou le quintile le plus riche (respectivement 13 % et 14 %) que la prévalence déclarée des maladies chroniques est la plus élevée. Les résultats selon le type de maladie montrent que l'hypertension artérielle a été plus fréquemment déclarée par les hommes vivant en milieu rural qu'en milieu urbain (32 % contre 22 %).

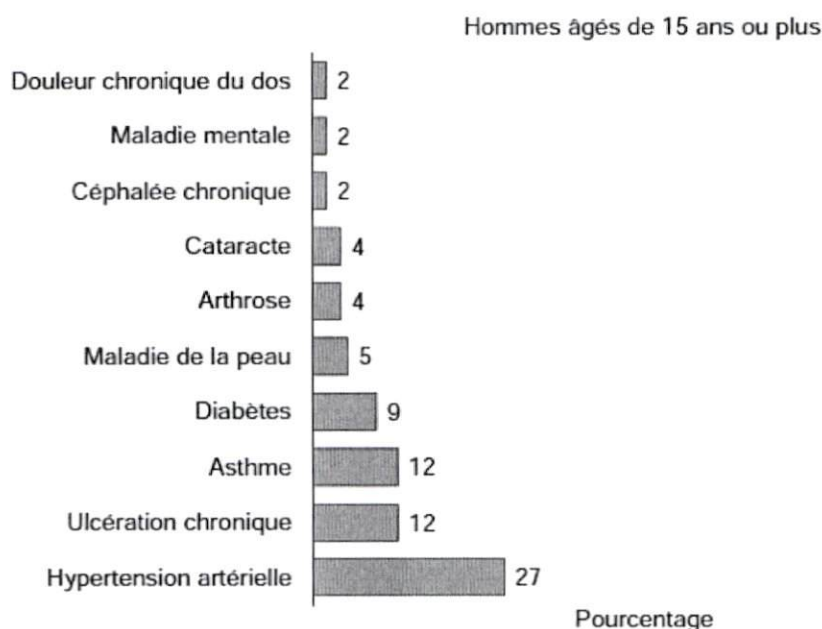
C'est dans la région du Centre (39 %), parmi ceux sans instruction (34 %) et parmi ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus pauvre (36 %) que le pourcentage d'hommes ayant déclaré souffrir d'hypertension artérielle est le plus élevé. L'asthme a été plus fréquemment rapporté en milieu urbain qu'en milieu rural (14 % contre 9 % en rural), dans les régions du Nord et de l'Ouest (14 % et 13 %) et surtout par les hommes ayant un niveau d'instruction primaire (23 %). Quant au diabète, il est plus prévalent en milieu urbain (11 % contre 6 % en milieu rural), dans la région Ouest (13 % contre un minimum de 5 % dans le Sud) et parmi les hommes dont le ménage est classé dans le quatrième quintile (13 % contre un minimum de 2 % dans le plus pauvre).<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Le quintile est une portion de la distribution de fréquence contenant un cinquième du total de l'échantillon.

<sup>8</sup> EDS-Continue, Sénégal 2014



**Graphique 2: Pourcentage de hommes atteints d'une maladie chronique par type de maladie**



Source : EDS-Continue, Sénégal 2014

Face à la prise en charge de ces pathologies, les enquêtes (EDS-Continue, Sénégal 2014) montre que les deux-tiers des personnes souffrant de maladies chroniques prennent un traitement de manière régulière. Ce pourcentage augmente avec l'âge, de 61 % à 15-19 ans à 75 % parmi ceux de 60 ans et plus.

Suivre un traitement est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (69 % contre 62 %), dans les régions Nord et Ouest (68 % et 71 %) que dans les deux autres (58 % dans les deux cas). Le suivi d'un traitement semble aussi être influencé par le niveau d'instruction et par le quintile de bien-être économique dans lequel est classé le ménage dans lequel vit la personne malade.

La remarque particulière faite par rapport à la lecture de cette enquête (EDS-Continue, Sénégal 2014) est que il n'a été nullement mentionnée l'existence du cancer ou de sa prise en charge dans la liste des pathologies chroniques nommées au-dessus. *Est-ce un manque d'informations fiables par rapport à la maladie, qui fait que les personnes déclarent d'autres maladies ou encore non-prise en considération du cancer dans l'élaboration des programmes de prévention et de prise en charge par les politiques publiques ?*

### 1.3 Système hospitalier sénégalais face aux cancers

Le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 traduit de façon concrète la politique du gouvernement du Sénégal en matière de Santé et d'Action Sociale. La définition des Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action Sociale a permis la traduction des priorités du PNDS en Programme d'Investissements Sectoriel (PIS) pour la période 2011-2015.

Les priorités du Programme d'Investissements Sectoriel (PIS) ont tenu compte du cadre tracé par le DPES (Document de Politique Economique et Social). Ces priorités concernent la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, la prévention et la lutte contre la maladie, le renforcement du système de santé et l'amélioration de la gouvernance sanitaire avec des objectifs pertinents dont la réalisation nécessite la mobilisation de ressources financièrement estimées à environ 1050 milliards de francs CFA pour les cinq (05) années du Programme.

Le PIS 2011-2015 met l'accent sur le renforcement des capacités en matière de surveillance épidémiologique en élargissant les sessions de recyclage au secteur privé. La surveillance communautaire intégrant les tradipraticiens sera également promue. La logistique et les équipements seront renforcés pour une meilleure prise en charge des cas et une bonne gestion des situations épidémiques. Les capacités des laboratoires pour la confirmation rapide des épidémies seront améliorées notamment au niveau régional et de district. Le fonds de riposte rapide face aux épidémies et le budget campagne de masse seront maintenus voire renforcés. Les normes et protocoles et le système de coordination seront révisés en impliquant les différents acteurs notamment le réseau national de laboratoire, la division de la surveillance épidémiologique, la division de lutte contre la maladie, les régions médicales et les districts.

Les maladies non transmissibles (MNT) ciblées dans le cadre du PIS sont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales, la drépanocytose, l'hémophilie, les maladies bucco dentaires, les maladies oculaires et les cancers.

Les interventions revêtent plusieurs formes:

- Surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque (Enquête STEPS prévue pour l'année 2011/2012);
- Prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ;
- Dépistage précoce ;

- Mise en place de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Création de centres de référence fonctionnels (équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux.

Le PIS entend relever le défi de l'accès au traitement pour ces pathologies notamment pour les pauvres. Pour ce faire, un effort sera fait pour le renforcement des capacités des services de santé au niveau des régions et districts en matière de dépistage et de prise en charge thérapeutique. Au besoin des stratégies mobiles à partir des unités opérationnelles seront mises en œuvre. La prévention est aussi promue et consiste essentiellement à réduire l'exposition des populations aux différents facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, mauvaise alimentation, etc.) à travers une stratégie de communication suffisamment élaborée qui associe des stratégies communautaires et multisectorielles.

Le programme de lutte contre le cancer dans son approche, cible 40 prestataires à former par an sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA/IVL- cryothérapie. Seront aussi créées dès 2011/2012, 4 unités de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA/IVL- cryothérapie au niveau régional avec des perspectives de multiplication de ces unités pour atteindre toutes les régions d'ici 2015 (PIS 2011-2015).

La politique sanitaire sénégalaise retrouve son fondement dans la Constitution (article 17) et vise les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement). Cette vision reste en effet, un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualités sans aucune forme d'exclusion. L'objectif majeur nous intéressant dès lors consiste à l'accroissement des performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie. Il faut considérer qu'au Sénégal, la prévention reste une option majeure dans la politique de santé parce qu'ayant comme soubassement son ancrage aux soins de santé primaire.

Au cours de ces trois dernières années, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles surtout celles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts même si les interventions restent encore timides. C'est ainsi qu'est née la notion de *maladie chronique à soins coûteux* (PIS, 2011-2015).

Dans cette rubrique, sont rangés des maladies telles l'insuffisance rénale, le diabète, de même que le cancer. Ces maladies de plus en plus fréquentes dans toutes les couches de la population, sont causes de basculement des ménages dans la pauvreté.

L'enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles avec l'OMS devrait permettre d'orienter les stratégies surtout pour la prévention de ces maladies dont les soins sont onéreux.

Le Sénégal, dans sa politique de santé publique, envisage depuis 2006 la mise en place d'un Programme national de lutte contre le cancer. L'objectif général fixé avec l'élaboration d'un projet de lutte contre le cancer, est d'aboutir à un plan continental.

Ainsi, le plan comporte six (06) objectifs<sup>9</sup> :

- L'information
- La sensibilisation avec plusieurs activités à l'appui
- Eduquer la population
- Procéder par un dépistage et un diagnostic
- Formation de personnel pour la prise en charge médicale et psychosociale et l'accès aux médicaments anti-cancéreux
- Décentralisation des structures avec la création de pôles régionaux de cancérologie.

Selon l'OARTEC (Organisation Africaine pour la Recherche et l'Enseignement de la Cancérologie), le cancer constitue un problème de santé publique qui peut être dépisté, guéri et même vacciné. Les vaccins contre le cancer sont chers et ses médicaments doivent être inscrits dans les **médicaments essentiels** pour réduire les coûts et les rendre accessibles. Une telle initiative a été prise en compte par la firme pharmaceutique GAVI (L'Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunsation) en Juin 2013 en diminuant le prix du vaccin contre le cancer HPV (Human Papiloman Virus) à 5 dollars et les pays peuvent l'avoir à 0,20 ou 0,40 dollar. Ainsi, le Sénégal se joint à tous les autres pays du monde.

Le cancer lorsqu'il est décelé très tôt est curable et le dépistage se fait par rapport aux anomalies survenues. Vue sous cet angle les autorités sénégalaises depuis 2006, traite la question de la mise sur pied d'un plan quinquennal qui aurait pour ambition de répondre aux besoins des patients souffrant de la maladie. Mais par faute de mesures efficaces, la mise en

---

<sup>9</sup> Source : SNEIPS (Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé)

place du programme accuse d'un retard inquiétant et les documents souffrent toujours dans les tiroirs.

Le cancer atteint en majorité la partie la plus productive d'une population : les personnes entre 40 ans et plus qui constitue en effet la tranche d'âge qui tient l'économie de nos pays. Il est noté dans le registre du Service de cancérologie de l'hôpital Aristide Le Dantec (Dakar) que le Sénégal enregistre plus de 6500 cas de cancer chaque année et les cancers les plus fréquents sont ceux du col de l'utérus, de la prostate, du sein et du foie (les femmes sont les plus touchées). Et avec l'inexistence d'un programme de dépistage précoce et l'insuffisance des capacités de diagnostic et de traitement, on note une insuffisance au niveau prise en charge de la maladie cancéreuse.

Le problème à souligner à cet effet au Sénégal, constitue la connaissance limitée sur les maladies non transmissibles comme le cancer. Par conséquent, on assiste à des diagnostics erronés, un pourcentage élevé diagnostiqué qu'à des stades avancés, une prise en charge tardive des patients. A cela s'ajoute une faible disponibilité des soins préventifs et curatifs du cancer qui fait que des patients sont abandonnés par le système sanitaire à un stade avancé de leur maladie. De même, en raison de manque des soins palliatifs de base, les patients ont recourt à des analgésiques de faible niveau qui ne peuvent pas les soulager de leur douleur. Dès lors, on observe chez le malade des changements sur le physique (amaigrissements), des conséquences au niveau psychologique et social.

## CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

### 2.1 Problématique

Les systèmes de santé sont mis à l'épreuve par des demandes de santé de plus en plus complexes des populations. Ils sont confrontés aux questions de l'accès et d'équité qui exigent d'être rigoureusement étudiées pour une compréhension correcte du fonctionnement et de la fonctionnalité du système. Ces questions sont assez pressantes en Afrique.

Au Sénégal, de manière spécifique, pour le secteur de la santé, l'accent a été mis sur le développement d'infrastructures modernes destinées à permettre aux populations un accès aux services de soins spécialisés. L'accès de cette population aux structures de soins et aux médicaments en quantité et en qualité constitue un maillon essentiel dans cette action des pouvoirs publics (Badji, 2008).

L'état de santé n'est pas uniquement le résultat d'un comportement individuel mais il est aussi lié aux revenus, aux modes d'alimentation et de vie, aux pratiques culturelles. Les politiques de santé ont peu de chances d'avoir la moindre efficacité si la dimension sociale et la dimension des inégalités sociales, ne sont pas prises en compte.

Au Sénégal, les inégalités en matière de santé touchent l'accès aux services sanitaires et leur utilisation par les usagers. Elles sont parfois évitables et injustes parce qu'associées à des circonstances socioéconomiques comme le niveau de richesse ou la position géographique, qui place systématiquement certains groupes sociaux en situation désavantageuse. Elles sont d'ordre social, elles constituent une violation du précepte de base de la justice sociale, selon laquelle tous doivent avoir une chance égale d'être en bonne santé. Si toutefois une inégalité sociale est notée dans le secteur de la santé, la politique de santé au Sénégal s'articule pourtant autour de l'accès aux soins de santé de qualité garantie à toute la population quel que soit le statut socio-économique.

L'impact négatif du cancer sur les individus et la société peut être largement réduit grâce à des programmes de lutte contre le cancer. Celle-ci va de la prévention et du dépistage à la prise en charge de la maladie, à la rééducation et aux soins palliatifs. La mise en œuvre des mesures de lutte contre le cancer nécessite une volonté politique, la mobilisation des ressources et une stratégie partagée qui implique les organisations gouvernementales et non gouvernementales, en particulier les services de santé, les associations locales et les associations de patients. L'OMS a réagi à ce défi en proposant des recommandations pour la création de Programmes nationaux de lutte contre le cancer, qui portent en particulier sur les besoins des

pays en développement et incluent des perspectives au niveau mondial pour une lutte efficace contre cette maladie.

Le rapport de la recherche de Human Rights Watch au Sénégal en Décembre 2012 et Juillet 2013 a révélé par ailleurs que le pays ne dispose pas de système public d'assurance santé. Certains professionnels ont une assurance privée par le biais de leur travail. Ce qui fait que la majorité des patients paient de leur poche pour presque toutes les consultations médicales, les procédures et les traitements. Même les patients qui arrivent en salle d'urgence dans un état critique et ceux en soins postopératoires doivent attendre parfois avec des douleurs intenses, jusqu'à ce qu'un membre de la famille puisse aller chercher les médicaments à la pharmacie.

Ce rapport a montré qu'au Sénégal, 6600 cas sont diagnostiqués (cancer du col de l'utérus et du foie), et les 5100 décèdent suite à la maladie. Il révèle de même, le retard de la mise en place du Programme national de lutte contre le cancer au Sénégal dont les documents souffrent dans les tiroirs depuis 2006 par fautes de mesures efficaces.

Les questions majeures que l'on peut se poser sont : *pourquoi certains patients ont du mal à se faire soigner au niveau des structures sanitaires alors que pour d'autres y accèdent facilement ? Pourquoi certaines catégories sociales bénéficient d'une protection médicale alors que d'autres présentant des risques sanitaires semblables ne peuvent pas en bénéficier ?*

Les inégalités d'accès aux soins et les politiques sanitaires influent sur la façon dont les gens vivent et sur le risque de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. L'insuffisance des moyens mis au service de la santé de la population sénégalaise s'accompagne le plus souvent d'une concentration excessive des infrastructures dans la région de Dakar au détriment des autres régions.

Le Sénégal a adopté dans sa politique de santé la stratégie des soins de santé primaires dont l'objectif principal est d'assurer les soins de santé à tout le monde. Et pourtant une évaluation a permis de détecter une inégalité criarde face à l'accès aux soins.

De ce fait, une analyse socio-anthropologique serait nécessaire pour mieux appréhender les problèmes, les formes d'inégalité d'accès aux soins à travers un cas concret de pathologie : le cancer. Ces problèmes d'inégalité sont liés parfois aux discriminations sociales, à une pauvreté extrême, à la corruption, aux disparités économiques et à une absence de politique sociale relative à la santé de la population et à un non-respect des droits fondamentaux de l'homme. Le droit à la santé fait partie des droits essentiels de l'homme. L'accès aux soins reste un droit fondamental.

A ces difficultés majeures en matière d'inégalité de santé accentuées aussi par difficultés de transfert ou d'évacuation en cas d'urgence des malades relatives au manque de logistique (ambulances) et du fait de l'impraticabilité des routes, s'ajoute la problématique d'une connaissance limitée par les populations à la base sur les maladies non transmissibles comme le cancer. Ce qui, dès lors, cause des diagnostics erronés, une prise en charge tardive des patients, un pourcentage élevé diagnostiqué qu'à des stades avancés de la maladie, une faible disponibilité des soins palliatifs pour la maladie.

Les tendances qui se dessinent aujourd'hui autour des maladies chroniques et dégénératives semblent en revanche résulter d'une évolution des modes de vie liées à l'urbanisation (environnement mal maîtrisé) et au vieillissement concomitant de la population (dégradation de l'état de santé à mesure que les individus avancent en âge). De plus en plus, les mécanismes qui agissent sur la santé et la maladie sont associés à de nouveaux modes de consommation (régime alimentaire plus calorique et plus salé, alcool et tabac) et de nouveaux styles de vie (sédentarité et diminution de l'activité physique, stress psycho-social, pollution, isolement). Ces derniers vont induire de véritables changements épidémiologiques (cancers, troubles du métabolisme, accidents de la voie publique, etc.) et dresser un tableau sanitaire qui invite aujourd'hui le gouvernement à prêter rapidement attention aux pathologies chroniques en réorientant complètement le système de soins et les messages de prévention, sans quoi les besoins de la population généreront des coûts que les structures publiques et les familles ne seront pas en mesure de supporter (équipements de pointe, personnels de soins spécialisés, prise en charge des maladies chroniques souvent à vie, etc.).

#### **a. La situation sanitaire des personnes âgées au Sénégal**

En occident, le terme de « troisième âge » est utilisé pour qualifier les personnes âgées. Mais le vieillissement semble ne pas être vécu de la même manière sur les deux continents. Si l'occident répartie la vie en trois périodes (formation, travail et retraite) et axe l'appellation du vieux sur le concept de « troisième âge », l'Afrique elle, use des termes tels vieux, sages, aînés ou encore anciens pour montrer la valeur donnée aux personnes âgées qui sont considérées comme les détenteurs de savoir sociétal. Ces propos de l'homme de culture malien Amadou Hampâté Bâ l'affirme : « *En Afrique, un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* ». Ceci témoigne en effet de l'importance vouée à cette catégorie sociale dans des sociétés africaines au temps, dominées par l'oralité.



*Les anciens, détenteurs du savoir technologique et social, sont vénérés. Ils interviennent dans différents actes à caractère juridique, transmission d'héritage, intégration dans la généalogie, demande de mariage. En détenant la tradition, ils sont identifiés comme ceux qui ont l'identité du groupe, cela leur donne une certaine légitimité, liée à l'organisation de la société. Le rôle des anciens tient aussi « du principe de la génération alternée ». Pour les petits-enfants, les grands-parents sont des camarades d'âge. Ils peuvent dire tout ce qu'ils n'osent pas dire devant les parents. En effet, les grands-mères s'occupent des enfants sevrés au point de se substituer aux mères biologiques. Elles gardent ces enfants et leur apprennent des chants, des contes puis le langage de tous les jours et les premiers comportements. On commence par les choses simples, puis par l'histoire de la famille, celle du père et de la mère. A ce titre les grands-parents jouent un rôle incontestable dans la régulation des rapports familiaux.<sup>10</sup>*

Si la plupart des études ont jusque-là été menée sur l'état des problèmes auxquels sont confrontés les jeunes constituants près de 50% de la population des pays en développement, la problématique du vieillissement aujourd'hui apparaît de plus en plus comme point central pour les études dans ces pays aux contextes marqués par une transition démographique. La situation des personnes âgées reflète en partie la situation globale des pays africains marquée par le taux élevé de la prévalence de la pauvreté et les faibles performances des politiques publiques. Très rarement des études se sont penchées par exemple sur les besoins spécifiques des personnes âgées. Ils semblent que ces besoins sont souvent ignorés dans les programmes portant sur la santé et la nutrition, essentiellement orientés vers la lutte contre la malnutrition des enfants et des femmes enceintes (santé de la reproduction). Raison pour laquelle, il existe très peu d'informations à propos de leurs besoins et exigences en matière d'aliments.

De nos jours, la pyramide sanitaire semble opérée une reconfiguration avec un nombre important de personnes âgées. L'explication de ce fait est axée autour d'aspects telle que l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration des conditions sanitaires, la transformation des modes de vie etc. L'urbanisation, ainsi que les dynamiques sociales qu'elle entraîne, participent à la redéfinition de la place et du rôle des personnes âgées et, partant, des relations intergénérationnelles (Hane, 2011). Cependant, ces changements ont un impact particulier sur la situation des personnes âgées, qui, souvent du fait de leur vulnérabilité, sont confrontées à des problèmes de santé, nous permettant ainsi de s'interroger.

---

<sup>10</sup> EZÉMBÉ Ferdinand, L'enfant africain et ses univers, Paris, Karthala, 2009.

*Par ailleurs, ces transformations des modes de vie s'accompagnent du développement de maladies cardiovasculaires et de pathologies liées au vieillissement entraînant des handicaps. Or, dans la plupart des pays en développement comme le Sénégal, les institutions de prise en charge de ces personnes sont rares. Seules deux structures (l'institut de gériatrie sociale et l'IPRES), concentrées dans la capitale Dakar, existent. Les familles sont donc ainsi obligées de se substituer à ces institutions pour gérer leurs « vieux handicapés ».*

En Afrique, la situation sanitaire des personnes âgées est peu connue et les recherches dans ce domaine sont très récentes. L'étude de la mortalité adulte se restreint généralement aux moins de 60 ans et celle des plus âgés pose d'importants problèmes de mesure, notamment de fiabilité des âges déclarés. L'accès aux soins est d'autant plus difficile en milieu rural où on retrouve la plupart des personnes âgées, lesquelles sont peu mobiles. Aussi, les personnes âgées préféreraient recourir à la médecine traditionnelle (Massengo, 2002) et, malades, seraient plus enclines à rester chez elles pour mourir près de leurs proches (Thomas, 1994). Ceci en effet, témoigne de l'importance de la famille, des proches et de l'entourage dans la prise en charge de personnes âgées. Dans les pays africains, même si elle éprouve des difficultés notoires, la famille constitue un élément crucial dans la prise de décision quand la personne est malade, à l'accès aux ressources financières pour le traitement et dans le choix même des recours thérapeutiques.

*La prise en charge des personnes âgées en Afrique reste exclusivement du ressort de la famille qui éprouve, aujourd'hui, d'énormes difficultés pour assumer ce rôle, en raison de la pauvreté qui affecte les ménages et des mutations sociales. Aussi, beaucoup de personnes âgées doivent se résoudre à travailler, en dépit de leurs ressources physiques déclinantes.<sup>11</sup>*

L'offre de soins dans les infrastructures sanitaires, toujours centrée sur la santé reproductive, n'est pas adaptée aux problèmes de santé des adultes et des personnes âgées en particulier (Kouamé, 1990). Entre 2005-2010, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 51,5 ans en Afrique subsaharienne et les personnes âgées de 60ans auraient encore en moyenne une quinzaine d'années à vivre (14,8 ans pour les hommes et 16,6 ans pour les femmes), soit quatre années de moins que la moyenne mondiale (Nations Unies, 2009). Il existe probablement une grande diversité de situations, notamment entre le monde urbain et le monde rural, ce

---

<sup>11</sup> NDIAYE Alfred Inis et BA Maymouna, Personnes les plus âgées en Afrique, santé et inclusion sociale, CREPOS, 2013.

dernier étant généralement caractérisé par de moins bonnes conditions socio-économiques et sanitaires impliquant des niveaux de mortalité plus élevés.<sup>12</sup>

La connaissance des causes de décès reste également très fragmentaire. Comme dans les pays du Nord, les problèmes de santé des personnes âgées sont aussi liés aux maladies cardiovasculaires, aux cancers et autres maladies de dégénérescence, pour la plupart chroniques et non transmissibles (Prost, 2000). Mais ces « pathologies de la sénescence sont d'autant plus graves qu'elles surviennent sur un fond de fragilité dû aux carences nutritionnelles et à de multiples affections » (Attias Donfut et Rosenmayr, 1994, p. 14). En Afrique subsaharienne, les personnes âgées sont toujours victimes de maladies infectieuses (tuberculose, sida et infections digestives chroniques) ainsi que de troubles nutritionnels (Kahn *et al.* 2006 ; Sankoh *et al.* 2003 ; Massengo, 2002 ; Ka-Cisse et Sow, 1995 ; Centre international de gérontologie sociale, 1985).<sup>13</sup>

En Afrique subsaharienne, les informations sur la santé des personnes âgées sont rares. Souvent elles ne sont pas prises en compte très spécifiquement dans les statistiques sanitaires. De plus, très peu de recherches en santé s'intéressent à cette catégorie de la population. En se basant sur une lecture des statistiques, on note que les personnes âgées sont confrontées à la coexistence de pathologies aiguës et de pathologies chroniques. Ces dernières n'ont pas de cause identifiée et sont liées à des facteurs de risque : un état physiologique (âge, sexe..) ou environnemental, qui concourent à l'apparition de la maladie. (Ndiaye et Ba, 2013)

La caractéristique des maladies chroniques fait référence à un état d'invalidité et de handicap aggravant ainsi l'état de pauvreté. Les maladies dites chroniques portent des conséquences lourdes chez les familles parce qu'elles génèrent des dépenses couteuses (surtout pour l'achat de médicaments de spécialités). Ces dépenses affectent toutefois et très lourdement la pension de retraite ou le budget familial qui souvent sont très insuffisants. Il est à noter qu'aussi ces pathologies sont très souvent dépistées à des stades avancés ou à la suite de complications graves. Ces dernières sont dues à longue période de latence, à l'accès et à l'insuffisance du plateau technique des structures, à l'absence de formation du personnel médical (plaintes le plus souvent mis sur le compte de l'âge), à l'accès aux médicaments et à la

---

<sup>12</sup> Duthé Géraldine, Pison Gilles, Laurent Raphaël, « Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp (Sénégal). », *Autrepart* 1/2010 (n° 53), p. 167-187

<sup>13</sup> *Ibidem*

priorité accordée à la lutte contre les maladies aiguës transmissibles. Dans des pays comme le Sénégal aussi la sécurité sociale ne prend pas souvent en compte les conséquences de certaines maladies professionnelles qui ne se manifestent qu'après la retraite.

La particularité des personnes âgées c'est d'être **poly-pathologique** (Diallo 1998 ; Ka 1991 ; Ka 2002). Ces pathologies chroniques survenant chez la personne âgée sont le plus souvent source d'handicap. En effet, la proportion de personnes âgées souffrant d'handicap est estimée à 26,2% et ces handicaps sont classés en : handicap moteur 16,2%), handicap visuel (7%), handicap auditif (3%). Les personnes âgées, frappées d'handicap et/ou d'invalidité liés aux complications des maladies chroniques, deviennent un poids social à la charge de leurs familles. (Ndiaye et Ba, 2013)

S'interroger sur le vieillissement ne semble pas être l'objet d'une grande préoccupation de la part des partenaires au développement en Afrique. Cette question est plus axée et limitée dans participation à la célébration de la Journée Internationale des Personnes Agées. Même si les pays africains ont ratifié la plupart des Conventions Internationales, ainsi que les recommandations issues des grandes conférences internationales en faveur des personnes âgées, il reste à réfléchir aussi sur des solutions adaptées au contexte socioéconomique et culturel africain. L'expérience capitalisée et en rapport avec d'autres pays dans ce domaine, peuvent servir de leçons pour ne pas tomber dans l'errance. Ces cas sont entre autres, la mise en place des maisons d'accueil et de retraite ou d'institutions pour personnes âgées qui souvent ont montré des limites dans ces pays, est loin d'être envisagée pour le moment. D'ailleurs, elles sont culturellement inadaptées pour ces pays aux réalités culturelles fortes et exigeantes, mais aussi financièrement inaccessibles. Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées, beaucoup de pays envisagent de privilégier le développement des traitements de proximité et le renforcement du rôle de la famille en luttant contre l'affaïssement des liens familiaux et la dislocation des réseaux communautaires.<sup>14</sup>

Le Sénégal constitue en Afrique l'un des rares pays à avoir une politique destinée aux personnes âgées ; une politique à laquelle, il faudrait encore trouver des moyens de réussite. Malgré l'initiative, l'interrogation revient toujours dans les discours : *les personnes âgées malades reçoivent-elles une meilleure prise en charge médicale ?* En effet, le pays ne compte que quatre gériatres, montrant de facto le véritable déficit de spécialistes pouvant traiter les

---

<sup>14</sup> Ibidem

personnes âgées, catégorie sociale souvent vulnérable. Même si en 2011, des programmes d'enseignement en gériatrie et gérontologie ont été lancés à la Faculté de médecine de l'Université Cheikh Anta Diop, le pays se met face à la nécessité de former des gériatres en tenant compte de la poussée réelle des personnes âgées, conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie.

Certes le Sénégal a fait un grand pas en avant avec l'instauration de cette politique de gratuité de prise en charge des personnes âgées avec le Plan Sésame, mais le suivi et l'accompagnement de cette politique constituent un réel problème. Ces difficultés dont souffre le plan sésame aujourd'hui sonnent l'alerte et mettent sur table la nécessité de former et d'installer les professionnels à travers le pays et mieux financer le plan Sésame même.

#### **b. Plan de suivi-évaluation de ces politiques : Exemple du plan SESAME**

Le Plan Sésame au Sénégal, constitue une initiative publique de prise en charge sanitaire des personnes âgées. En effet, depuis septembre 2006, l'Etat du Sénégal, dans sa volonté de lutter contre l'exclusion des populations défavorisées, a initié le Plan Sésame ou Gratuité des soins pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Unique en Afrique, cette expérience traduit la volonté des pouvoirs publics de prendre en charge les soins de santé de cette tranche d'âge de la population.

En effet, dans le but de la légitimation d'une initiative, la veille de la fête de l'Indépendance du Sénégal le 03 avril 2006, dans son discours à la Nation, l'ancien Président de la République introduit la mise en place du Plan Sésame comme suit :

*«Comme vous le savez, j'ai décidé d'accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées. Cet acte traduit l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple. En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais, lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge »<sup>15</sup>.*

Ces propos semblent répondre à une demande sociale et s'insère en grande partie, dans la perception que la société sénégalaise a de la situation des personnes âgées. Elle traduit aussi l'utilité et l'urgence de la mise en place d'un mécanisme qui prend en charge leurs soins de santé.<sup>16</sup> La mise en place d'un Plan Sésame de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans

<sup>15</sup> Extrait du discours à la Nation du Président de la République du 03 avril 2006 à Président République

<sup>16</sup> NDIAYE Alfred Inis et al. L'exclusion sociale et les initiatives de gratuité des soins de santé au Sénégal : Exemple de la prise en charge des personnes âgées par le Plan Sésame, Rapport, Mars 2013.

et plus est globalement perçue comme une bonne initiative, aussi bien du côté des acteurs que des personnes âgées. Ce jugement est sous-tendu par plusieurs facteurs dont : la place des PA dans la société, les conditions socio-économiques dans lesquelles elles vivent et l'importance de la solidarité, une des valeurs fondamentales de la société sénégalaise.<sup>17</sup>

Les personnes âgées occupent une place importante dans la société sénégalaise en référence en ces propos wolofs : «*Mag mat naa bàyi ci am réw*» (la personne âgée a sa place dans une société). On estime que prendre soin d'elles constitue une adéquation avec les normes sociales et même religieuses. D'un autre côté, la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées apparaît donc comme un devoir pour la communauté. Souvent en situation de vulnérabilité face aux pathologies du fait de leur fragilité et parfois du manque de revenus dû à leur situation de retraite etc. les personnes âgées font face à des difficultés notoires surtout liées à la prise en charge de leurs conditions sanitaires.

*La plupart des acteurs interrogée considèrent la mise en place du Plan Sésame comme une réponse à la vulnérabilité qui caractérise la situation des personnes âgées. La fragilité physique et économique dans laquelle se trouve la plupart d'entre elles justifie ce critère qui leur est attribué. (Ndiaye et al. 2013)*

Vu sous cet angle, le Plan sésame semble venir en réponse à ces problèmes. Il est perçu comme une porte d'entrée pour l'amélioration conditions de vie des personnes âgées par le biais de la facilitation de l'accès aux soins et gratuitement, donc une solution pour atténuer la situation précaire dans laquelle vit une bonne partie de cette catégorie sociale.

Bien que la Constitution leur garantisse *particulièrement* le droit à la santé<sup>18</sup>, on remarque que les personnes âgées n'ont pas toujours bénéficié de la même attention que celle portée à d'autres groupes vulnérables. En effet, les orientations politiques nationales en matière de santé ont longtemps relégué les personnes âgées au second plan. Cela s'explique par le fait que ces orientations sont définies dans un système de santé qui a souscrit aux engagements internationaux, en particulier les OMD dont aucun des huit (8) objectifs ne concernent directement les personnes âgées.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Op. Cit.

<sup>18</sup> La Constitution Sénégalaise, en son article 16 stipule que «...L'Etat et les Collectivités publique sont le devoir social de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes Handicapées et des personnes âgées. ... ».

<sup>19</sup> NDIAYE Alfred Inis et al. (2013)

L'image que renvoie aujourd'hui le plan sésame est entachée par les nombreux écueils constatés dans son élaboration mais aussi dans sa mise en œuvre. Bon nombre d'acteurs qui étaient membres des groupes de travaux ayant prévalu à la mise en place de ce Plan, réproouvent tout d'abord le fait que le Plan Sésame ait été détourné de sa pensée originelle. En effet, beaucoup de « bonnes idées » seraient sorties des débats ayant précédé la mise en place mais avaient été finalement abandonnées. C'est par exemple la confection d'une « carte sésame » qui aurait permis d'identifier de façon plus précise les bénéficiaires ; c'est aussi la mise en œuvre d'une expérience pilote avant le démarrage ; c'est également un accent particulier sur les groupes exclus du système de couverture formelle, et qu'on surnommait les « PPP » à l'époque, à savoir « Paysan, Pasteur, Pêcheur ».<sup>20</sup>

On constate donc que le Plan Sésame n'a donc pas été déroulé tel que pensé au départ ; cela est pour beaucoup d'acteurs la cause des nombreux problèmes survenus plus tard lors de sa mise en œuvre. L'image négative vouée au Plan sésame, émane de sa mauvaise gestion qui souvent néglige l'aspect administrative et la pratique de services informels. Ce Plan à une grande surprise, manque de d'un dispositif de contrôle et de suivi.

Les performances du Plan Sésame résident dans la réalisation de l'équité en santé et de l'inclusion sociale des personnes âgées. En d'autres termes, vérifier sa capacité à réaliser l'équité horizontale en matière d'accès aux soins, c'est-à-dire assurer l'accès équitable aux soins de santé à toutes les personnes quels que soient les facteurs comme le lieu de résidence, le sexe, la religion ou l'ethnicité. Mais aussi, mesurer sa capacité à réaliser l'équité verticale en faveur des personnes âgées qui constituent une catégorie sociale bien particulière.<sup>21</sup>

Cependant, le Plan Sésame étant simplement une initiative de gratuité de soins pour une catégorie particulière de la population (les personnes âgées), il est un élément de la politique de santé publique et, dans ce sens, ne peut être détaché du fonctionnement global du système national de santé. Tout dysfonctionnement ce système national de santé porte atteinte à ce plan qui en est une composante.

L'analyse de l'ensemble des données collectées à partir de la littérature locale et des entretiens et focus group avec les acteurs permet d'affirmer que le Plan Sésame n'a pas encore atteint son objectif de réaliser l'équité en santé. Une des premières contraintes du Plan Sésame est d'être un sous-système d'un système de santé peu performant. En plus, le Plan Sésame a été mal conçu, ce qui ne lui permet pas d'atteindre sa cible. Dans ces conditions, sa gestion par les

---

<sup>20</sup> Ibidem

<sup>21</sup> Ibid.

services du ministère de la santé et sa mise en œuvre dans les structures de soins obéissent plus à l'improvisation qu'à une organisation rationnelle.

Dans le Plan Sésame, l'objectif visé, est la réduction de la vulnérabilité des personnes âgées en rendant plus accessibles les services sociaux de base, facilitant l'accès aux crédits, au logement, en réservant des sièges dans les transports en commun, etc. Dans une étude<sup>22</sup> menée en 2013, il est noté que le plan s'articule essentiellement autour de deux axes que sont : l'appui institutionnel aux institutions d'assurance vieillesse (IPRES<sup>23</sup>, FNR<sup>24</sup>) et aux collectivités, d'une part, et la subvention de la prise en charge gratuite, sur l'ensemble du territoire national, pour les 70% de personnes âgées de 60 ans et plus qui sont sans aucune couverture sociale, d'autre part.

Toutes les prestations médicales (consultations, aides au diagnostic, hospitalisations et médicaments essentiels) sont prises en charge sauf ce qui concerne les médicaments de spécialité. L'évaluation du Plan Sésame (Coumé 2009 ; Dioussé 2007) a permis de faire le diagnostic suivant concernant ses dysfonctionnements : non-respect du système de référence, l'abus de sollicitation, de la part des personnes âgées, en soins multiples, ceci, du district, à l'hôpital ; l'absence de médicaments gériatriques, l'absence de références médicales opposables, l'abus en examens coûteux (scanner, IRM), le déficit de communication, la faible implication des collectivités locales, l'absence de formation en gériatrie des prescripteurs. Et pourtant, ce plan est bien apprécié par les bénéficiaires qui ont tous recommandé son recadrage et sa pérennisation.<sup>25</sup>

*Enfin, l'étude sur les conditions de vie des personnes du troisième âge (COSRISS/IDEA 2008 : 4) révèle que de nombreuses initiatives ont été prises pour améliorer la situation sanitaire des personnes âgées, même si celles-ci les jugent insuffisantes et, parfois, inappropriées par rapport à leurs besoins. Par exemple, la prise en charge médicale est partielle, donc insuffisante selon cette étude [...] La diversité des éléments du système ne joue pas forcément en faveur des personnes âgées dont la couverture varie selon le statut. Il est à signaler qu'il est de plus en plus question de rendre opérationnelles les politiques de réduction de la pauvreté par des systèmes*

---

<sup>22</sup> NDIAYE Alfred Inis et al. (2013)

<sup>23</sup> Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

<sup>24</sup> Fonds National de Retraite

<sup>25</sup> Ibid.



*d'intervention maîtrisés ; d'où un meilleur ciblage des bénéficiaires de programmes.*<sup>26</sup>

### **c. Le sujet âgé face au cancer**

Essayons d'entrer dans le vif du sujet en associant la maladie cancéreuse à une catégorie sociale bien distincte qu'est le **sujet âgé**. Les cancers de la personne âgée créent des situations spécifiques, plus en raison de l'âge de la personne (importance des maladies associées) que du cancer lui-même. Bien sûr, certains cancers sont plus fréquents que d'autres chez la personne âgée, c'est notamment le cas du cancer de la prostate chez l'homme, du cancer du sein chez la femme, des cancers colorectaux ou gastriques chez l'homme et la femme.

L'âge est le principal facteur de risque de la majorité des cancers. Plus de la moitié des cancers surviennent après 60 ans. Ceci, s'explique du fait que la probabilité de développer un cancer s'accroît avec le nombre des années et comme il est constaté que l'espérance de vie augmente régulièrement, le nombre global de cancers augmente et le cancer de la personne âgée devient une situation de plus en plus courante.

Le cancer du sujet âgé est donc un problème de santé publique dont il convient de s'occuper avec une certaine urgence. Toutefois, dans la réalité clinique, les personnes âgées ayant un cancer ne suscitent que peu d'intérêt et sont peu ou mal traitées. Ce qui est d'actualité et qui reste le point fort de cette étude est que chez les personnes âgées la maladie est diagnostiquée à un stade plus avancé compte tenu du fait que ces personnes âgées ont une idée fautive du cancer qui les conduit à consulter tardivement.

En se basant sur la méconnaissance du cancer par les personnels de santé, les malades mêmes, et l'absence notoire de politiques préventives et curatives nationales face à la maladie, il semble probable de noter que ces derniers auront une mauvaise appréciation des possibilités thérapeutiques pouvant exister.

En s'inscrivant dans une perspective adaptée à la lutte contre la maladie carcinogène du sujet âgé, la décision doit suivre une ligne rigoureuse afin de délivrer le traitement approprié dans les meilleures conditions.

Bien évidemment, l'âge par lui-même ne doit pas être le seul critère de la décision médicale, mais comme cette catégorie de sujets âgés est vulnérable et plus exposée à ce type de

---

<sup>26</sup> DIOP Momar-Coumba (dir.), Sénégal (2000-2012), Les institutions et politiques publiques à l'épreuve d'une gouvernance libérale, Dakar-Paris, CRES et Karthala, 2013.

maladies, une information juste, adaptée aux personnes âgées et largement diffusée aux professionnels de la santé doit permettre l'accès aux soins préventifs et/ou curatifs et à temps.

L'approche gériatrique multimodale du malade doit aider à faire la part entre les patients qui bénéficieront d'un traitement curatif et ceux chez qui, une approche uniquement palliative est nécessaire.

Cependant, il est remarqué que face à la manifestation d'une maladie, les recours thérapeutiques constituent la principale porte de sortie et le moyen efficace pouvant permettre de vaincre cette dernière. Mais que faire face une maladie telle que le cancer dont les facteurs de risque et les symptômes sont peu connus ou mal appréhendés par les populations ?

Les progrès de la lutte contre le cancer dépendent non seulement d'une bonne connaissance du processus de la maladie, mais également de la compréhension des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et organisationnels qui déterminent la manière dont les connaissances peuvent être utilisées de manière efficace. La prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement et les soins palliatifs constituent les principales approches de la lutte contre le cancer. Et l'OMS, dans sa politique, s'est fixé l'objectif de réduire l'incidence de la maladie, de la morbidité et de la mortalité qui lui sont associées, ainsi qu'à améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et de leur famille.

### **2.1.1 Etat de la question**

Lorsqu'on se documente sur les systèmes hospitaliers ou sur les soins hospitaliers, on se rend compte que les praticiens des sciences sociales prennent part à l'analyse des phénomènes relatifs aux malades, aux maladies et aux traitements. C'est ainsi que les anthropologues et les sociologues de la santé ont conduit des réflexions originales à partir des démarches et des études de terrain sur différentes pathologies. Nous abordons ici celles qui se rapportent au cancer.

Le cancer est une maladie qui a pour cause la division et la prolifération cellulaires incontrôlées. Ce phénomène est causé par plusieurs facteurs, certains d'entre eux sont exogènes (maladies infectieuses, produits chimiques, tabagisme, exposition aux radiations) et d'autres sont endogènes (profil génétique, hormones).

La conception autour du cancer est restée dynamique. D'un fléau social au début, le cancer s'est constitué progressivement en des représentations, à un statut symbolique, qui lui

donne une appréhension toute différente de ce que l'on pourrait concevoir comme réalité. Ces significations symboliques sur la pathologie restent complexes, parce qu'elles perdurent au sein même de l'institution médicale, impliquant de ce fait le soignant et le patient à la fois.

*Si, de manière générale, la relation patient-équipe soignante ne se limite jamais à une simple interaction entre deux individus, en oncologie, cette relation se complique encore par la construction sociale particulière de la maladie cancéreuse.*<sup>27</sup>

En effet ces dites représentations créent un discours sur la mort autour du cancer. Ce qui fait que le malade observe une certaine réticence par rapport à l'institution médicale et un refus des soins parce que se concevant comme un condamné.

En 2008, malgré les études socio-anthropologiques sur les représentations sociales du risque de cancer, faisant apparaître des données réelles sur les comportements cancéreux, on remarque que la prévention sur la maladie reste toujours un défi à relever. Les travaux d'Annie Hubert sur la prévention comme l'accès des populations à une information variée autour de la maladie suscitent un ensemble d'interrogation et une perspective de recherche anthropologique sur le cancer. Cependant l'obstacle majeur que rencontre la prévention constitue les représentations sociales telles que l'idée de mort ou d'un avenir incertain qui tournent tout autour du cancer. Et donc, seule la démarche comparative qui correspond à un aller-retour dans des univers socio-culturels différents, pourrait avoir un apport fructueux.

*L'immersion ethnographique, alliant l'observation fine des comportements et l'investigation des représentations et du sens qui leur est attribué, pourrait probablement permettre de comprendre, ou contribuer à faire comprendre, pourquoi toutes les personnes exposées à divers carcinogènes ne sont pas également touchées.* (Desclaux, 2008, p09).<sup>28</sup>

Il revient dès lors, grâce à l'anthropologie, de faire une approche microsociale (s'intéressant à l'individu) tout en l'appliquant à l'échelle **macro-socio-culturelle** (s'intéressant à d'autres cultures). Et avec cette méthode, il est inévitable d'avoir une étude sociale diversifiée embrassant plusieurs contrées culturelles et qui serait bénéfique pour le cancer.

Pendant cette même période des auteurs à l'image d'Annie Hubert se sont fixé comme objectif la découverte des causes du cancer tout en se basant sur les mécanismes et le

---

<sup>27</sup> N. AMSELLEM et al. « De la relation des patients à l'institution médicale en oncologie » ; Bulletin de cancer 2007, N°97, p.10

<sup>28</sup> Alice Desclaux, Perspectives pour la recherche en anthropologie sur le cancer, 2008. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Patrick Ben Soussan et Claire Julian-Reynier, Cancer et recherches en sciences humaines, pp. 33-46. Paris: Éditions ÉRÈS, 2008, 118 pp. Collection "L'Ailleurs du corps. Petit Poche."

fonctionnement des manières de vivre. L'anthropologie médicale dans sa définition, s'intéresse aux « maladies », dans leur représentation, leur prise en charge technique et culturelle dans différentes sociétés humaines, ainsi que l'observation du monde dit « biomédical » et les interactions complexes et culturellement construites entre tous ses acteurs, soignants et patients. Le monde de la médecine et de la santé publique, qui, traversé par les réalités représentatives autour de l'explication de certaines maladies, nécessite une analyse anthropologique qui nous permet de comprendre et régler culturellement la question des pathologies.

*Manifestement, une connaissance du terrain par les anthropologues devrait permettre une mise en place de mesures préventives en collaboration avec les acteurs de santé publique, par un meilleur ciblage des populations, des manières de communiquer, des messages, qui font sens et qui sont applicables.<sup>29</sup>*

Et appliquer au champ de la cancérologie d'une part, cela nous permettra de saisir les aspects épidémiologiques et la prévention et d'autre part la gestion de la maladie par le couple soignant/patient. Certaines observations peuvent nous édifier :

*A travers ces recours aux soins, nous voyons bien que les malades sont loin d'être passifs et prennent toutes les possibilités qui s'offrent à eux pour venir à bout de leurs épisodes de maladie. Cela implique une prise de décision qui est un choix parmi d'autres possibles et implique les uns et les autres. Décider du recours à faire et du médicament à prendre, au-delà des savoirs sur la maladie et des expériences de traitements, requiert la prise en compte des réseaux de relations et des modes de recours possibles (William et Jones 2004 : 508). La prise de décisions passe aussi par l'évaluation (ou la volonté d'évaluer) des chances liées à chacun des recours possibles.<sup>30</sup>*

Les recours thérapeutiques incombent des stratégies développées par l'acteur-malade de même que son entourage face à une situation de maladie constatée. Ils impliquent la prise de décisions, les orientations, les représentations par rapport à la maladie, les ressources socio-culturelles et économiques etc. Selon R. Massé, la prise de décisions, en tant que processus, relève du rôle joué par les réseaux sociaux, les pressions normatives de l'entourage et les conceptions de la santé et de la maladie.

L'enquête menée par Annie Hubert, pose la question des facteurs environnementaux du cancer et estime qu'en effet l'alimentation en constitue un. L'auteure précise que des enquêtes épidémiologiques classiques cas-témoins ont suivi, et ont montré que plus les types d'aliments

---

<sup>29</sup>Annie Hubert, « Cancers et science de l'homme », 2008. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Patrick Ben Soussan et Claire Julian-Reynier, Cancer et recherches en sciences humaines, pp. 17-32. Paris: Éditions ÉRÈS, 2008, 118 pp. Collection "L'Ailleurs du corps. Petit Poche."

<sup>30</sup>NDOYE Tidiane, *La société sénégalaise face au paludisme : politique, savoirs et acteurs*, Editions KARTHALA et CREPOS, 2009.

incriminés (poissons et viandes séchées et/ou salées, préparations à base de certains types de piment de type harissa, salaisons de légumes) étaient consommés tôt après le sevrage des enfants, plus le risque était grand de développer la tumeur.

*Ces styles de vie sont générés et gérés par la culture. Cette dernière va déterminer, entre autres, les croyances, les savoirs, les représentations, les comportements acceptés envers la nourriture, la santé, la maladie ou la dimension morale de l'existence.*<sup>31</sup>

Et la particularité de cette étude est qu'elle a été menée dans trois populations différentes culturellement et géographiquement (chinois, Eskimos, Maghrébins).

Le vécu des cancéreux reste différent et surtout en fonction du contexte. La perception que l'on a de la maladie est différente de celle d'une autre personne d'une autre culture. Ce qui fait que l'expérience du cancer peut faire l'objet d'une approche socio-anthropologique. Dans des pays comme la France, des approches anthropologiques telles que l'observation sont développées en cancérologie. Elle implique à la fois les centres de soins mais aussi l'entourage du patient. Hubert nous précise que « *le vécu d'un patient traité en cancérologie est lié bien entendu à son traitement clinique, mais il implique aussi des dimensions psychologiques souvent liées à la culture et aux représentations qu'elle génère.* »<sup>32</sup> L'univers du cancer en débutant par la prévention, la prise en charge sociale et sanitaire, tout en tenant compte du regard social qui rôde autour de la maladie, constitue bien évidemment un champ spécifique aux sciences sociales à l'image de l'anthropologie et de la sociologie.

Les travaux de **Fanny Soum-Pouyalet** et d'**Annie Huberten** 2011 ont constitué une immersion de terrain, une conception analytique autour de la maladie et auprès des patients et des soignants de différents établissements de lutte contre le cancer.

L'étude porte sur le changement de position, du statut de la personne atteinte de cancer en considérant l'état « *Avant-Après* » comme « *un rite de passage* » où le malade se trouve face à deux situations complètement différentes. Affirment-ils que « *dans cette interaction, le corps constitue le média privilégié du rapport soignant-soigné. Objet de soin, expression de la*

---

<sup>31</sup> Ibid. p07

<sup>32</sup> Ibid. p13

maladie, ou prétexte à la relation, le corps du patient incite à un va-et-vient entre distance et proximité (Soum-Pouyalet, 2005). » (Soum-Pouyalet, Hubert, 2011, p10).<sup>33</sup>

Cette situation fait référence à deux sphères d'évolution du malade qui se confronte à un changement *physico-psycho-social*. L'individu atteint de cancer se construit deux identités qui constituent à l'identité avant l'annonce de la maladie (statut du bien portant) et à celle d'après (statut de patient). La recherche montre que : « *Comme dans tout rite de passage, à l'annonce de sa maladie, l'individu atteint ainsi un seuil (limen) où il oscille entre deux identités et « flotte entre deux mondes » (Van Gennep, 1981, 23-24).* »<sup>34</sup>. Ceci selon les chercheurs, entraîne un déséquilibre psychologique et une rupture sociale : « *L'annonce d'un cancer est synonyme de rupture : rupture avec l'image intime d'un corps sain, rupture avec l'idéal social sanitaire (Herzlich, 2000).* »<sup>35</sup> Le malade conçoit sa pathologie comme un être maléfique qui se nourrit de son corps, et en terme anthropologique pour reprendre l'auteur, *une altérité nourrie de l'intérieur (page 15)*.

Aussi pour certains, la maladie est perçue comme une punition ou encore un sacrifice. Et de là, le malade s'oriente soit à la recherche de douceur ou soit conçoit sa douleur comme une rédemption. « *Dans le contexte de la maladie cancéreuse, le danger de mort physique est bien réel et se double de la mort symbolique de celui que l'on était avant l'annonce de la maladie.* »<sup>36</sup>

Le cancer constitue l'une des principales causes de mortalité dans le monde. En 2008, les statistiques avaient montré que sur les 12 millions de nouveaux cas détectés, les 7,6 millions sont décédés soit 13% de la mortalité globale.

La projection de ces chiffres montre une augmentation importante du taux de mortalité du cancer dans le monde si toutefois aucune mesure n'est prise. L'Afrique reste une grande victime de cette maladie, parce que les statistiques de l'OMS montrent sur les 600 000 cas

---

<sup>33</sup> Fanny Soum-Pouyalet, Annie Hubert, « Le cancer comme rite de passage. Approche anthropologique des sensations en cancérologie. », 2011. Un article publié dans l'ouvrage sous la direction d'Alexandre Klein, Les sensations de santé. Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé, pp. 23-37. Les Presses universitaires de Nancy, 2011, 300 pp. Collection Épistémologie du corps.

<sup>34</sup> Ibid. p09

<sup>35</sup> Ibid. p12

<sup>36</sup> Ibid. p08

déclarés par an, les 500 000 meurent. « *Il faut déconstruire ce mythe qui veut que le cancer ne soit pas un problème en Afrique. (Adama Ly).* » (Aubry, 2013, p01).<sup>37</sup>

### 2.1.2 Position du problème

L'objectif que l'on doit se fixer serait dès lors, la déconstruction de la conception mythique africaine qui tourne autour du cancer et qui fait que beaucoup de gens ne le considère pas comme un problème. Il existe des facteurs de risques du cancer tels que le tabagisme, les facteurs génétiques liés à l'ethnie ou au contexte familial. De même l'importance de la contribution des pollutions de l'environnement qui constitue un risque réel des cancers est mal documentée dans les pays du sud.

Mis à part cette multiplication importante du taux de cancer dans les pays du sud, le problème majeur est la faiblesse des mécanismes de prise en charge. On se demande alors :

Comment s'organise l'offre de soins hospitaliers en matière de prise en charge médicale du cancer ? De quoi dispose-t-on en termes de traitements du cancer au Sénégal ? Que faut-il pour une bonne prise en charge du cancer ?

Face à toutes ces interrogations, le sociologue de la santé pourrait chercher à résoudre la question spécifique : **Dans quelles conditions, peut-on parler de prise en charge appropriée des personnes âgées malades du cancer à l'institut Joliot Curie du CHU Aristide Le Dantec ?**

### 2.2 Hypothèse

L'hypothèse que nous formulons est la suivante : **Une prise en charge du cancer chez les personnes âgées suscite la maîtrise des facteurs psychologiques, sociaux, économiques déterminant le choix des schémas thérapeutiques, mais aussi de la mise sur place de stratégies préventives de base et d'un dispositif sanitaire approprié.**

---

<sup>37</sup>Pierre Aubry, « *Les cancers dans les pays en développement* », Actualités 2013.

## 2.3 Conceptualisation et modèle d'analyse

### 2.3.1 Conceptualisation

#### 2.3.1.1 Le sujet âgé

En général, la littérature traitant des personnes âgées s'intéresse aux personnes de 60 ans et plus ou de 65 ans et plus. Les caractéristiques des personnes de ce groupe d'âge ont beaucoup changé dans les dernières décennies. Les gens vivent plus longtemps qu'avant; ils ont plus de temps de retraite et de loisirs, ils ont la perspective d'une meilleure santé et d'une plus grande productivité à un âge avancé. Dans le domaine de la santé, l'Organisation mondiale de la santé<sup>38</sup> (OMS) définit la vieillesse à partir de l'âge de référence des Nations-Unies, c'est à dire 60 ans et plus mais elle fait remarquer qu'il existe de grandes disparités entre les régions développées, les régions en transition et celles en voie de développement.

Des revues systématiques ont été produites pour l'analyse des problématiques fréquentes chez la personne âgée, comme l'insomnie, l'adaptation, les symptômes d'anxiété et de dépression etc. dans beaucoup de domaines de recherche. Et que nous soyons démographes, épidémiologistes, politiciens, gérontologues, anthropologues, sociologues, professionnels de santé ou éducateurs pour la santé, vouloir définir à tout prix les personnes âgées pose problème à tout un chacun qui s'y essaye.

Essayons dans notre analyse de partir des aspects sociologiques de la vieillesse. « Comme la jeunesse, la vieillesse n'est qu'un mot ! » pour reprendre une formule de Pierre Bourdieu (1978)<sup>39</sup>. La vieillesse est, en effet, difficile à définir, tant se recouvrent ou s'opposent une série de termes, tous sources d'enjeux : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, seniors, etc. Il n'est guère simple de déterminer le seuil d'entrée dans la période de la vie communément appelée vieillesse.<sup>40</sup> La jeunesse et la vieillesse sont des constructions sociales et culturelles qui varient selon l'époque, les sociétés et l'environnement social.

En d'autres termes, la vieillesse n'est pas tant une question d'âge que de perception sociale de l'âge à un moment donné. Et l'âge est subjectif et évolutif dans le temps et dans l'espace. Mieux encore, une même personne peut avoir plusieurs âges à la fois : une femme de

---

<sup>38</sup> OMS, Vieillir en restant actif : cadre d'orientation, 2002

<sup>39</sup> Entretien avec Anne-Marie Métaillé paru dans Les jeunes et le premier emploi, Paris, Association des Ages, 1978, pp 520-530. Repris dans Questions de Sociologie, Editions de Minuit 1984, Ed. 1992, pp 143-154.

<sup>40</sup> Caradec V., Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Nathan, 2001



58 ans, par exemple, sera successivement dans la journée une jeune amoureuse, une grand-mère attentive, une salariée respectée pour son expérience, une nouvelle adhérente d'une association humanitaire, un enfant pour sa mère etc. Le senior se réinvente ainsi constamment selon le contexte dans lequel il se trouve (Guérin, 2007)<sup>41</sup>. On entend aussi souvent que l'âge ne veut rien dire, qu'une personne de 60 ans est parfois plus jeune d'esprit qu'une personne de 25 ans. La notion d'« âge » peut représenter des réalités très différentes.

On nous parle d'âge chronologique en faisant allusion au temps ou d'âge biologique en parlant de la vie ou de la mort des cellules. L'apparence nous permet de parler de l'âge physique et les représentations de la société expriment notre âge social. Il existe aussi l'âge familial qui symbolise la parentalité et enfin l'âge subjectif n'est qu'un état d'esprit.

Il n'existe donc pas de définition précise, immuable et objective de la vieillesse, des seniors, ou des seuils d'entrée et de sortie dans cette catégorie. Les perceptions que l'on a sont perpétuellement redéfinies en fonction du contexte social et dépendent avant tout d'une série de constructions sociales antérieures. Et comme nous l'avons signalé au-dessus, la langue française regorge de termes pour désigner les personnes âgées : les jeunes vieux, les vieux, les seniors, le 3ème âge, le 4ème âge etc.

En définition, les « **Personnes âgées** » sont adultes matures en continuel devenir et confrontées à des périodes de crise tout comme les adolescents et les enfants ; crise qui d'ailleurs pour X. LEROY (1998) comporte trois dimensions : la crise d'identité, rapport à soi-même et aux valeurs, la crise d'autonomie, rapport à la satisfaction des besoins et la crise d'appartenance, rapport à la société et au courant même de la vie.<sup>42</sup>

Selon B. ENNUYER (1997), l'appellation « **Personne âgée** » est appliquée selon l'âge des individus. Ainsi, artificiellement, catégorise-t-on et fabrique-t-on l'objet « Personne âgé » (p14). ENNUYER signale qu'une telle vision de ce groupe de personnes à travers « l'unique variable de l'âge impose l'idée d'un groupe sociologiquement homogène et, de plus, un groupe à risques ayant globalement des problèmes identiques, des problèmes de personnes âgées » (p15).<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Guérin S., *L'invention des seniors*, Hachette Pluriel, 2007.

<sup>42</sup> LEROY X, 1998, *Gérontologie sociale*, notes de cours, p21.

<sup>43</sup> ENNUYER B., (1997), *L'objet « Personnes âgées »*, *Etre vieux*, Série Mutations, n°124, Editions Autrement, 1997, p15.

Dans la caractéristique de personne âgée, on peut également parler de personnes du 3ème ou du 4ème âge, un terme très à la mode, qui concerne aussi bien les personnes âgées de 60 ans que les personnes de 80-90 ans et où la société a tendance à pointer du doigt toutes les connotations négatives liées au vieillissement (inactivité ou activité essentiellement récréative, isolement social, démence, sénilité etc.).

Quant aux « aînés », terminologie à connotation jugée plus positive, ce sont eux qui guident, qui bien souvent montrent la route aux autres membres de la société de par leurs expériences de vie riche. Cette notion montre la place et le rôle qu'ils occupent dans notre société actuelle : rôle de partage d'expériences, de savoir, de sagesse mais aussi capacité d'apprendre, de comprendre, d'agir et d'échanger...

J-J. AMYOT relève qu'il existe une confusion, un amalgame entre vieillesse et vieillissement. Cet auteur définit le vieillissement comme « un processus qui se poursuit toute notre existence » et la vieillesse « comme un état qui se constate » (p10).<sup>44</sup> Quoiqu'il en soit et quelle que soit la typologie préférée par les uns et les autres, les différents auteurs cités dans le cadre de cette partie montrent qu'il est important de ne pas penser que toutes les personnes âgées se ressemblent, que leur âge chronologique les fait incontestablement rentrer dans une même et unique catégorie et que dès lors elles auraient les mêmes attentes, les mêmes besoins.

Toutefois dans la classification sur base chronologique l'O.M.S propose l'échantillonnage<sup>45</sup> suivant :

- Personnes d'âge moyen : 40-59 ans
- Personnes âgées : 60-74 ans
- Vieillards : 75-90 ans
- Grands vieillards : plus de 90 ans

Outre cette classification chronologique, essayons de mieux cerner les personnes âgées à travers l'analyse des besoins, des représentations, voire des comportements de santé. J-Cl. HENRARD (1997) définit la vieillesse selon **un critère d'utilité sociale**.

En effet, cette vision donne au vieillissement social l'image d'une succession de changements comme le rôle familial, la profession, la santé, les revenus financiers, la relation

---

<sup>44</sup> AMYOT J-J., Travailler auprès des personnes âgées, p10. Edition Dunod, Paris, 2ème édition, 235 p.

<sup>45</sup> Idem

sociale.<sup>46</sup> Le niveau économique et/ou social influence la santé et donc le vieillissement. Il est important d'évoquer aussi les **facteurs de fragilité sociale** ou **familiale** comme le fait de disposer de revenus bas, avoir un faible niveau d'instruction, ne pas avoir une couverture médicale suffisante, être veuf ou divorcé etc.

HENRARD soutient aussi que les femmes « très âgées » seraient d'ailleurs plus vulnérables que les autres catégories de personnes âgées. Elles vivent souvent seules (veuvage) ou alors s'occupent de leur conjoint fort malade, tout en souffrant elles-mêmes de graves invalidités. Elles ont généralement des revenus limités (peu ou pas de carrière professionnelle derrière elles). Le mode de vie mais aussi les conditions de logement sont largement influencées par l'accessibilité aux ressources financières et conditionnent fortement leur état de santé.

R. ANDERSON (1995) associe l'état de santé des personnes âgées, non pas comme une fin en soi, mais comme étant la résultante de comportements antérieurs de santé.<sup>47</sup> Dans la littérature gérontologique, la qualité de vie se définit souvent au travers d'indicateurs ou de déterminants tels que la perception de l'état de santé par les aînés, la qualité du sommeil l'absence de pathologie invalidante ou encore l'impact de la maladie.

D. RAPHAEL, et al (1995) définissent la qualité de vie selon 3 principes :<sup>48</sup> Le premier correspond aux composants de la qualité de vie qui sont les mêmes pour toute personne âgée ou jeune, bien portante ou malade. Ensuite, il faut inclure les dimensions physiques, spirituelles, psycho-sociales et environnementales. Mais aussi la dimension d'autocontrôle et les opportunités éventuelles constituent également des composantes à prendre en compte.

M. GOGNALONS-NICOLET et al. (1998) se sont demandés comment les différentes expériences de vie (situation familiale, profession, niveau socio-économique,...) pouvaient influencer la santé et comment tous ces sujets concernés, percevaient, exprimaient et se comportaient face à « la perte de santé et l'entrée dans un processus de maladie ».<sup>49</sup> Le problème majeur à retenir à ce niveau, constitue en effet la **féménisation de la pauvreté** due aux situations de séparations, de décès du conjoint, de perte d'emploi. Ces situations sociales précaires seraient à l'origine d'une mauvaise santé physique et psychique. Les femmes seraient

---

<sup>46</sup> HENRARD J-Cl., (1997), Vieillesse et âge, Age et représentation de la vieillesse, Actualité et dossier en santé publique, n°21, Décembre 1997, pp 4- 11.

<sup>47</sup> ANDERSON R., (1995), Healthy aging at home in the workplace, Health Promotion International, Vol. 10, n°2, pp 81-83.

<sup>48</sup> RAPHAEL D. , BROWN I. , (1995), The quality of life of seniors living in the community : a conceptualization with implications for public health practice, Canadian Journal of Public Health, Volume 86, n°4, (1995), pp. 228-233.

<sup>49</sup> GOGNALONS-NICOLET M., BARDET-BLOCHET A., (1998), Ages, genre et santé, Vieillesse sociale, nouvelles perspectives, Revue Prévenir, n°35, 2ème semestre 1998, pp 115-122.

nombreuses à vivre cette situation, situation qui serait exacerbée par le manque de qualification, la faible éducation scolaire, le peu de ressources financières. Bref, les femmes au foyer expriment souvent une mauvaise santé.

### 2.3.1.2 La prise en charge

Il paraît important d'envisager deux horizons de temps pour définir les objectifs de la prise en charge. L'objectif à long terme serait de diminuer l'incidence des maladies, ce qui mécaniquement aboutirait à une réduction au moins relative des coûts liés à ces maladies ; l'objectif à court terme serait, par la prise en charge le plus précocement possible des maladies déjà constituées, de diminuer l'incidence des conséquences liées à ces maladies.

Les maladies chroniques conduisent en effet à des incapacités, de la fatigue, de l'asthénie ; elles imposent des contraintes thérapeutiques, et des modifications de comportements, comme l'obligation de prendre son traitement à horaires fixes pour les personnes atteintes de diabète, ou de procéder à des adaptations du régime alimentaire. Elles imposent également parfois les effets indésirables des traitements.

Les maladies chroniques ont par ailleurs des conséquences sociales qui peuvent aller jusqu'à l'exclusion ou l'isolement, comme dans les démences, ou la stigmatisation, redoutée par les personnes atteintes du sida par exemple. Et pourtant face à toutes réalités, la prise en charge d'une maladie, constitue un élément important dans le processus de réduction des douleurs ou d'élimination de la pathologie.

En présence d'une maladie, « le modèle de prise en charge est très sensible à la perception des symptômes et la gravité qui lui est associée »<sup>50</sup> (Amarasiri de Silva, 2001, p.1369). Il est important de savoir que la prise en charge est bien financière, sociale mais aussi psychologique. Un malade a besoin d'abord d'une assistance médicale mais aussi d'une assistance psycho-sociale. La perception que la population et le malade même ont de la maladie nécessite un service d'orientation, de conseils et de suivi, un dispositif de soins adéquats, une disponibilité de moyens financiers et un support psycho-affectif de base pour permettre au malade de surpasser sa pathologie pour que cette dernière puisse être totalement guérie.

---

<sup>50</sup> Traduction de l'auteur : « the pattern of care seeking is highly responsive to perceived symptoms and the closely linked perception of severity »

Ainsi, nous tenterons d'analyser la notion de prise en charge sous deux angles : le volet médico-social et le volet socio-économique.

❖ La prise en charge aux niveaux **médical et social** comprend :

- Les soins médicaux (médicamenteux, non médicamenteux),
- Les appareillages, la disponibilité des structures de santé et de dispositifs sanitaires adéquats ;
- Les aménagements de l'environnement (habitat, espaces publics, espaces de circulation)
- La formation de la personne atteinte de maladie chronique à *travers* une éducation thérapeutique ;
- L'accompagnement, la surveillance, et le suivi médicaux de la personne atteinte de maladie chronique ;
- Disponibilité des soins curatifs et/ou palliatifs ;

❖ Dans les volets **psychologique et économique** la prise en charge constitue :

- Conseils, orientation et accompagnement des patients et de leurs proches
- L'appui et le suivi psychologique
- L'accès aux ressources financières
- L'amélioration de l'accessibilité des services de santé
- L'application des mesures de protection des majeurs ou des personnes vulnérables tels que les sujets âgés ;

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques comme le cancer engendrent des incapacités et difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé. Ces mêmes systèmes ont été conçus et développés pour répondre à la prise en charge de maladies aussi bien dans leur mode de pensée, d'organisation, que de financement. Ils doivent gérer la prise en charge tant médicale, psycho-sociale que financière de ces maladies en constituant une base d'amélioration des pratiques thérapeutiques, en respectant la maîtrise des dépenses de santé et d'assurer une équité de répartition en matière de prise en charge.

### 2.3.1.3 Modèle d'analyse de l'hypothèse (schématisation)

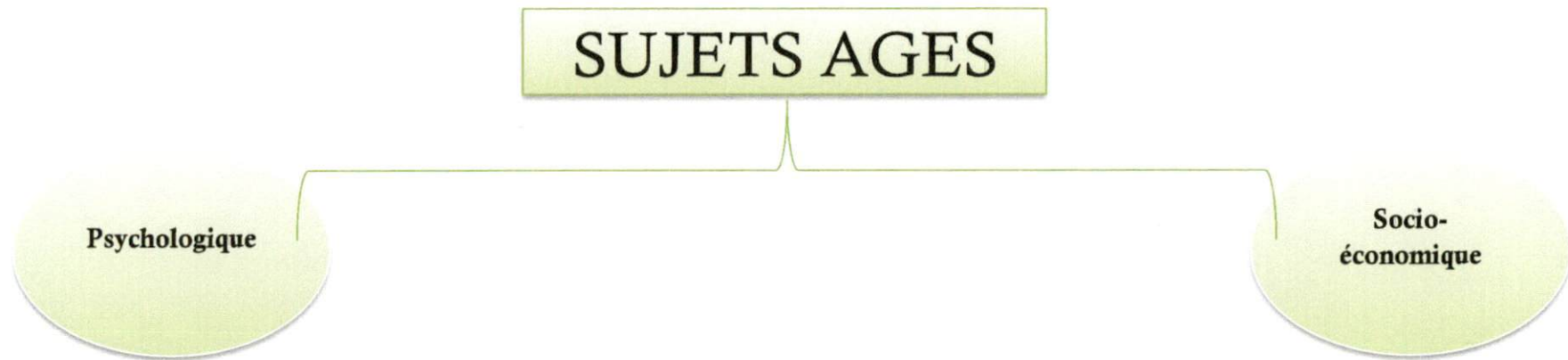
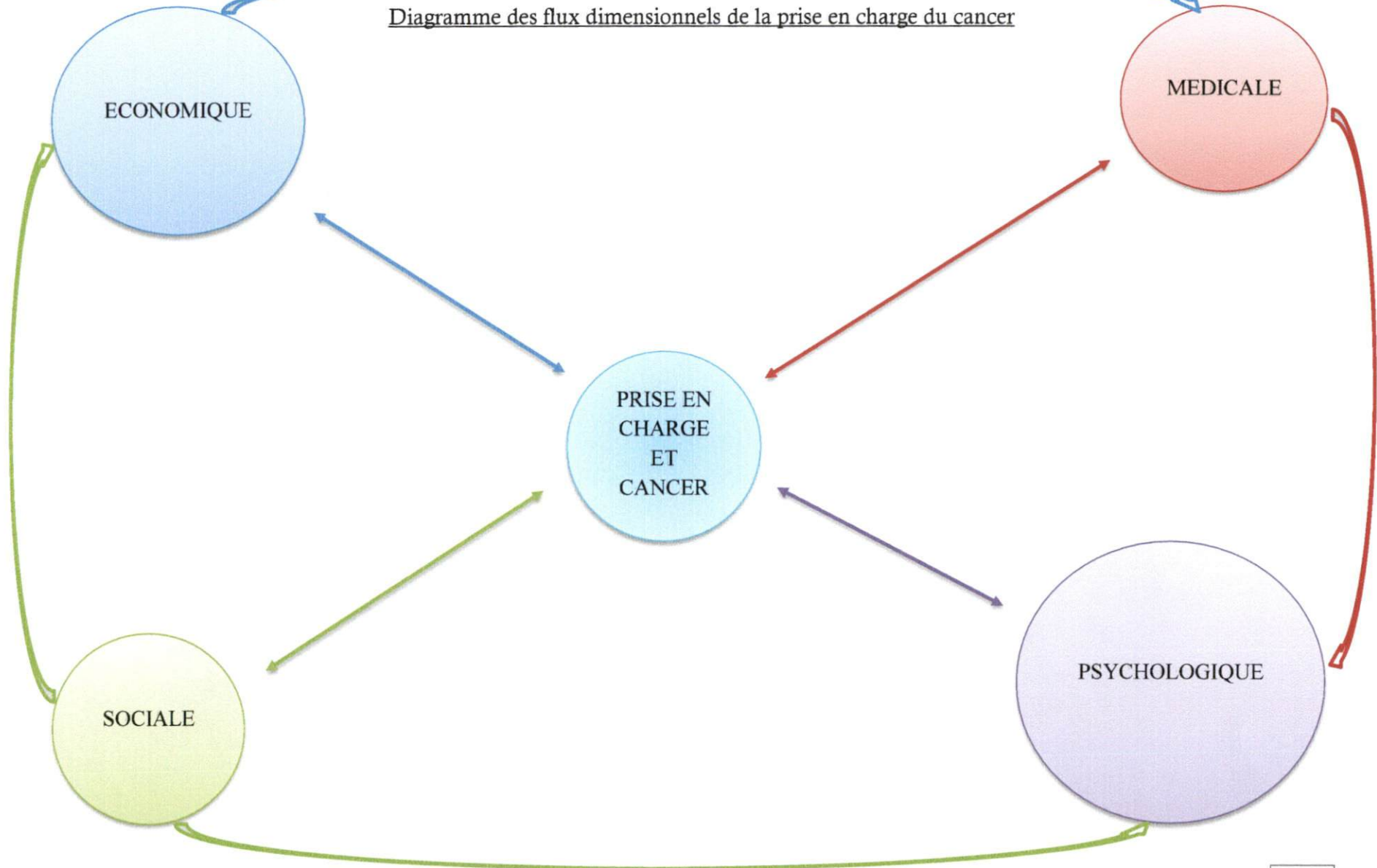


Diagramme des flux dimensionnels de la prise en charge du cancer



SOCIALE	PSYCHOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education des personnes atteintes de maladie chronique à mieux vivre au quotidien avec leur maladie</li> <li>• Information et orientation de l'entourage du malade.</li> <li>• Education thérapeutique des personnes atteintes de maladie chronique</li> <li>• Conseil et soutien des personnes atteintes de maladie chronique et de leur famille</li> <li>• Médecine domestique et recours aux guérisseurs sous l'influence des proches</li> <li>• Perceptions sociales face à la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de vie</li> <li>• Perception face à la maladie</li> <li>• Bien être des personnes âgées</li> <li>• Faire une rupture face à l'isolement</li> <li>• Promotion des modes de vie sains</li> <li>• Appui psychologique</li> </ul>
ECONOMIQUE	MEDICALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle de l'entourage dans le processus de décision</li> <li>• Prise de décision face aux recours thérapeutiques</li> <li>• Recours aux schémas thérapeutiques parallèles</li> <li>• Accès aux ressources financières pour prendre en charge la maladie.</li> <li>• Une meilleure prise en charge financière des soins</li> <li>• L'accès à des services de financement publics/privés</li> <li>• Accès aux médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'accès aux soins</li> <li>• Disponibilité de la palette des soins curatifs et palliatifs face aux cancers</li> <li>• Accès et disponibilité des médicaments à temps</li> <li>• La formation des personnels médico-sociaux</li> <li>• Manque de services de soins appropriés</li> <li>• Pluralisme des recours médicaux</li> <li>• Encadrements et matériels adaptés</li> <li>• <i>Multiplier les campagnes de prévention contre le cancer</i></li> <li>• Développer la recherche sur les maladies chroniques</li> <li>• <i>Appui aux structures de lutte contre les cancers par les pouvoirs publics</i></li> </ul>



### 2.3.2 Modèle d'analyse

Notre démarche s'inscrit sur le modèle de l'heuristique causale. Inspiré de l'analyse causale, ce modèle est axé sur trois (03) règles majeures que nous allons voir au cours de notre travail.

Dans les approches des sciences sociales, il est souvent question de descriptions des pratiques, que ce soit des malades eux-mêmes, de leur entourage, des thérapeutes. Les analyses puisent encore grandement dans les modes d'interprétations culturalistes. Elles interrogent les représentations populaires et croyances locales (sur le cancer par exemple et les traitements traditionnels, etc.) Cette approche interprétative n'est pas dénuée d'intérêt, mais elle reste limitée face à des pratiques très ancrées socialement (Ndoye, 2009 p.47).<sup>51</sup> En effet, si les savoirs permettent d'interpréter des motivations pour quelques recours, les mécanismes qui interviennent à l'occasion des prises de décisions sont des phénomènes complexes liés à la fois à des représentations, des évaluations, et aussi un ensemble de rapports : à la maladie, à l'offre de soins, aux soignants, aux structures de santé, à l'adhésion aux traitements proposés.

La nature même de la recherche sociale, et en dernière analyse de la vie sociale, rend en effet impossible l'identification de l'ensemble des conditions individuellement nécessaire et collectivement suffisantes pour produire à tous les coups un effet donné. En s'intéressant sur les principes essentiels de la causalité, on note que l'analyse causale n'est pas l'apanage du seul scientifique selon Paul Bernard ; les acteurs sociaux y ont aussi abondamment recours. D'ailleurs, le spécialiste des sciences sociales l'emploie avant tout parce qu'il tente de comprendre comment ces acteurs eux-mêmes produisent des effets en orientant leur action en fonction des données situationnelles, qui deviennent ainsi autant de causes. En d'autres termes, l'acteur s'engage lui-même dans une activité d'interprétation, il évalue les causes, celles qui forment la trame de la situation dans laquelle il se trouve, mais aussi celles qu'il peut mettre en œuvre par son action et qui lui donne prise sur le monde. L'activité du chercheur est cependant plus rigoureuse, soumise qu'elle est par principe à la critique de la communauté scientifique. C'est ce que Paul Bernard appelle le seul fondement de son statut de vérité privilégié (Bernard, 1993).<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> NDOYE Tidiane, *La société sénégalaise face au paludisme : politique, savoirs et acteurs*, Editions KARTHALA et CREPOS, 2009.

<sup>52</sup> Paul Bernard, « Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, n°2, 1993, p. 171-189.

Les principes de base de l'analyse causale sont au nombre de trois : la régularité des relations entre variables, le contrôle des conditions ambiantes de ces régularités, et la construction d'une narration qui rende compte de cet ensemble de régularités conditionnelles.

Le premier suscite l'existence de relation régulière entre une cause présumée et son effet. Ce qui enclenche la recherche de causes c'est l'observation, que les cas sous analyse soient nombreux ou non, d'une récurrence qui paraît défier le hasard et obéir plutôt à des règles déterminées ; ces règles renvoient d'ailleurs directement, dans le cas des sciences humaines, aux schèmes et aux intentions des acteurs.

Le deuxième principe amène le chercheur à se demander si la relation entre la cause et son effet maintient sa régularité. Les conditions sont elles-mêmes décrites au moyen de variables et que l'analyse consiste en un examen des relations régulières entre ces tierces variables d'une part, et d'autre part la cause et son effet. Le contrôle des conditions ambiantes nous permet donc de commencer à répondre à des questions relatives à la causalité présumée ; il nous renseigne sur la mesure dans laquelle les régularités observées à l'origine dépendent d'un contexte plus large.

Il faut noter en troisièmement qu'une cause présumée n'est véritablement une cause que si on peut élaborer à son propos une narration : il ne s'agit pas seulement d'identifier une séquence temporelle entre la cause et l'effet, mais également, et surtout, de relater l'engendrement de cet effet par cette cause. En vertu de ce troisième principe, Paul Bernard conçoit que l'analyse causale doit rendre intelligible l'ensemble des régularités conditionnelles en les présentant comme le produit de processus de production d'effets par des causes, processus qui, à leur tour, reflètent des rapports sociaux. En d'autres termes, rien dans l'heuristique causale ne pose comme principe que la réalité sociale est faite de variables qui agissent les unes sur les autres. Au contraire, ces variables et leurs relations ne représentent que des traces sténographiques de rapports sociaux inscrits dans le temps ; et c'est par la vertu de cette inscription qu'elles ont pouvoir d'évoquer le déclenchement d'effets.

L'heuristique causale en effet, peut nous permettre d'analyser certaines pratiques récurrentes inscrites dans la logique d'action des acteurs sociaux. Il (modèle) peut nous permettre à relever les rapports et les processus sociaux structurels et de comprendre les croyances, les représentations, les valeurs et convictions même de ces logiques d'action.

Le phénomène que nous cherchons à analyser se rapproche sous une forme de deux variables que sont : les logiques médicales et les logiques sociales. Ce qui nous permettra en effet de faire l'analyse sociologique des schémas thérapeutiques adoptés par les acteurs face à un problème de santé publique, le cancer.

L'heuristique causale en tentant de répondre à ces régularités exprime la nature de ces rapports sociaux en les saisissant indirectement, par les traces qu'ils laissent, sous forme de variables, dans les échanges et à travers les actions des acteurs sociaux.

Trois dimensions sont notées avec l'heuristique causale : l'historicité, la représentation des liens entre les individus et les structures sociales auxquelles ils appartiennent et enfin l'intentionnalité complexe des actions humaines à laquelle l'heuristique causale doit faire face.

Nous allons nous baser sur les principes de base précités pour expliquer les différentes variables. En effet les logiques sociales sont basées sur des représentations sociales, les significations symboliques (pour interpréter la maladie), les relations et les perceptions des patients sur les structures de santé et l'offre de soin proposé. Ce sont ces mêmes logiques sociales qui déterminent le savoir-être, le savoir-faire et le savoir agir des malades face à la maladie. De l'autre côté, les logiques médicales sont sous-tendues par les catégories du savoir médical, biomédical, les normes sanitaires de même que les relations sociales.

Cependant, en partant du constat que s'il y a une régularité entre les faits, une incompatibilité entre les deux logiques, est notée, on se basera dès lors sur la description des contextes dans lesquels les acteurs évoluent. Parce qu'il est à souligner que malgré les changements intervenus dans le temps faisant preuve d'un système sanitaire moderne, ces pratiques qui consistent à se référer au système traditionnel se perpétuent toujours.

Il y a une imbrication entre les deux logiques (sociale et médicale) et le phénomène observé (les schémas thérapeutiques des malades) est la résultante de cette imbrication. En d'autres termes, les logiques sociales sont non seulement élaborées à partir des représentations sociales, des éléments du contexte, mais aussi par les informations, les conceptions et perceptions des individus sur le système sanitaire. Toute cette logique d'idées et d'actions entre dans le processus décisionnel et oriente le patient dans ses choix thérapeutiques.

L'imbrication entre logiques sociales et médicales est en effet constatable parce que les professionnels de santé n'agissent pas uniquement à partir des catégories du savoir médical. Il existe des rapports sociaux qui infiltrent les systèmes de santé et cela se traduit par

l'interprétation et le réajustement des normes sanitaires, les dysfonctionnements (causés par les professionnels à travers un ensemble de contradictions relatives à leur socialisation, leur formation et itinéraire, les interactions dans lesquelles ils sont engagées et leurs diverses expériences etc.) l'écart entre la pratique et la norme et l'irrégularité des mesures d'accompagnement, de prévention et de prise en charge.

Tous ces processus couvrent un ensemble de rapports sociaux conduits par l'intention des acteurs qui se situent dans divers contextes sociaux. Entre l'espace social et sanitaire, on note une incompatibilité ou une mauvaise articulation des règles établies qui valide de facto l'incohérence entre les deux logiques. Les pratiques des professionnels de santé et le choix thérapeutique des patients même sont conditionnés par cette incohérence.

**DEUXIEME PARTIE :  
METHODOLOGIE ET  
CADRE D'ETUDE**

### CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE

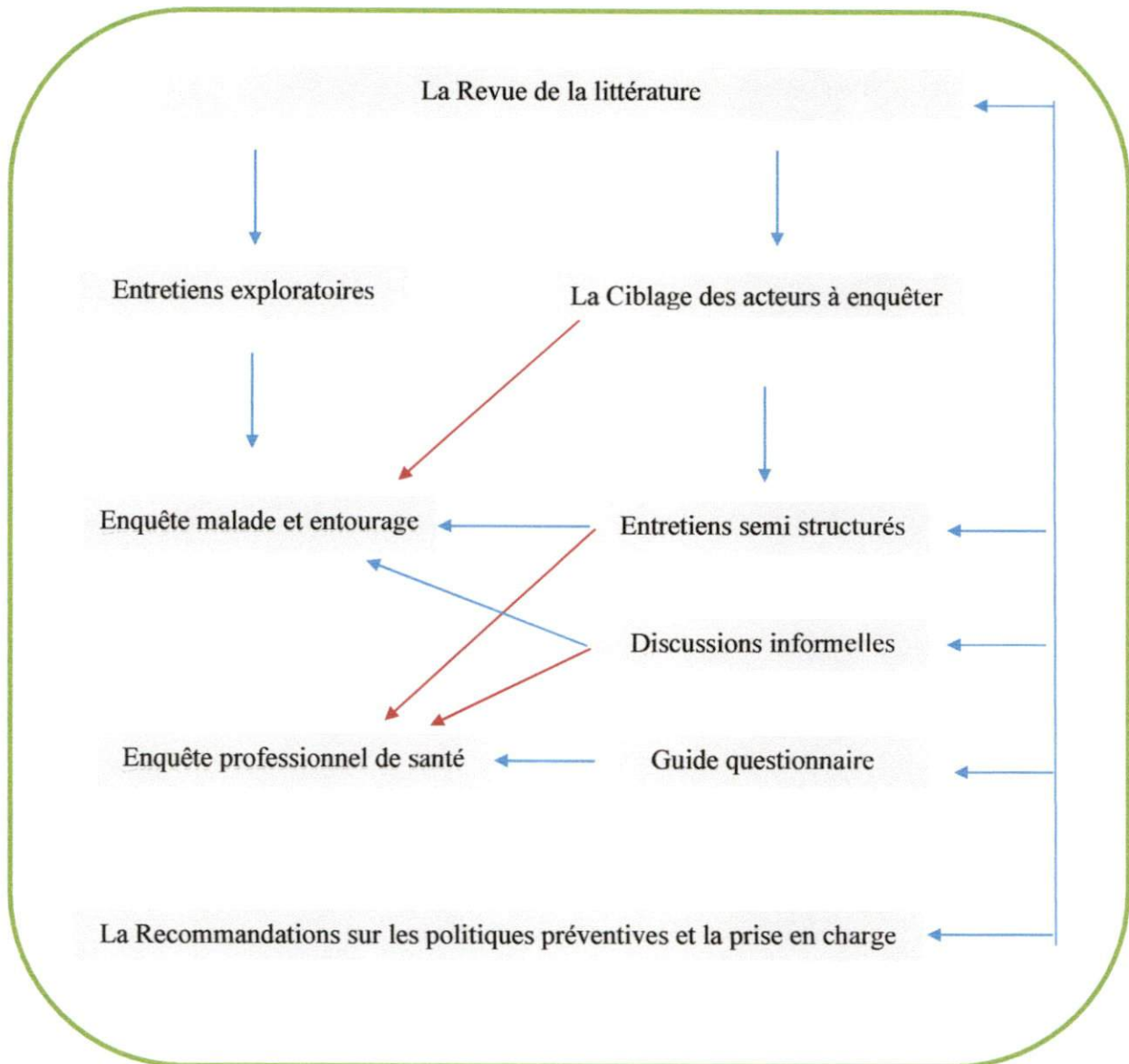
« Toute recherche ou application de caractère scientifique en sciences sociales comme dans les sciences en général doit utiliser des procédés rigoureux, bien définis, transmissibles, susceptibles d'être appliqués à nouveau dans les mêmes conditions, adaptés au genre de problèmes et de phénomènes en cause : ce sont là des techniques. Le choix de ces techniques dépend de l'objectif poursuivi, lequel est lié lui-même à la méthode de travail » (Madeleine Grawitz, 1996).

Cela suppose que pour faire œuvre scientifique le chercheur doit impérativement confronter les hypothèses théoriques à des données d'expérimentation d'où la nécessité pour le chercheur de descendre sur le terrain d'étude pour faire des investigations. C'est ainsi que nous avons mis en œuvre un dispositif d'élucidation du réel dans le but de collecter des informations sur notre population cible. L'organisation du travail reste individuelle et s'est réalisée sur de longues durées pour mieux appréhender les conditions sociales et/ou économiques, psychologiques et médicales auxquelles les malades et leur entourage font face pour pouvoir adopter des schémas thérapeutiques axés autour de la prise en charge du cancer. Ce chapitre traduit les procédés dans lesquels nous nous sommes introduit pour réaliser cette étude : de la revue de la littérature jusqu'au traitement des informations en passant par la phase de collecte des données.

### 3.1 Présentation de la méthodologie

Pour cette étude basée sur une approche socio-anthropologique, l'accent a été mis essentiellement sur une méthodologie qualitative pour apporter des réponses à la question de recherche.

**Graphique 3: Présentation de la méthode utilisée**



### 3.2 La Revue de la littérature

Elle constitue une étape incontournable dans l'élaboration d'un projet de recherche et dans le cadre de notre étude nous avons pu consulter des ouvrages qui traitent de la santé des populations en générale et qui répondent le mieux à nos attentes ou ayant une quelconque relation avec notre objet d'étude. Il nous a fallu consulter dans les locaux de la bibliothèque universitaire (Dakar et Saint-Louis), les centres de recherche documentaire et le service des archives du CHU Le Dantec, dans le but d'étoffer nos connaissances théoriques, des documents, des rapports et des articles sur les questions sanitaires et lire des mémoires et des thèses, lesquelles lectures nous ont permis de recueillir des informations fiables indispensables à notre objet d'étude. De manière détaillée la revue de la littérature s'est faite comme suit :

- ❖ Des études sur la prise en charge et la prévention du cancer
- ❖ Des études sur la santé des groupes vulnérables
- ❖ Des documents d'enquêtes démographiques de santé
- ❖ Des études sur la situation sanitaire des personnes âgées au Sénégal et des politiques développées en leur faveur notamment le Plan Sésame.
- ❖ Des documents de politiques internationales et nationales sur l'accès aux soins et le traitement des cancers
- ❖ Des documents sur le système de santé

### 3.3 Le ciblage des acteurs

Elle s'est faite avant le démarrage de l'enquête. A travers des recherches sur internet, on a commencé à cibler des acteurs œuvrant dans la prise en charge du cancer, que cela soient des acteurs institutionnel, des privés ou des associations de lutte contre le cancer. Et le contact premier avec ces acteurs, nous ont conduit dans la phase d'entretiens exploratoires. Cette étape de pré-enquête, nous a donné une idée exacte des acteurs auprès desquels nous tenterons de recueillir des informations :

- ✓ Des cancéreux sous traitement
- ✓ Des anciens malades du cancer guéris
- ✓ Des accompagnants des malades et des structures de lutte contre le cancer
- ✓ Des médecins généralistes
- ✓ Des oncologues (chirurgiens, chimiothérapeutes, radiothérapeutes etc.)
- ✓ Des personnels et professionnels de santé (paramédical, infirmiers etc.)



La revue de la littérature et les entretiens exploratoires ont permis de :

- Mieux appréhender le système de santé, entre ses défis et enjeux au Sénégal,
- Mieux comprendre la situation des personnes âgées au Sénégal et d'acquérir une connaissance approfondie du plan Sésame
- Finaliser le protocole de recherche, notamment d'affiner les hypothèses et de procéder à la sélection lieux d'enquête
- Identifier les acteurs clés et de leur faire connaître le but de l'étude
- Préparer les outils d'enquête terrain.

### **3.4 Les stratégies d'approche et d'observation**

Au cours de la recherche, en observant discrètement tout ce qui se passe autour de nous au sein de l'institut, impliquant les situations vécues par les sujets âgés malades dans ces mêmes structures et dans leur environnement social, nous avons essayé d'intégrer la sphère assignée au couple soignant/soigné de même que l'environnement de l'entourage du malade tout en gardant une posture de neutralité. Etant conscient du fait que la présence du chercheur sur le terrain est source d'interrogation, de suspicion voir d'hostilité, dans le souci d'asseoir un climat d'entente et de confiance nous sommes allés jusqu'à convoquer les réalités de la parenté à plaisanterie de même que les rapports entre grands-parents et petit-fils pour les rassurer et recueillir par la suite les informations nécessaires à notre recherche.

### **3.5 L'enquête qualitative**

L'approche socio-anthropologique fait nécessairement appel à la méthode qualitative. Elle a cherché à répondre aux questions du "POURQUOI?" et du "COMMENT ?". Le recours à l'entretien individuel et aux discussions informelles a servi à mettre en contexte les résultats obtenus. L'enquête qualitative s'est donc positionnée comme une exigence de l'enquête du fait des informations significatives tirées auprès des acteurs (malades, proches, médecins, prestataires de soins etc.)

#### **3.5.1 Démarche**

Deux techniques d'investigation ont été utilisées dans l'enquête qualitative pour recueillir les informations dans le détail au plus près :

- (1) L'entretien individuel, pour les sujets âgés malades et les
- (2) *Le guide questionnaire*<sup>53</sup> pour les professionnels, les associations œuvrant dans la lutte et la prévention du cancer.
- (3) Les discussions informelles avec les accompagnants, des paramédicaux, des médecins, des proches de malades etc.

### 3.5.2 Stratégie d'échantillonnage

Dans une recherche sociologique, comme le rappelle R. Quivy et L. V. Compenhoudt (2006 : 230), la sélection des unités d'analyse « consiste à choisir les unités sur lesquelles l'observation va porter. En général, ce choix pose le problème de la construction d'un échantillon ». L'échantillonnage consiste à prélever une partie représentative de la population sur laquelle l'enquête se porte. Après la délimitation du champ d'analyse, nous procédons au choix des unités sur lesquelles devra porter l'observation. Il s'agit de procéder au processus d'échantillonnage qui permet de déterminer les sujets à enquêter. Dans le cadre de cette recherche, nous avons procédé à une sélection réfléchie d'enquêtés qui seront en mesure de répondre aux attentes de la recherche.

Pour ce travail, nous avons procédé en une technique d'échantillonnage d'acteur, qui consistait en un choix volontaire des personnes enquêtées et reposait sur des caractéristiques précises inhérentes à l'objet d'étude. Cet échantillonnage suscite « un corpus empirique essentiellement autour d'une personne ou d'une famille »<sup>54</sup> et l'objectif constitue un récit oral ou écrit de la personne en question, de son entourage ou des membres d'une famille.

Avec l'échantillonnage d'acteur le recueil de ce récit suppose trois choses : des documents personnels écrits spontanément par l'informateur et sans interférence de l'analyste (autobiographies, lettres, journaux intimes, etc.) des documents écrits par l'informateur sur demande de l'analyste (avec ou sans orientation systématique ou demandes de révision) une ou des entrevues en profondeur avec la même personne.<sup>55</sup> Ce type d'échantillonnage colle parfaitement avec notre étude pour nous rendre compte des objectifs que nous nous sommes fixés dans le recueil de données.

---

<sup>53</sup> Un guide constitué de questions ouvertes et destiné aux professionnels de santé du fait de leur absence ou par contrainte de temps ou de possibilité d'entretien.

<sup>54</sup> Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives], *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 113-169. Première partie : Épistémologie et théorie. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur, 1997, 405 pp.

<sup>55</sup> Ibidem

L'importance ici n'est pas de voir le taux de malades du cancer mais les conditions dans lesquelles se trouvent les sujets âgés atteints de la maladie, conditions les poussant à faire un choix de leurs itinéraires thérapeutiques et les stratégies développées pour prendre en charge leur maladie. L'accès à ces informations est possible à travers des récits de vie qui inclut le parcours cancéreux des sujets âgés, leurs conditions de vie et tout ceci à travers une exposition de leur situation et trajectoire sociales.

Les méthodes d'entretien utilisées se caractérisent par un contact direct avec nos enquêtés, constitués ici principalement par des personnes ressources (le personnel médical de l'institut du Cancer, les malades et leur entourages, les personnes qui ont eu un contact direct avec des malades du cancer, les associations de lutte contre le cancer (LISCA) etc.). Cependant, lorsqu'on fait usage de la méthode d'entretien, il est inutile, comme l'affirment Rodolphe Giglione et Benjamin Matalon (1998 : 50) « d'interroger un très grand nombre de sujets. La lourdeur de l'analyse rend difficile l'exploitation systématique d'un nombre important d'entretiens [...] ». A cet effet, nous avons fait des interviews avec une vingtaine de personnes ressources.

### **3.5.3 Les outils de collecte**

Comme outil de collecte nous avons eu à porter notre choix sur deux types d'entretien. D'abord, il y a l'entretien non structuré, que nous avons surtout utilisé dans la phase exploratoire pour recueillir les données préliminaires de la recherche (ici les maladies les plus observées chez les sujets âgés et les connaissances à priori sur ces types de maladies par les sujets même.). Ensuite, il y a l'entretien semi-directif ou guidé avec la confection d'un guide d'entretien que nous avons administré aux acteurs de notre milieu d'étude.

Avec le guide d'entretien, nous avons pu avoir la conception, la perception et les représentations que les enquêtés ont sur la question de la maladie cancéreuse, les structures de santé, le personnel sanitaire etc.

Dans la phase d'analyse des données, l'utilisation du logiciel IRaMuTeQ<sup>56</sup> nous a permis de faire une lecture du corpus qualitatif obtenu à l'aide de nos entretiens transcrits. Nous avons pu dresser grâce à ce logiciel (IRaMuTeQ) des nuages de mots dont la lecture traduit les discours et les perceptions tout autour de la question de la prise en charge du cancer.

---

<sup>56</sup> Logiciel d'analyse et de traitement de données qualitatives

### 3.5.4 La structuration des outils de collectes

Pour les entretiens et enquêtes, 04 guides ont été élaboré :

1. Un guide d'entretien pour les malades et l'entourage
2. Un guide d'entretien pour les professionnels de santé et structures œuvrant dans la prise en charge du cancer
3. Un guide de Récit de vie pour les malades et/ou les accompagnants
4. Un guide questionnaire pour les professionnels absents ou contraints par le temps.

Pour les besoins du guide questionnaire, une série de questions ouvertes a été élaborée (Cf. *Guide questionnaire* en annexes).

En se basant sur les éléments du protocole de recherche (hypothèses, questions de recherche), de la revue de la littérature, des entretiens exploratoires avec les acteurs etc. des thématiques ont été développées pour les différents guides. Ces derniers ont été corrigés et réadaptés à travers les enquêtes exploratoires et l'appui de certains experts en la matière.

**Les différents thèmes des guides** (guides d'entretien Cf. Annexes) :

- ❖ Les représentations sociales de la maladie ;
- ❖ Les perceptions sur les structures de santé ;
- ❖ Les perceptions sur le système traditionnel thérapeutique ;
- ❖ Le rôle de l'entourage dans la gestion (psycho-sociale et financière) de la maladie ;
- ❖ Les conditions de travail des personnels de santé ;
- ❖ Les rapports avec les cancéreux et leurs accompagnements ;

### 3.6 La collecte des données

La phase de collecte de données s'est déroulée dans la période de Septembre 2015. Elle a consisté à la réalisation d'entretiens et de rencontres avec des malades au niveau de l'institut du cancer, dans des maisons, dans le site de l'hôpital, dans des pharmacies (pour la question de la disponibilité des médicaments) et des sièges d'associations telle que la LISCA.<sup>57</sup> Bien qu'elle ait été très difficile du fait de la réticence et de l'absence de certains acteurs, elle nous a été d'un apport considérable en matière de recueil d'informations. Nous avons pu réaliser par le biais d'enquête par boule de neige des entretiens, des discussions et même un *reportage* qui raconte le parcours cancéreux d'une femme atteinte de cancer du sein.

---

<sup>57</sup> Ligue Sénégalaise contre le Cancer

### 3.7 Les difficultés rencontrées

La recherche en sociologie comme toutes recherches en science sociales est confrontée à des obstacles. Celle-ci menée sur le système sanitaire à travers les conditions d'accès aux soins et la prise en charge des malades n'échappe pas à la règle. Tout d'abord, la disponibilité de notre population cible nous a posé des problèmes. La période de Septembre 2015 a tout à fait coïncidé avec les vacances. C'est d'ailleurs ce qui a fait qu'on notait l'absence de certains acteurs (professionnels de santé etc.). La complexité et la sensibilité du sujet a semblé aussi être un facteur de réticence chez certains sujets malades qui souvent ne veulent pas se rappeler de leur vécu. Outre cela, le concept de sujets âgés en effet rétrécit le champ d'investigation et nous met aussi face à une catégorie de personnes difficilement recadrable du fait de leur vieillesse (situation d'anxiété, de douleur, de dépression. etc.).

## **CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE**

### **4.1 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec**

L'Hôpital Aristide Le Dantec a été créé en 1863 sous le nom de case-hôpital de Dakar où des sœurs de l'immaculée conception soignent les malades et accueillent les femmes malades abandonnées. Au fil des années, il a changé de nom pour prendre en 1932 celui de l'Hôpital Aristide Le Dantec en souvenir de son ex-professeur agrégé qui fut le premier à occuper la fonction de Médecin Chef de l'hôpital en 1918.

Du fait de la compétence de son personnel, la qualité de ses services offerts, de son accueil et de sa position géographique, il se trouve au sommet de la pyramide sanitaire des services de santé au Sénégal. Il est devenu centre hospitalier et universitaire (CHU) à partir de 1962.

L'hôpital a été érigé en établissement public de santé de niveau 3 par décret n°99-852 du 27 Aout 1999 en application des lois n°98-08 du 12/02/98 portant réforme hospitalier et des lois n°9812 relatives à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

De ce fait, il a une autonomie de gestion par rapport aux ressources financières, humaines et à l'investissement, il a une personnalité juridique et est sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de la Prévention et sous celle financière du Ministère des finances.

Conformément aux dispositions des lois citées et leurs décrets d'application l'Hôpital Le Dantec dispose d'un organe délibérant : le conseil d'administration dont l'organe d'exécution des délibérations est la Direction, de deux organes consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

#### **4.1.1 Organisation et fonctionnement du CHU Le Dantec**

##### **4.1.1.1 Le conseil d'administration**

Le conseil d'administration a pour rôle de définir la politique générale de l'établissement public de santé de l'Hôpital Le Dantec. Il arrête le budget de fonctionnement et d'investissement délibère sur le budget, les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercice ainsi que les emprunts. Il délibère également sur les conventions et accords entre hôpitaux. Le conseil d'administration fixe le tarif des prestations tout en respectant la fourchette établie par le ministère de la santé et des finances.

Le Conseil d'Administration comprend des représentations du ministère des finances et de la santé, des représentants de l'administration, des représentants des collectivités locales, des représentants des professions médicales et pharmaceutiques exerçant dans les établissements, des représentants des usagers, des personnalités qualifiées et des représentants des organismes de prévoyance sociale, le doyen de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie. Le personnel est représenté dans le Conseil. Ils sont désignés par voie d'élection par leurs pairs au niveau de l'hôpital.

Le Conseil d'Administration de l'hôpital comprend, en outre, des représentants de la population. Il peut s'agir d'une émanation des Comités de Santé et des associations de consommateurs ou de toute association concernée par le fonctionnement de l'hôpital. Les délibérations du Conseil d'Administration portent également sur les conventions de coopération et accords entre hôpitaux.

#### **4.1.1.2 La Commission médicale d'établissement (CME)**

Cette Commission est présidée par un médecin qui collabore étroitement avec le Directeur. Elle est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.

La réforme met un accent particulier sur la responsabilisation des médecins qui vont concevoir et mettre en œuvre le volet médical du projet d'établissement dans le cadre de la Commission Médicale d'Etablissement.

L'avis de la Commission Médicale d'Etablissement est requis sur toutes les questions relatives à la pratique médicale. Elle est constituée de l'ensemble des chefs de services médicaux- techniques et des représentants des médecins, des pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Elle prépare avec le directeur le projet médical d'établissement et émet un avis sur le projet d'établissement le projet de budget.

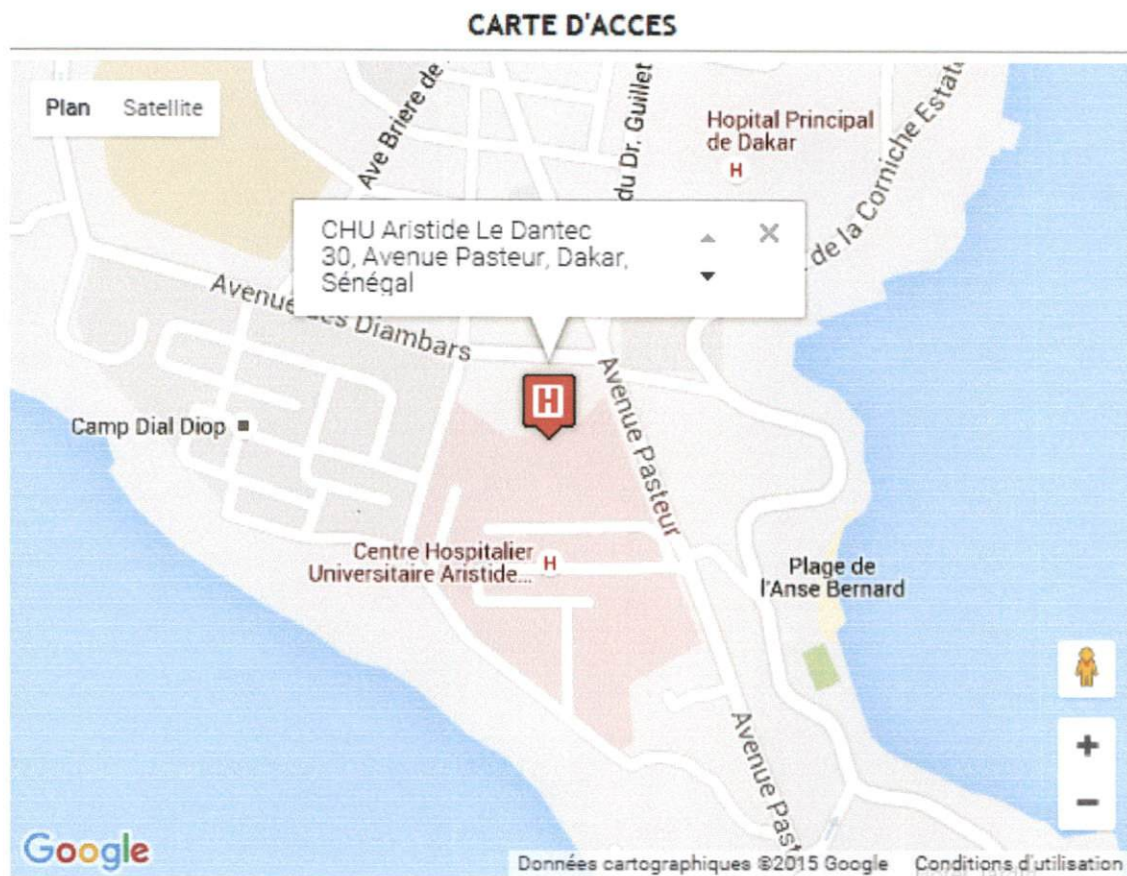
#### **4.1.1.3 Le Comité technique d'établissement (CTE)**

Le Comité technique d'Etablissement est une instance consultative qui a pour rôle de faire participer le personnel technique des hôpitaux à la résolution des problèmes touchant à l'hygiène, à la sécurité, aux plans de formation, etc.

Le Directeur de l'Hôpital préside le Comité Technique d'Etablissement. Outre le représentant des médecins, y siège un membre de chaque catégorie du personnel élu par ses pairs. L'Hôpital

Aristide Le Dantec est composé de 25 services Médicaux-techniques, dirigés par d'éminents spécialistes dans les domaines les plus pointus de la médecine Moderne.

**Figure 1: Carte d'accès du CHU Le Dantec**



Source : Google map 2015



#### 4.1.1.4 Les différents services au sein du CHU

Ce tableau présente les différents services répartis au sein du Centre hospitalier et universitaire Le Dantec :

Services de chirurgie et spécialités chirurgicales	Services médicaux et spécialités médicales
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Clinique chirurgicale</li> <li>✓ Clinique gynécologique et obstétricale</li> <li>✓ Chirurgie pédiatrique</li> <li>✓ Ophtalmologie</li> <li>✓ Anesthésie-Réanimation</li> <li>✓ Odonto-Stomatologie</li> <li>✓ Orthopédie-Traumatologie</li> <li>✓ Urologie-Andrologie</li> <li>✓ Institut Curie (Cancérologie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pédiatrie</li> <li>✓ Médecine Interne</li> <li>✓ Cardiologie</li> <li>✓ Gastro-entérologie</li> <li>✓ Néphrologie</li> <li>✓ Dermatologie-Vénérologie.</li> </ul>
<b>Service de soutien</b>	<b>Service de Pharmacie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Service technique et de maintenance</li> <li>✓ Service de buanderie</li> <li>✓ Service d'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pharmacie centrale</li> <li>✓ Pharmacie de l'initiative de Bamako</li> </ul>
<b>Services administratifs</b>	<b>Service d'imagerie médicale, d'aide au diagnostic</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Direction</li> <li>✓ Service administratif et financier</li> <li>✓ Agence comptable</li> <li>✓ Cellule d'audit interne ;</li> <li>✓ Cellule de communication ;</li> <li>✓ Cellule de contrôle et de gestion</li> <li>✓ Service des soins infirmiers ;</li> <li>✓ Service des ressources humaines</li> <li>✓ Service social ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laboratoire de biologie</li> <li>✓ Laboratoire de biochimie</li> <li>✓ Laboratoire de bactériologie-virologie</li> <li>✓ Laboratoire cytologie</li> <li>✓ Laboratoire d'anatomie pathologie</li> <li>✓ Laboratoire de parasitologie</li> <li>✓ Service d'imagerie médicale</li> </ul>

L'Hôpital Aristide Le Dantec comprend 17 services d'hospitalisation, 6 laboratoires d'analyses médicales, 18 salles d'opération, une unité d'hémodialyse simple et une unité d'hémodialyse péritonéale et des services administratives et de soutien. Il compte 752 lits répartis dans les différents services. Il a à sa disposition différente matérielle et équipements qui sont entre autre des appareils de scanner, de radiologie, de radiothérapie et stimulateur, de radiologie d'échographie, de mammographie, de fibroscopie, d'électrocardiogramme, d'électroencéphalogramme et d'équipement de laboratoires et de reprographie.

#### **4.2 Présentation du centre Joliot Curie du CHU Aristide Le Dantec**

L'Institut Joliot Curie est fondé en 1964 et dirigé aujourd'hui par le Professeur Mamadou DIOP, chirurgien anatomiste. Le centre conçu comme un centre de lutte contre le cancer, comprend les unités suivantes : la chirurgie (4 chirurgiens), la chimiothérapie (2 médecins) et la radiothérapie (2 radiothérapeutes). Le service de radiothérapie comprend un seul appareil de Cobalt, installé initialement en 1985 le service ensuite s'est dégradé progressivement. En 2007, il y a eu installation d'un nouvel appareil de cobalt puis d'un simulateur avec le soutien de l'Institut national du Cancer en France et de l'Association Physicien Médical Sans Frontière (PMSF). Ce centre était jusqu'en Octobre 2010 le seul pour toute l'Afrique de l'Ouest francophone (inauguration d'un centre en Mauritanie le 29 novembre 2010).

Au niveau de l'Institut Curie sont traités 40 à 45 malades par jour. L'Afrique, en particulier francophone, est très sous-équipée en radiothérapie avec seulement 25 pays équipés sur 54.

La cancérologie a reçu 3650 patients en consultation durant l'année 2012. Parmi ces 3650 patients, 52% sont reçus pour un dépistage et lésions bénignes et 48% pour des cancers malins dont les 27.5% concernent les cancers du col soit un nombre de 1003. Les 20.5 % restant concernent les cancers du sein et des ORL. Chaque année le service reçoit 400 à 500 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus.

L'institut du cancer, a une triple vocation : les soins, l'enseignement et la recherche :

##### **a. Les soins**

Il est au sommet de la pyramide sanitaire dans la prise en charge des tumeurs bénignes et malignes mais également aussi beaucoup de pathologies gynécologiques et mammaires. L'institut comptabilise en moyenne 3000 consultations par an dont la majeure partie des

pathologies diverses ayant motivé leur évaluation à partir de structures périphérique, des services hospitaliers, des autres hôpitaux régionaux et des pays limitrophes (les deux Guinée, la Mauritanie, le Mali, la Gambie et les Iles du Cap-Vert). Il favorise un accès équitable aux soins à toutes les personnes atteintes de cancer et fréquentant le service.

**b. L'enseignement**

Il relève de ses attributions universitaires sur la formation de médecins en spécialisation et d'étudiants en médecine.

**c. La recherche**

Elle est motivée par l'amélioration de la prise en charge et la prévention des cancers au Sénégal et dans la sous-région. La structure participe également au renforcement des capacités des oncologues par des travaux en équipe, des exposés médicaux et l'organisation des symposiums dont le dernier s'appelait « symposium de Dakar sur le cancer du sein 2013 et a eu comme thème : Diagnostic du cancer du sein et état de lieu du cancer du sein au Sénégal ». Elle accueille les stagiaires venant des écoles de formation. Des séminaires, des journées scientifiques sur la santé sont organisées selon les besoins.

**d. Les locaux**

Le service de cancérologie est localisé entre le service d'anatomie-pathologie et celui de la chirurgie générale. Ce service est composé de deux bâtiments qui se font face. Le bâtiment en étage fait office d'unité d'hospitalisation et de chimiothérapie et le second est utilisé pour les consultations et abrite une unité de radiothérapie avec une source de cobalt, la seule dans la sous-région. La structure compte 25 lits avec plusieurs unités dans le service :

- ✓ Une unité de chimiothérapie avec 7 lits à l'étage et 10 chaises à la salle de chimio au rez-de-chaussée sont réalisées en moyenne 25 cures par jour en hospitalisation du jour ou des cures concubines individuelles,
- ✓ 2 grandes salles abritant chacun 5 lits,
- ✓ 1 bloc chirurgical,
- ✓ 1 salle de réanimation avec une capacité d'accueil de 4 lits.

L'Institut Curie fonctionne du lundi au vendredi, de 8h à 17h. Des permanences sont assurées avec une équipe qui se charge de recevoir les urgences et d'assurer également les soins possibles. Elle tourne autour des activités de consultation, d'hospitalisation, de chimiothérapie, de radiothérapie et d'intervention chirurgicale. Les chirurgiens et les étudiants sont répartis en trois groupes à tour de rôle chaque semaine durant un mois. Les infirmiers en hospitalisation

sont aussi organisés en équipe.

Le service de tri qui sert d'accueil, reçoit les nouveaux et les anciens malades qui ont rendez- vous et les ventilent vers les salles de consultation selon les besoins.

**e. Le personnel**

- 02 Maîtres de conférences, chirurgiens,
- 02 Maîtres-assistants,
- 03 Chefs de clinique-assistants,
- 02 praticiens hospitaliers,
- 02 physiciens,
- 01 Interne des hôpitaux,
- 14 Médecins en cours de spécialisation,
- 03 Techniciens supérieurs de radiothérapie
- 03 infirmières d'Etat,
- 08 infirmières brevetées,
- 05 Garçons de salle,
- 03 agents sanitaires,
- 02 secrétaires,
- 01 assistante sociale,
- 01 personnel de soutien et d'entretien

**f. Les partenaires**

Les partenaires de l'institut du cancer sont multiples et nous pouvons citer ceux financiers et les ressources humaines :

- **Les ressources humaines** : L'Université Cheikh Anta Diop de Dakar de par ses professeurs et ses étudiants ; les Ecoles de formation en santé de Dakar et les associations de lutte contre le cancer.
- **Les partenaires matériels et financiers** :

L'Institut National du cancer en France ; la Société Américaine de lutte contre le cancer; la Ligue Sénégalaise contre le Cancer (LISCA) ; la Société D'énergies Atomique ; le Groupe Attijari Bank au Sénégal ; la fondation « Servir le Sénégal », l'Association Education- Santé, la fondation SONATEL ; la fondation PAMECAS, Rotary club de Dakar et de Milano (Italie), la Collaboration santé internationale de canada etc..., et toutes les associations qui luttent contre le cancer. Nous notons aussi la présence des particuliers pour des dons ponctuels.

#### 4.5 Une analyse par FFOM du Centre Joliot Curie du CHU de Dakar.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Le fonctionnement continu du service malgré le nombre limité du personnel, des permanences sont assurées avec une équipe qui se charge de recevoir les urgences et d'assurer également les soins.</li> <li>❖ Le service répond bien à la mission de soins, de formation, de recherche par la qualité des médecins et du nombre d'étudiants reçu en stage;</li> <li>❖ Le personnel est qualifié, bien engagé et offre des soins de qualité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Le manque de moyen matériel et financier influe sur la qualité des soins</li> <li>❖ L'insuffisance de salles dans les locaux : certaines cabines d'hospitalisation ont été transformées en bureaux de même que la salle de cours en salle de consultation et les patients traînent dans les couloirs.</li> <li>❖ L'absence de registre de cancer pour une meilleure connaissance de l'incidence de la maladie permettant au pouvoir public de prendre des décisions</li> <li>❖ Un déficit de spécialistes en cancérologie et de personnel paramédical</li> <li>❖ Le manque de communication entre certains médecins et les patients</li> <li>❖ L'absence de psychologue ou de psychiatre dans le service pour un meilleur accompagnement psychosocial</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ L'Institut Curie est l'un des services les plus réputés au Sénégal de par sa spécialisation. Il est l'unique centre de référence pour la prise en charge du cancer. Il reçoit des malades en provenance des différentes régions du Sénégal et des pays limitrophes. Les activités de sensibilisation et de plaidoyer sont organisées pour la lutte contre le cancer en partenariat avec la Ligue Sénégalaise Contre le cancer et d'autres associations.</li> <li>❖ De par son unicité, beaucoup de médecins africains y ont complété leur formation de spécialisation ce qui a fait sa notoriété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ L'étroitesse du service réduit la capacité de prise en charge des malades et justifie les rendez-vous un peu éloignés,</li> <li>❖ La cherté du traitement pousse certains malades à abandonner les soins et à recourir aux tradipraticiens</li> <li>❖ La vétusté du cobalt pour la radiothérapie est souvent en panne, ce retard de renouvellement de cet équipement affecte la qualité des soins et retarde le traitement. La vétusté des locaux : le transfert du service dans un autre site est envisageable.</li> </ul>

#### 4.5 Une analyse par FFOM du Centre Joliot Curie du CHU de Dakar.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Le fonctionnement continu du service malgré le nombre limité du personnel, des permanences sont assurées avec une équipe qui se charge de recevoir les urgences et d'assurer également les soins.</li> <li>❖ Le service répond bien à la mission de soins, de formation, de recherche par la qualité des médecins et du nombre d'étudiants reçu en stage;</li> <li>❖ Le personnel est qualifié, bien engagé et offre des soins de qualité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Le manque de moyen matériel et financier influe sur la qualité des soins</li> <li>❖ L'insuffisance de salles dans les locaux : certaines cabines d'hospitalisation ont été transformées en bureaux de même que la salle de cours en salle de consultation et les patients traînent dans les couloirs.</li> <li>❖ L'absence de registre de cancer pour une meilleure connaissance de l'incidence de la maladie permettant au pouvoir public de prendre des décisions</li> <li>❖ Un déficit de spécialistes en cancérologie et de personnel paramédical</li> <li>❖ Le manque de communication entre certains médecins et les patients</li> <li>❖ L'absence de psychologue ou de psychiatre dans le service pour un meilleur accompagnement psychosocial</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ L'Institut Curie est l'un des services les plus réputés au Sénégal de par sa spécialisation. Il est l'unique centre de référence pour la prise en charge du cancer. Il reçoit des malades en provenance des différentes régions du Sénégal et des pays limitrophes. Les activités de sensibilisation et de plaidoyer sont organisées pour la lutte contre le cancer en partenariat avec la Ligue Sénégalaise Contre le cancer et d'autres associations.</li> <li>❖ De par son unicité, beaucoup de médecins africains y ont complété leur formation de spécialisation ce qui a fait sa notoriété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ L'étroitesse du service réduit la capacité de prise en charge des malades et justifie les rendez-vous un peu éloignés,</li> <li>❖ La cherté du traitement pousse certains malades à abandonner les soins et à recourir aux tradipraticiens</li> <li>❖ La vétusté du cobalt pour la radiothérapie est souvent en panne, ce retard de renouvellement de cet équipement affecte la qualité des soins et retarde le traitement. La vétusté des locaux : le transfert du service dans un autre site est envisageable.</li> </ul>

**TROISIEME PARTIE :**  
**ANALYSE ET**  
**INTERPRETATION DES**  
**RESULTATS**

## CHAPITRE 5 : PROCESSUS SOCIAUX DANS LES TRAITEMENTS DU CANCER

### 5.1 Les logiques socio-thérapeutiques

Cette partie fait un exposé des logiques adoptées par le malade dans ses recours thérapeutiques. Ces dernières sous-tendent des procédés sociaux et culturels impliquant différents acteurs partant de la famille, des amis jusqu'aux voisins etc.

En définition le cancer est une maladie due au développement anarchique et incontrôlable de certaines cellules de l'organisme. Ces cellules anormales sont capables de se multiplier indéfiniment et peuvent envahir des organes ou des vaisseaux sanguins et lymphatiques, formant à distance de nouvelles tumeurs, appelées métastases<sup>58</sup>. On classe les cancers en tumeurs solides (qui se développent à partir d'un organe visible) et en tumeurs liquidiennes, qui proviennent des cellules de la moelle osseuse (leucémies notamment).

Cependant dans des pays tel que le Sénégal, où le système d'information et de sensibilisation en matière de santé prend peu en compte ce type de maladie, le cancer reste jusqu'ici peu connu des populations. Et pourtant ses formes de manifestations chez les individus en général, et les sujets âgés en particulier laissent entendre des logiques thérapeutiques à entreprendre afin de s'en débarrasser. De la clinique à la santé publique, du local au global, de médecine traditionnelle à médecine moderne, la quête de santé et les réponses à la maladie sont à la fois les plus individuelles et les plus sociales des démarches. Elle constitue en effet un fait social qui convertit le champ de la santé dans son ensemble, et qui redessine les logiques de l'offre et de la demande. On note de nos jours une évidente coexistence de différentes formes de soins forts hétérogènes (modernes et traditionnelles) et complexes, présentant toutefois des caractéristiques nouvelles.

Le recours à une pluralité de logiques thérapeutiques s'inscrit dans la sphère du vécu historique et culturelle du sujet malade, qui aussi s'exprime par l'instabilité croissante des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques variées en matière de thérapies. Dès lors, il serait opportun de souligner qu'en effet, toute action médicale, thérapeutique et soignante s'articule à des conceptions du monde, des catégories de rationalité, des normes et des valeurs propres à chaque époque.

---

<sup>58</sup> Symptôme pathologique qui passe d'une partie de l'organisme à un autre.



Depuis quelques années, la production scientifique a donné naissance à un débat considérable, aussi bien au sein de chaque perspective disciplinaire qu'au niveau de la société civile. Et face au renouvellement des sociétés plurielles contemporaines, le pluralisme thérapeutique ne cesse de se redéfinir au gré des changements sociaux et politiques, favorisant de nouveaux rapports entre les médecines, les patients et l'État (Cant et Sharma, 2003)<sup>59</sup>.

Probablement, chaque personne au cours de sa vie, peut faire face à des expériences irréductiblement singulières, et en tant que sujet malade, il peut être ainsi pensé tout autant au travers de ses caractéristiques personnelles exprimant la maladie qu'au travers des contextes sociaux, économiques, culturels et politiques dans lesquels il évolue. Dans le domaine du cancer, ces recours multiples révèlent un secteur de la santé en pleine mutation, où s'imbriquent maladie et santé, science et expérience, éthique et esthétique, valeurs et morale, économie et politique, droits et devoirs, public et privé, logiques et croyances.

*Les gens qui ont fréquenté l'école ou qui ont des moyens financiers et une certaine connaissance des sciences occidentales, préfèrent le recours aux systèmes sanitaires en cas de complications sanitaires. Ils sont différents de ceux qui n'ont pas les moyens et une certaine qualification intellectuelle. Bien vrai que parfois ces personnes de la classe moyenne se dirigent vers les structures sanitaires, ils rencontrent d'énormes problèmes financiers pour l'achat des tickets, et des ordonnances sans oublier les files d'attente qui sont parfois très longues, ce qui n'arrange pas d'ailleurs les sujets âgés. Donc si tous les moyens financiers et d'accès ne sont pas réunis dans les structures sanitaires, ils s'orientent vers de nouvelles formes de thérapies en faisant recours aux plantes et poudres traditionnelles, aux potions pensant que leur problème peut se régler à ce niveau.*

Si la littérature internationale fait mention depuis plusieurs années d'une diversification des recours des patients atteints de cancers, ceux-ci constituent à l'utilisation de façon croissante des soins, des remèdes, des traitements en faisant référence à des « médecines » appelées « alternatives ». Chaque appellation procède d'une construction sociale, culturelle et politique, et rend compte des rapports qu'elles sont supposées entretenir avec les pratiques médicales officielles, notamment le domaine de l'oncologie.

Dans le traitement d'une maladie, la logique adoptée par le sujet malade dépend souvent de situations un peu plus complexes axées sur des connaissances à priori de la maladie, d'une

---

<sup>59</sup> CANT S. et U. SHARMA, 2003 [1999], A new medical pluralism ? Alternative medicine, doctors, patients and the state, London and New York, Routledge.

situation financière existante, de croyances culturelles thérapeutiques, le tout influencé par un entourage qui de facto s'implique dans les démarches thérapeutiques en vue de l'élimination de la maladie. Dans un contexte de pluralisme thérapeutique, les itinéraires des patients se sont complexifiés. Tout d'abord parce que la quantité de l'offre est importante et diversifiée, et le recours dans le cas de pathologies cancéreuses est attesté, même s'il varie de manière significative selon les études, les régions, le type de pathologie, le genre et les groupes de patients. Mais en matière de cancérologie beaucoup de nos enquêtés ont été réticents face au recours à la médecine traditionnelle. Ces propos le justifient :

*Je pense pas que la thérapie traditionnelle peut grand-chose contre le cancer parce que si nous faisant appel à l'histoire dans les années 1930 par exemple, des maladies telles que le cancer n'étaient pas nombreux et les spécialistes de la médecine traditionnelle ne connaissaient pas ces questions. Et je déplore aujourd'hui cette situation avec certains tradipraticiens qui postulent avoir le monopole du traitement de toutes sortes de maladies. Ce n'est pas vrai et ils font perdre beaucoup d'argent à certaines personnes qui y croient. Ces genres de pratiques sont injustes. Peut-être ils peuvent traiter certaines complications sanitaires comme le rhume, les maux de ventre etc. mais ils doivent faire comprendre aux gens qu'ils ne peuvent rien face à des pathologies telles que le cancer.*

Si les recours varient de manière importante, ils montrent néanmoins que les savoirs et les pratiques des malades ne se réfèrent pas seulement à des univers philosophiques désincarnés, mais relèvent aussi d'usages sociaux et culturels spécifiques. Cependant certains jugent les structures sanitaires sont mieux adaptées à traiter ou de s'occuper des pathologies telles que le cancer.

*Le traitement paraît mieux adapté avec les structures sanitaires où l'on des spécialités contrairement à la médecine traditionnelle. Dans les hôpitaux, certains sont des pédiatres, d'autres des généralistes, des pneumologues, dermatologues ou encore des orthopédistes etc. Chacun possède une spécialité qui lui permet de s'occuper des cas de maladies s'inscrivant directement dans son domaine. Il arrive que le généraliste oriente des malades dans des services mieux adaptés pour leur permettre de suivre traitement adéquat sans problèmes ni complications. Mais la médecine traditionnelle ne propose pas ces spécialités et cela les populations doivent mettre de côté leurs croyances et se diriger dans les structures de sante modernes.*

Et dans chacun de ces dispositifs médicaux et soignants, thérapeutiques et techniques, qu'ils soient curatifs ou préventifs, à chaque interaction, sont rattachés des mots, des actes, des discours, des manières de faire et de se dire, de comprendre et de se construire. Mis à part les

conseils de l'entourage qui souvent influence et oriente le malade dans le choix de son itinéraire thérapeutique, la dimension symbolique de chaque intervention thérapeutique et la portée médicale constitue des facteurs déterminants des choix de recours.

## 5.2 Les construits sociaux autour de la maladie

L'âge constitue un élément déterminant du statut de bien portant chez les personnes. Celles-ci sont plus vulnérables et atteignables par certaines pathologies lorsqu'elles sont en âge avancé. Cependant, toutes ces maladies possèdent une connotation et une construction sociale. Cette dernière dénote souvent les appréhensions que les populations ont à priori d'une quelconque maladie. Souvent, on a remarqué au cours de nos enquêtes des discours autour de certaines maladies qui traquent le quotidien des sujets âgés. « *Yalnañu ci yalla mussal* » cette expression wolof signifiant « *Que Dieu nous en préserve* » est souvent utilisée par nos enquêtés dès l'entame de leur propos en entendant le terme cancer. Certaines appréhensions naissent du degré de compréhension de la maladie et à ce niveau les districts sanitaires ont un travail important à accomplir en matière d'information et de sensibilisation des populations sur les maladies.

*Les districts sanitaires doivent aussi se charger de la sensibilisation des populations face aux maladies. Ils l'ont fait avec certaines maladies comme le paludisme, la tuberculose ou le VIH/Sida, donc pourquoi ne pas le faire avec les autres maladies. Et je précise qu'ils le peuvent parce que toutes les politiques de santé et les programmes sanitaires sont accompagnés de budget exclusivement réservé à l'information et à la sensibilisation c'est pour cela que l'on a créé les IEC (Information, Education, Communication). Mais on ne sait même pas où se trouve cet argent qui doit servir de campagnes de communication et de sensibilisation des populations et pourtant c'est devenu plus facile surtout avec le développement fulgurant des medias.*

En tentant de cerner le sens que revêt la maladie et la manière dont elle se trouve insérer dans l'ensemble du système de pensée des individus et en s'inscrivant toujours dans le champ de notre modèle d'analyse qui suscite les propos d'une narration, une place importante a été réservée à l'étude des modèles explicatifs de la maladie à travers des discours qui orientent souvent les pratiques thérapeutiques. Et certains jugent que :

*La négligence en matière de santé doit être évitée surtout chez les populations. La personne doit être vigilante comme ça en cas de maladie qu'il se dirige rapidement et à temps dans les structures de santé. C'est mieux que de rester chez soi et laisser la maladie t'affaiblir. Les responsables de la santé ont l'habitude de dire « mieux vaut*

*prévenir que guérir » moi je dis « mieux vaut préférer la vigilance à la prévention ».  
Avec le retard de diagnostic de certaines maladies, le médecin ne peut que te  
conseiller ou t'orienter mais le traitement est parfois impossible c'est l'exemple des  
cancers qui parfois sont déclarés trop tard.*

Une première série de questions concerne la signification attribuée à la maladie et les causes qui lui sont imputées. La réponse à cette question est passée par l'étude du système étiologique élaboré par le groupe étudié, et des discours interprétatifs produits par les individus et par les institutions majeures qui prennent en charge la maladie. La perception sociale de l'événement maladie sous-tend des réalités socioculturelles qui font que le malade et son entourage élaborent des relations causales entre des phénomènes très divers. Il s'agit pour eux, en plus des informations recueillies, d'essayer d'établir un diagnostic et prescrire des rituels réparateurs, suivant une logique qui autorise à ordonner toutes sortes de pratiques sociales, dont l'observance est conçue comme la condition de la guérison ou de l'évitement de la maladie.

Penser la maladie c'est tenter de l'inscrire dans l'enchaînement temporel et logique d'événements multiples, et c'est légitimer les pratiques de comportements sociaux spécifiques situés en des points divers de la séquence causale, susceptibles d'en modifier le cours. Compte tenu des données recueillies dans notre enquête, il apparaît autour de la maladie que les construits sociaux constituent une reproduction sociale influé par un contrôle social pour fonction d'assurer la permanence de l'ordre social. Ces construits sociaux dans la majeure partie guide le choix des itinéraires thérapeutiques et ils renferment un ensemble de pratiques thérapeutiques biomédicales ou traditionnelles qui dépendent du degré de compréhension de la maladie et des situations sociales, économiques existantes.

## CHAPITRE 6 : UNE SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER

### 6.1 La famille : entre thérapie et prise de décision

Dans nos cultures les proches sont le plus souvent le conjoint et, au sens plus large du terme, les enfants, c'est à dire la famille nucléaire, voire la famille élargie. Les amis aussi constituent en quelque sorte une famille. Il est intéressant de noter que la thérapie d'une maladie nécessite un soutien psychologique, moral et économique. Ce soutien s'adresse à tous les membres du groupe proche ou lointain et parfois même à l'équipe soignante. Ce type de soutien assumé par les proches n'est pas ressenti comme contraignant mais bien au contraire valorisant.

C'est que le patient n'est pas considéré isolément par rapport à son entourage et que l'équipe soignante peut être incluse dans l'entourage significatif. « Il s'agit d'une approche globale, sociale et culturelle de la maladie et de son traitement, propre aux pays ayant développé une médecine communautaire ou parfois une médecine de la famille ».<sup>60</sup> L'expérience du malade avec son entourage reste toujours gravé dans la mémoire des accompagnants surtout. Ces personnes doivent être fortes psychologiquement pour faire face à certaines réalités liées à la douleur de l'un des membres de leur famille.

*J'ai un ami, malheureusement je ne peux pas vous orienter chez lui mais il m'a raconté un jour que les conditions dans lesquelles son frère cancéreux vivait étaient trop difficiles. Il est arrivé un moment où il (le malade) lui a demandé avec tous les rapports qu'ils ont de le tuer parce que sa douleur était insupportable, mais il ne l'a jamais écouté. Cet ami m'a dit qu'il n'a jamais raconté cette histoire à quelqu'un d'autre à part moi et il ne le fera plus jamais.*

Il n'existe pas un modèle unique de famille et les fonctionnements du système familial sont différents à travers les sociétés et les cultures. L'attitude du patient, dans son rôle de malade, et celle de son entourage peuvent varier selon l'origine culturelle des individus. C'est au sein de la famille que se base la gestion de la maladie et l'implication de tout le monde est souhaitable parce que l'ensemble du groupe familial gère les informations et les soins prodigués au malade que cela soit du côté économique ou social. C'est la famille qui va prendre les décisions à la place du patient, surtout si celui-ci est âgé. Et dans les pays en développement, surtout chez la famille étendue, où de nombreuses personnes partagent un même espace social,

---

<sup>60</sup> Fanny Soum-Pouyalet, Annie Hubert, Jean-Marie Dilhuydy et Guy Kantor, *Information et soutien de l'entourage des patients en cancérologie*, Un article publié dans la revue *Oncologie*, Juin 2005, Volume 7, Issue 4, pp 323-328.

les rôles de chacun sont définis compte tenu des statuts, des représentations spécifiques de la maladie et des soins nécessaires à délivrer. La maladie est un évènement communautaire : c'est l'ensemble du groupe qui en est affecté et qui met en œuvre des stratégies de prise en charge qui lui sont propres.<sup>61</sup>

Certains de nos enquêtés estiment important la création de groupe de soutien chez les cancéreux à l'image de ceux des diabétiques ou des malades du Sida. Le climat de confiance est plus remarqué entre patients qui se soutiennent par le partage de leurs expériences en ayant conscience qu'ils appartiennent à un groupe particulier « *les soignés du cancer* », et dans ces groupes de soutien leurs amis peuvent y être inclus.

L'entourage joue un rôle important dans la gestion du malade. Il peut lui apporter un soutien moral et psychologique qui l'aide à combattre sa maladie, au lieu de se vautrer dans un univers de profonde solitude qui peut causer des situations d'anxiété et de dépression surtout chez les sujets âgés. Le soutien des proches des malades confrontés au cancer, qui sont bien les aidants naturels, mérite d'être développé de façon plus systématique dans le respect certes des exigences éthiques. Ce soutien le plus souvent pluridisciplinaire participe à l'amélioration de leur vécu et par là à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

*L'entourage constitue la base et elle est efficace dans la gestion des malades. Ma femme avait des complications et je l'ai conduit dans la structure sanitaire, après que j'eus payé trente mille francs, ils ont fait des prélèvements qu'ils ont amené en France. Deux, trois jours après ils m'ont appelé pour m'informer que les résultats n'étaient pas clairs. La sage-femme m'a suggéré de lui faire faire un second test qu'ils vont amener à l'institut Pasteur de Dakar. Je lui ai dit non, mieux vaut que je l'amène à Dakar moi-même. A Dakar on a fait un test qui est sorti le soir même d'un mercredi et le médecin m'a précisé qu'il va l'opérer le vendredi sinon elle sera en phase d'un cancer du col de l'utérus. Si toutefois j'avais attendu les résultats à Saint-Louis, ce serait plus compliqué à ce niveau. Mais j'étais vigilant et j'ai préféré aller très tôt dans les structures sanitaires. Maintenant elle n'a plus ces problèmes et elle mène sa vie comme elle se doit. Si toutefois, c'était arrivé à un gars qui n'est pas vigilant ou qui n'a pas assez de moyens financiers pour prendre en charge sa maladie, ce serait la catastrophe.*

---

<sup>61</sup> Fanny Soum-Pouyalet, Annie Hubert, Jean-Marie Dilhuydy et Guy Kantor, Ibidem.

## 6.2 Les comportements thérapeutiques face au cancer

En centrant nos enquêtes sur les représentations et les pratiques relatives à la maladie, on essaie d'orienter notre réflexion sur l'articulation entre ces représentations et les conduites des individus. Toutes les maladies dans leur manifestation sont accompagnées par un nombre étonnant de croyances qui souvent, influent sur le choix des thérapies. Ce sont ces mêmes croyances qui forment tout autour des réalités et des perceptions socialement construites par les acteurs lesquelles les orientent vers des itinéraires thérapeutiques différentes.

Le cancer rencontre souvent des problèmes de dépistage précoce chez les populations. Nos enquêtes ont montré qu'en effet cette maladie reste peu connue raison pour laquelle nombreux de nos sujets enquêtés souvent font recours à des systèmes thérapeutiques souvent en rapport avec leurs connaissances populaires construites à travers la manifestation de certaines maladies. Au sein de la structure sociale, la communication construit des espaces de confiance et entre le social et le médical, ces espaces d'interactions, d'échanges et d'orientations créent des comportements thérapeutiques face à une maladie et favorisent le choix du type de recours thérapeutique.

Les recours à un pluralisme thérapeutique chez les patients sous-tendent des logiques qui peuvent être identifiées à travers des conduites d'intention et des choix plus ou moins éclairés. Ces logiques comportementales s'inscrivent dans des sphères de connaissances et d'opinions recueillies à travers des discussions parfois informelles ou parfois même à travers les constructions sociales autour de la maladie et les expériences individuelles retenues.

La posture de la pragmatique en constitue d'abord la première. Elle suscite une réaction immédiate face à un état de souffrance ou de douleur. Cette réaction entend favoriser le confort, « *la paix du corps* », le soutien psychologique, ou encore pour réduire les risques de tumeurs et des récurrences. Ensuite, on assiste à une signification symbolique qui au travers d'une quête de sens, de compréhension de la maladie, d'une reconstruction de soi, ou d'une affirmation identitaire permet de contraindre l'atteinte de la qualité de vie du sujet malade. Aussi, il est à considérer que toutes les maladies sont construites à travers un ensemble d'idéaux qui souvent ont un impact considérable sur l'adoption des comportements thérapeutiques. Cette posture idéologique fait apparaître surtout chez le sujet âgé (autoritaire, situation d'anxiété, libre choix du sujet âgé, représentation de soi, désengagement) malade une contestation de l'autorité médicale, ou d'une protestation sociale. Enfin, chaque malade, en se considérant comme l'acteur principal de sa maladie, il se base d'abord sur son statut particulier de sujet malade pour

pouvoir orienter sa quête de guérison inscrite dans des espaces aux recours thérapeutiques variés (modernes et traditionnels).

### 6.3 Quand la situation financière détermine le schéma thérapeutique

Dans des situations de précarité notées au sein du pays, il est judicieux de s'interroger sur les modalités auxquelles les populations font appel face à l'imbrication des maladies à soins coûteux telles que le cancer et les situations socioéconomiques qui s'imposent. Les ressources financières orientent dans la majeure partie des cas, le choix des itinéraires thérapeutiques. Si dans la gestion du malade chacun possède un rôle spécial à y jouer, il apparaît clairement que certains ont des positions en traits communs avec les assistants sociaux (accompagnent et assistent le malade) et d'autres constituent le soutien financier.

Tout malade qui veut se présenter dans une structure de santé, doit au préalable mobiliser des ressources financières pour faire face aux coûts de son traitement. D'énormes problèmes financiers sont à signaler avec les maladies telles que le cancer qui sont des maladies à soins onéreux. L'annonce d'un cancer au sein d'une famille est source de stress selon certains enquêtés qui considèrent que cette maladie fait des « *ravages financier* » et sans pour autant guérir. Ils le voient comme une condamnation « *nattu* » (en wolof) et il affecte toute la famille et dans des dimensions différentes (sociale, économique etc.).

Le choix des schémas thérapeutiques ne naît pas de l'ignorance, de l'irresponsabilité ou de la non vigilance du malade ou de son entourage mais plutôt à une situation reflétant les réalités économiques. Ainsi, la complexité des mécanismes de prise de décisions implique aussi l'analyse d'une série de variables : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la position au sein de la famille, l'accès aux ressources financières, les recours possibles, ou encore l'interprétation sociale de la maladie.<sup>62</sup>

La décision revient aux parents lorsqu'un enfant est malade, et dans des sociétés telles que la nôtre, elle revient au mari quand sa conjointe est malade. Chez l'adulte, nombreux sont les facteurs qui interviennent ; il peut être sexe, la situation sociale ou l'accès aux ressources financières. Ce dernier point reste important parce jouant un rôle efficace dans le paiement des soins et la personne qui finance souvent les soins a le monopole de la décision sur l'itinéraire

---

<sup>62</sup> NDOYE Tidiane, La société sénégalaise face au paludisme : politique, savoirs et acteurs, Editions KARTHALA et CREPOS, 2009.



thérapeutique à entreprendre (le choix d'hospitaliser ou de faire recours à la médecine traditionnelle lui revient dans de nombreux cas).

Face à une maladie la prise de décision impliquant le recours thérapeutique à entreprendre est fortement liée à la situation financière. Et chez les sujets âgés, ce sont les enfants qui en cas de maladie de leurs parents dans la majeure partie, s'occupent de cette question d'accès aux ressources financières et s'orientent vers les structures sanitaires en préférant rompre avec les traitements traditionnels ou même d'allier à la fois les deux types de traitements. Et par rapport aux sources exactes de financement, cet enquêté affirme que :

*A part mon travail, ce sont quelques proches et des connaissances qui m'ont aidé dans le traitement. Mon métier de photographe me permet de rencontrer souvent des personnalités et celles-ci m'aident parfois sur certains besoins. Mais le rituel de la main tendu est comme une pierre qui écrase la dignité. Il m'est arrivé d'introduire des demandes d'aide dans des associations telle que « Action Sociale » ou encore la fondation « Servir le Sénégal ». Mais je pense que ces dernières doivent répondre à leur mission et se consacrer encore plus sérieusement au service des personnes démunies. Parfois même, nos demandes n'ont même pas de suite. Mes parents villageois par manque d'informations n'ont même pas foi de ce que se passe et existe. Ils rencontrent d'énormes problèmes liés à l'accès aux structures et au transport pour avoir la possibilité de suivre leur traitement. A travers mes demandes, j'ai pu récolter 450.000fr auprès de Action Sociale et cette ne sert qu'à faire deux séances de chimiothérapie.*

#### **6.4 Valoriser la prise en charge psychologique**

La prise en charge psychologique du malade est importante dans la gestion de la pathologie cancéreuse. Elle est cruciale du fait qu'elle permet à celles-ci (les personnes) de ne pas sombrer dans un univers dépressif du fait de la domination de la dépressive. L'entourage doit jouer un rôle important dans cette forme de prise en charge. La famille constitue le point focal de la prise en charge psychologique. Un malade du cancer a besoin d'une assistance particulière qui lui fournit la force de vivre avec sa maladie. Aucun moment de solitude ne doit lui être accordé, faute de lui faire flotter dans l'univers de pensées qui le consume de l'intérieur. Les proches doivent faire preuve d'indulgence dans certains cas tout en répondant aux exigences du malade et à son humeur souvent désagréable. Ceci parfois n'est que la conséquence d'une douleur due à la maladie et qui souvent, étonnent certains accompagnants.

*Le cancer est une maladie réelle et traumatisante. Je l'ai vécu avec ma femme A.D ; qui était en même temps diabétique. Le cancer ne reconnaît ni pauvre, ni riche et parfois elle se manifeste de vue qu'après avoir gagné tout le corps. Elle est grave de par sa manifestation et peut même rendre fou ; que cela soit du côté du malade ou même de l'accompagnant. Sérieusement c'est une maladie qui nécessite une attention particulière du côté des autorités et une prise en charge adaptée.*

Il poursuit en précisant que :

*En matière de douleur, je n'ai jamais entendu dans de tels cris durant toute mon existence. Elle se plaignait de douleur à chaque instant et c'est par des hurlements qu'elle le témoignait jour et nuit. Psychologiquement j'étais dérangé. Ce n'est pas cette personne que j'avais connu. Elle maigrissait au jour le jour et elle s'énervait très rapidement. Dieu a fait que j'étais fort et compréhension sinon on n'aurait pas arrivé à ce stade. Sincèrement en tant que quelqu'un qui a vécu une maladie, je témoigne que la prise en charge va au-delà de l'aspect physique ou biologique. Elle fait appel à un appui psychologique adéquat pour pouvoir maintenir le malade et l'accompagnant même en de bonnes relations. (M.D, Yeumbeul)*

#### **6.5 La prévention : un moyen efficace de lutte contre le cancer**

Malgré des progrès thérapeutiques majeurs au cours de ces dernières années, le cancer reste une maladie souvent incurable ou laissant trop souvent des séquelles majeures aux malades qui en sont guéris et pourtant il pourrait être évité. Cette partie a pour but d'étudier les stratégies et mesures de prévention à prendre. Il s'agit d'un nouveau rôle pour le médecin du 21<sup>ème</sup> siècle. Pour éviter un aspect moralisateur ou réducteur de la liberté individuelle, il convient d'avoir de bonnes bases scientifiques en vue d'une politique active de prévention.

En effet, à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie des stratégies préventives sont applicables dans le but d'arrêter son évolution. Prévenir signifie éliminer ou limiter autant que possible l'exposition aux causes du cancer, y compris réduire la vulnérabilité des personnes aux effets de ces causes (OMS 2002).<sup>63</sup> Cette approche est la plus prometteuse pour la santé publique et la plus économiquement efficace pour lutter à long terme contre le cancer.

L'OMS considère que les cancers dus au tabac représentent une charge potentielle et réelle telle que chaque pays devrait, dans son combat contre le cancer, donner la priorité absolue aux activités de lutte contre le tabagisme. L'usage du tabac sous toutes ses formes est

---

<sup>63</sup> Organisation Mondiale de la Santé 2002, Résumé d'orientation programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires. – 2e éd.

responsable d'environ 30% des décès par cancer dans les pays développés, et ce pourcentage croît régulièrement dans les pays en développement, en particulier chez les femmes (OMS, 2002). Le meilleur moyen de prévenir les cancers induits par le tabac est d'empêcher la consommation de tabac.

La mise en œuvre d'un programme de prévention du cancer dans le cadre d'un programme de prévention intégrée des maladies non transmissibles constitue une stratégie nationale efficace. L'usage du tabac, l'alcool, de mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique et l'obésité sont des facteurs de risque communs à d'autres maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies respiratoires. Les mêmes mécanismes de surveillance et de promotion de la santé peuvent être utilement appliqués aux programmes de prévention des maladies chroniques. Et ces politiques et programmes préventifs peuvent être adoptés au niveau national pour réduire l'exposition aux risques carcinogènes. Il faudrait veiller à ce que ces risques majeurs soient bien connus du public qui devrait en revanche être préservé de l'avalanche des informations quasi quotidiennes distillées par les médias locaux sur des risques mineurs.<sup>64</sup> Dès lors, il serait pratique de classer les mesures préventives en trois grandes étapes, bien que celles-ci ne soient pas clairement délimitées.

Nous citons d'abord la prévention primaire qui veille à prévenir l'apparition de certaines maladies par la réduction des risques, soit en modifiant les comportements ou les expositions qui peuvent entraîner des maladies, soit en améliorant la résistance aux agents infectieux. L'arrêt du tabac et la vaccination en sont des exemples. Certaines approches prévoient une participation active, comme se brosser les dents régulièrement ou se passer la soie dentaire pour prévenir les caries (dimension individu). D'autres approches sont passives : ajouter du fluorure à l'eau potable municipale pour durcir l'émail des dents et prévenir les caries (dimension population ou collective). La prévention primaire cible généralement les causes spécifiques et les facteurs de risque de certaines maladies, mais elle cherche également à promouvoir les comportements sains, à améliorer la résistance des hôtes et à favoriser des environnements sécuritaires qui réduisent le risque de maladie, par exemple en nettoyant les salles d'opération pour prévenir les infections postopératoires. La prévention primaire réduit l'incidence des maladies en abordant leurs facteurs de risque ou en améliorant la résistance.

---

<sup>64</sup> Idem.

Ensuite dans la deuxième phase nommée prévention secondaire, on note les méthodes de détection et de traitement des changements pathologiques précliniques afin d'enrayer l'évolution des maladies. Les méthodes de dépistage (comme la mammographie pour dépister le cancer du sein à un stade précoce) sont souvent la première étape. Elles favorisent l'intervention précoce, ce qui est plus économique que d'intervenir après l'apparition des symptômes. Les tests de glycémie réguliers administrés aux personnes de plus de 40 ans sont un exemple pertinent de dépistage précoce dans le cas du diabétique. Le dépistage est habituellement effectué par des professionnels de la santé lors de rencontres individuelles médecin-patient (comme pour les tests réguliers de la tension artérielle) ou par des programmes de dépistage de santé publique (comme les mammographies).

Une fois qu'une maladie se développe et qu'elle est traitée en phase clinique aiguë, la prévention tertiaire veille à réduire l'impact de la maladie sur les fonctions, la longévité et la qualité de vie du patient. La réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde en est un exemple : on cherche à modifier les comportements du patient pour réduire la probabilité de récurrence. La prévention tertiaire peut comprendre la modification des facteurs de risque, comme aider un patient cardiaque à perdre du poids ou apporter des changements à l'environnement d'un patient asthmatique pour réduire son exposition aux allergènes. Dans le cas du malade de diabète, cette partie pourrait comprendre des suivis réguliers de son état de santé, y compris des examens de la vue pour dépister d'éventuels effets indésirables du diabète. Si l'affection est irréversible, la prévention tertiaire est axée sur la réadaptation pour aider le patient à vivre avec son incapacité. Si l'affection est réversible, comme c'est le cas de nombreuses maladies cardiaques, la prévention tertiaire peut en réduire la prévalence dans la population, mais si l'affection ne peut être guérie, la prévention peut en augmenter la prévalence en prolongeant la survie. L'objectif principal de la prévention tertiaire est d'améliorer la qualité de vie.

Aujourd'hui la prévention a fait apparaître une nouvelle stratégie préventive en matière de santé : la prévention primordiale. Elle désigne en effet, les mesures prises pour réduire les dangers futurs pour la santé et ainsi inhiber les facteurs de manifestation (environnementaux, économiques, sociaux, comportementaux, culturels) qui augmentent les risques d'être atteint d'une maladie. Elle touche aux grands déterminants de la santé plutôt que de tenter de prévenir l'exposition individuelle aux facteurs de risque, ce que la prévention primaire se donne comme objectif. Ainsi, l'interdiction de l'alcool dans certains pays représente une mesure de prévention

primordiale, mais les campagnes contre la conduite en état d'ébriété sont un exemple de prévention primaire.

L'amélioration de l'hygiène (pour empêcher l'exposition aux agents infectieux), le développement de communautés saines, la promotion d'un mode de vie sain à un jeune âge (par ex. les programmes de nutrition prénatale et de développement du jeune enfant) et les stratégies éco-énergétiques sont des exemples de prévention primordiale. Ainsi, pour prévenir le diabétique, on aurait pu avoir recours à des programmes de conditionnement physique subventionnés, qui rendraient l'activité physique plus abordable et normale au sein de la communauté. De même, des programmes sportifs plus étoffés dans les écoles pourraient contribuer à réduire l'obésité chez les générations futures. Étant donné que ces programmes sont tous à l'échelle de la population, la prévention primordiale entretient un rapport conceptuel avec la santé des populations et la promotion de la santé, mais les cliniciens ont aussi un rôle à jouer, en attirant l'attention sur les problèmes et en promulguant des mesures axées sur leurs déterminants. La prévention primordiale en effet, fait partie des approches de santé des populations, lesquelles impliquent un large éventail d'organismes gouvernementaux et portent principalement sur l'élaboration de politiques publiques saines et la modification des déterminants sous-jacents de la santé.

## CHAPITRE 7 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DE LA THERAPIE TRADITIONNELLE AUX STRUCTURES SANITAIRES

### 7.1 Les relations soignant/soigné âgé

Le parcours de soins du patient atteint de cancer représente un contexte de prise en charge unique, jalonné de différents rendez-vous de consultations avec plusieurs professionnels de santé, au cours desquels le patient va présenter des niveaux élevés d'incertitude, d'anxiété, de peur, de frustration et de vulnérabilité. La personne malade devra faire face, avec ses proches, à des informations médicales complexes pour comprendre la maladie et le déroulement des traitements, participer à des décisions thérapeutiques difficiles, et gérer des conséquences physiques et émotionnelles pendant et après la phase active des traitements. L'annonce d'un diagnostic de cancer, d'un plan de traitement ou programme personnalisé de soins, et l'incertitude sur les chances de guérison qui en découle vont bouleverser les repères existentiels de la personne malade. Lorsque ce « *parcours du combattant* » expression régulièrement entendue d'anciens malades s'annonce, le patient et sa famille espèrent recevoir de l'établissement de soins, du médecin et de l'ensemble de l'équipe soignante, la meilleure qualité des soins possible, et toute l'écoute et le soutien nécessaire. Que cela soit la thérapie ou les soins, la prise en charge débute dès l'arrivée du malade dans le service d'accueil. L'accueil même au sein des structures de santé a été longuement repris et analysé par nos enquêtés qui jugent que :

*L'accueil dans la structure sanitaire constitue un élément important pour les femmes, les enfants et surtout chez les sujets âgés malades. Et j'ai l'habitude de dire que l'accueil bien fait constitue un moyen pour affaiblir la maladie que ça soit le cancer ou autre. Un bon accueil construit un climat de confiance chez le malade qui parfois même il se sent mieux avant que la consultation ou la thérapie ne commence.*

La communication médecin-patient est ainsi au cœur de la qualité des soins, en tant que dimension essentielle, centrée sur la prise en compte des valeurs et préférences du patient. C'est ainsi que notre état des connaissances nous amène à inscrire la question des besoins d'information des patients et à la qualité de l'information transmise au patient, dans un cadre de référence adapté à la communication et transmission d'informations en cancérologie. C'est ce que nous appelons la « communication centrée sur le patient ». Le processus d'échange d'informations constitue l'une des fonctions de base d'une communication centrée sur le patient.

L'ensemble des travaux disponibles apportent des éclairages intéressants sur certaines caractéristiques de la dynamique de communication entre le patient et le médecin, même si des questions demeurent insuffisamment étudiées dans la littérature, telles que l'influence de communications multiples dans le parcours de soins du patient, du rôle des facteurs psychosociaux dans les interactions médecin-patient, des perceptions du patient et celles du médecin aux différentes étapes de la maladie, autant de questionnements qui soulignent la complexité des enjeux de la communication patient-médecin. La relation soignant/soigné pour sa bonne marche doit supposer se baser sur une bonne communication entre médecin et patient pouvant instaurer un climat de confiance et d'ouverture du malade face à son environnement de soins.

## 7.2 Perceptions des sujets âgés sur les structures de santé

La structure sanitaire est considérée comme un espace d'interactions où se dessinent des échanges entre individus quel que soit leur valeur médicale, morale, sociale, symbolique ou encore économique. C'est dans ce cadre que naissent des appréhensions à l'égard du système et des personnes évoluant dans cet espace clos et riche en interactions. La perception détermine souvent les choix que l'on fait et par rapport à la thérapie, elle conditionne l'orientation du malade en fonction des recours thérapeutiques. Nos enquêtés ont fait une critique du personnel de santé à travers leur rapport et les relations qu'ils développent au sein de la structure. C'est dans cette optique que celui-ci dit :

*Le personnel de santé mérite un grand merci surtout dans la prise en charge de certaines maladies. Parfois ils redéployent des efforts considérables pour sauver certains patients et pourtant à notre niveau on sait bien évidemment que les moyens ne sont pas réunis dans les structures sanitaires. Les hôpitaux rencontrent d'énormes problèmes d'équipements et de ressources pour prendre en charge tous leurs malades et l'Etat doit réagir en ce sens surtout avec nous les sujets âgés.*

Il faut considérer que la disponibilité de certains médecins et personnels soignants dans la gestion du malade pousse beaucoup de gens à adopter le recours aux systèmes de santé dans la thérapie de leur maladie. Mais toutefois certains refusent catégoriquement de se diriger dans les structures sanitaires. D'abord en fustigeant les caractères qu'adoptent certains professionnels face au malade ou à l'entourage même. Ensuite, ils conçoivent que tous les moyens ne sont pas réunis dans ces milieux où les dépenses restent malgré tout difficiles pour les classes moyennes qui éprouvent d'énormes problèmes face à l'accessibilité financière et l'accueil fourni.

*L'accueil est nul dans les structures de santé au Sénégal. Beaucoup ne font pas leur travail parce au lieu de s'occuper du malade comme il se doit, ils préfèrent discuter*

*autour de sujets qui n'ont aucun rapport et aucune importance dans les lieux où ils se trouvent. Parfois il arrive même qu'ils harcèlent certains malades qui ne sont pas bien informés surtout pendant les séances de consultation. Outre cette question d'accueil, l'attente pour la consultation pose d'énormes problèmes surtout aux sujets âgés parce que d'abord les malades sont nombreux et il n'y a parfois pas assez de chaises pour s'asseoir. Sans oublier que même en cas d'urgence, il arrive que le malade soit exposé dans les couloirs attendant que la famille ou l'accompagnant achète un ticket pour lui. C'est déplorable ! La douleur n'est pas mesurable et je pense qu'il serait mieux de s'occuper de l'état de santé d'abord avant de régler la question financière. L'Etat doit prendre de mesures fermes en ce sens, quitte à financer même l'achat de certains tickets pour certaines urgences. C'est une solution parmi tant d'autres je pense.*

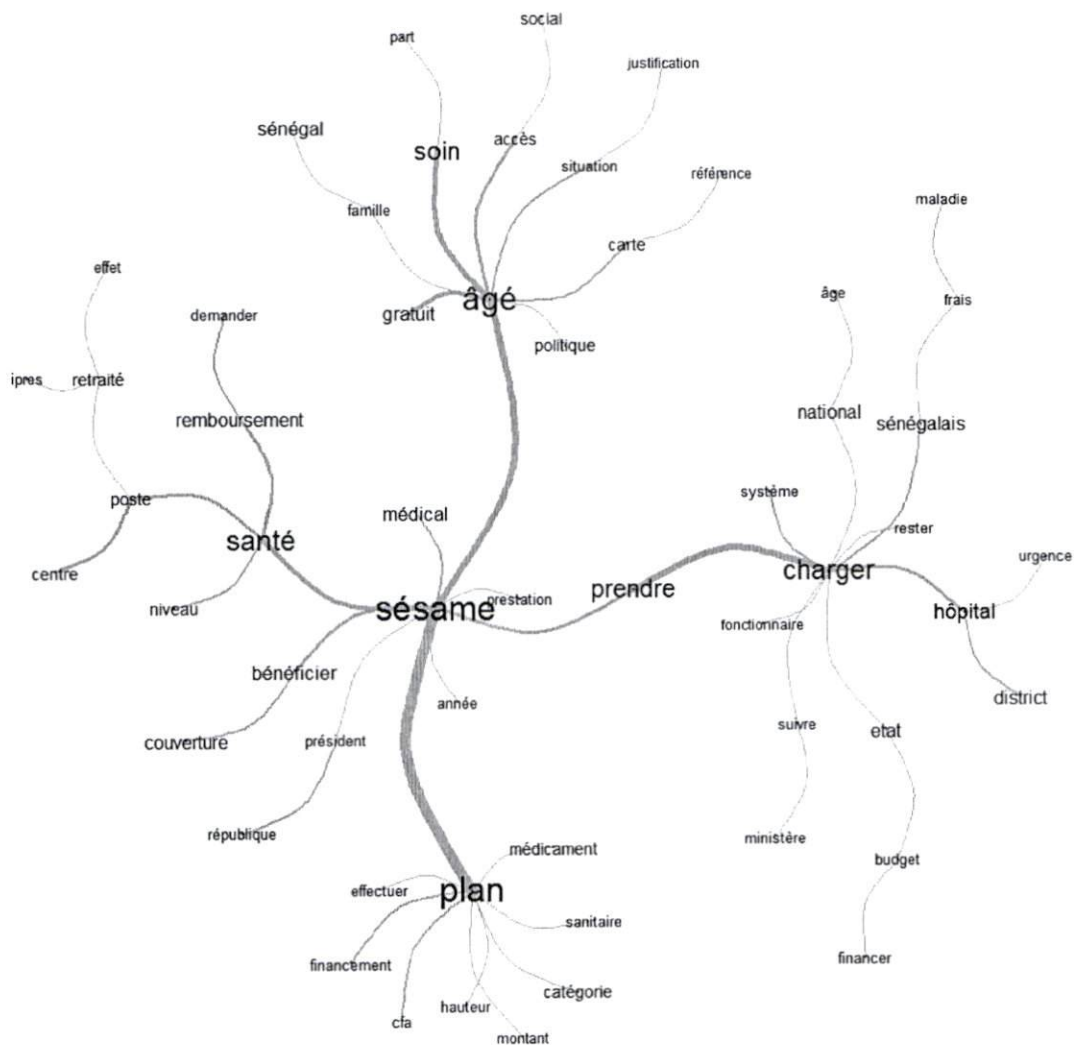
Mais ils n'en restent pas moins à ce stade parce qu'en dehors des conflits entre prestataires de service et les usagers, on note des préjugés socioculturels qui font de l'hôpital un espace de soins à visage inhumain. L'espace hospitalier est perçu comme un milieu hostile à caractère inhospitalier, un lieu de tensions où les gens sont qualifiés par un manque total de soutien moral, social, affectif et psychologique. Les relations entre soignant/soignés sont marquées parfois par des tensions froides et distantes voire problématiques. En tout état de cause, cette situation n'est favorable ni pour l'un ni pour l'autre, parce qu'elle favorise un climat d'appréhensions négatives des sujets malades sur les structures sanitaires, les poussant à s'orienter vers des thérapies non-conventionnelles et qui n'ont aucune utilité face à des pathologies telles que le cancer.

Aussi l'échec de certaines politiques publiques dû à un manque de suivi et de contrôle constitue un autre problème dans lequel découle parfois l'incompréhension de certains acteurs. L'exemple du plan Sésame cité au-dessus en constitue un. Les erreurs notées dans sa mise en œuvre font que les usagers se construisent autour du programme un nuage de perceptions négatives et parfois même affirmé que ce plan a raté sa vocation initiale.

*Tout au début je pensais que c'était un bon programme, mais dans notre pays, presque tous les propos tenus sont enrôlés autour d'un tissu politique. Et c'est ce qui n'est pas normal. Chacune de nos autorités réagissent tout simplement pour mériter le nom de créateur de ceci ou cela et on le voit dans tous les domaines : agriculture, éducation, santé. Après un plan sésame annexé à la santé des personnes âgées, on assiste à une couverture maladie universelle pour les enfants. Et le comble est que, les documents sont parfois bien élaborés mais la mise en œuvre de ces programmes reste à désirer."*  
(18/09/2015, Wade, 65ans)



**Graphique 4: Le "traceur" du plan Sésame**



Ce schéma traduit le Plan Sésame en un nuage de concepts autour duquel sont présentés les différentes dimensions, les indicateurs et les acteurs qui composent le système d'où son nom « Traceur » du Plan Sésame. Les dimensions sont interconnectées par des indicateurs et ce graphique a été réalisé par le logiciel de traitement de données qualitatives IRaMuTeQ. Ce sont des propos d'enquêtés qui sont ainsi traduits. En rapport avec le sujet âgé, le Plan Sésame offre un accès aux soins à travers une politique de gratuité, unique référence en Afrique. Cette politique se justifie par le fait de vouloir appuyer les couches vulnérables (sujets âgés) afin qu'ils puissent jouir de leur santé et accéder à des soins appropriés au sein des structures sanitaires du pays. Le schéma inclut et identifie aussi tous les acteurs qui ont un rôle essentiel à jouer pour mettre en marche le moteur du « Sésame ». Il s'agit entre de l'Etat, des hôpitaux,

des districts sanitaires ou encore de l'IPRES comme il s'agit de la question des personnes âgées. Le nuage de concept montre que le plan doit être axé sur un financement à la hauteur des attentes pour venir en réponse aux multitudes de problèmes dont les sujets âgés font face au quotidien pour prendre en charge leurs pathologies. Ce financement doit même être en mesure d'inclure les dimensions de traitement et de prise en charge des maladies afin de soulever ce lourd poids économique sur le dos de cette catégorie sociale assez vulnérable. Aussi, le programme doit faire un ciblage rigoureux de ses bénéficiaires et élaborer un plan de suivi et de contrôle décentralisé dans tout le pays et représenter par des *points focaux Sésame*.

### 7.3 L'accès aux médicaments dans le traitement du cancer

L'accès aux médicaments est essentiel en matière de traitement d'une maladie. Ainsi, une maladie tel que le cancer nécessite une disponibilité des médicaments pour la chimiothérapie des cas diagnostiqués. Au Sénégal, cet aspect cause souvent des difficultés aux usagers. Bien qu'il existe des pharmacies plus ou moins spécialisées dans la vente de médicaments anti-maladies chronique (Pharmacie Républicain par exemple), l'indisponibilité des médicaments revient souvent dans le discours de nos enquêtés. En entretien avec le Dr. M. Ba (Pharmacienne), le 21/09/2015, elle affirme que cette indisponibilité de médicaments n'émane pas d'eux (les pharmacies) mais plutôt des rapports conventionnels qui sont développés entre les grandes laboratoires pharmaceutiques et les gouvernements.

*D'abord, face à la disponibilité des médicaments, je pense que le problème ne se situe pas à notre niveau. Le réseau de distribution comment en haut de la pyramide entre les laboratoires pharmaceutique jusque dans les pharmacies en passant par les grossistes. La rupture s'opère maintenant entre laboratoires et grossistes. Ceci est expliqué par le fait que les laboratoires ne sont pas en commun accord avec la Direction de la Pharmacie au Sénégal qui signe l'accord de l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) parce que n'acceptant pas de payer les taxes qui parfois ne s'élèvent qu'à cinq cent mille francs seulement.*

Docteur Ba poursuit en précisant que :

*Ensuite, la seconde dimension favorisant la rupture ou l'indisponibilité des médicaments, consiste à l'existence de quota de médicaments qui doit être alloué et envoyé en Afrique et que l'autre partie reste en France. A ce niveau, on observe une fois de plus une rupture des médicaments et souvent le problème se retrouve dans les pays africains qui en auront besoin. Et je signale que quand il y'a une rupture dans les espaces de distribution, il y'a forcément un arrêt conséquent dans le traitement de certaines maladies tel que le cancer.»*

*Enfin, je pense que l'Etat doit augmenter les subventions des pharmacies au sein des hôpitaux afin qu'elles puissent ne pas opérer une rupture de médicaments. Cela pourrait aussi aider certaines personnes malades de pouvoir accéder à ces médicaments et au moindre coût parce que de toute évidence les pharmacies privées vendent très chère ces médicaments.*

**Le cancer est une maladie qui ruine.** Mis à part la difficulté d'accès due à l'indisponibilité des médicaments, ces derniers aussi coûtent chers pour les usagers qui n'ont que des revenus moyens. Le malade sous chimiothérapie fait face à de nombreux effets secondaires qui nécessitent l'achat d'autres médicaments augmentant ainsi le coût du traitement. Et certaines personnes sont sensibles à certains médicaments. *« Le traitement du cancer coûte excessivement cher et qu'and on parle réellement de cherté, rien que le taxotere 80 et 20mg revient à 249000f par semaine et c'est accompagné par d'autres cure établie en fonction du type de traitement. » Dr. Ba*

❖ **Principaux médicaments**

1. Carboplatine 150
2. Paclitaxel 100mg
3. Gemcitabine 1g
4. Folate de calcium 50 ou 100
5. Taxotere 80 et 20mg

❖ **Médicaments pour vite les effets secondaires**

1. Granisetron 1 et 3mg
2. Vogalen
3. Dislep injectable
4. Atarax comprimé (25 comprimés) pour éviter les allergies
5. Isonne 20 (corticoïdes)

❖ **Pour le matériel de la chimiothérapie**

1. Solution pour diluer les médicaments (sérum glucosé ou l'accès)
2. Perfuseur
3. Catater G20

#### 7.4 Le coût de la maladie

Une des premières causes de mortalité dans le monde, selon l'Organisation mondiale de la Santé, est le cancer, considéré il n'y a guère comme une maladie de riches, s'impose peu à peu chez les pauvres au Sénégal. Et à la différence du Sida, du paludisme etc., la plupart des patients atteints du cancer en meurt faute de moyen pour prendre en charge cette maladie onéreuse au regard du coût des médicaments par rapport niveau de vie des populations. Au Sénégal par exemple, les malades du cancer se prennent totalement en charge. Sauf les enfants. Même si ces derniers ne bénéficient pas tous de la prise en charge. Par exemple, le coût de cette prise en charge est de : 200 à 1 500 000 francs CFA pour la chimiothérapie et 300 000 francs pour la chirurgie. La radiothérapie coûte 150 000 francs CFA et le bilan médical 300 000 francs CFA. La prise en charge du cancer notamment le coût exorbitant du traitement n'est pas à la portée de tous les patients. A l'institut Curie de l'hôpital Le Dantec se retrouvent chaque jour un nombre important de malades. Les uns pour une radiothérapie les autres pour des séances de chimiothérapie.

*Le cancer est une maladie qui coûte très chère. Il m'arrivait parfois de n'avoir aucune solution pour avoir des sous. Au début du traitement, on m'avait fait une estimation qui tournait autour de 1 800 000 francs CFA. Et même quand j'ai réuni toute la famille pour un soutien, je n'ai pu récolter que 50 000 francs CFA qui m'ont tout simplement servi à compléter le coût de la première chimiothérapie. C'est une maladie qui peut rendre pauvre en un clin d'œil. Et le comble est que j'ai connu des personnes qui ont vendu tout leur bien dans la prise en charge de leurs malades qui parfois ne survivent pas.*

#### 7.5 La LISCA : un acteur engagé dans la lutte contre le cancer

La Ligue sénégalaise contre le cancer contribue à la prise en charge au plan social, sanitaire des personnes atteintes du cancer, en procédant à la collecte de fonds. D'après cette association, c'est au total 255 576 femmes qui n'ont pas survécu à un cancer du sein en 2008, dans les pays en voie de développement. Et le cancer du col de l'utérus a été à l'origine de 27 238 décès soit 85% de l'ensemble des victimes rapporté dans le monde en 2008.

La Ligue sénégalaise contre le cancer a été créée depuis 30 ans (1985). Mais par faute de moyens et d'appui, elle n'a été redynamisée qu'en 2009. Consciente de la cherté du traitement, la Ligue a décidé cette année (2015) durant le mois d'octobre dédié au cancer du sein, de faire une subvention de 15000 francs CFA pour la mammographie de 30000 francs CFA et le coût est gratuit s'il s'agit d'un cas suspect. La Ligue a distribué des bons de

mammographie du 1 au 31 octobre. Les femmes âgées de 40 à 74 ans sont venues au niveau de la ligue récupérer un bon rose et vont au niveau des radiologues partenaires qui ont consenti à réduire le coût de la mammographie en ce mois d'octobre. Durant ce Mois aussi, la Ligue a prévu une séance de prise en charge psychologique, avec création de groupes de parole des malades, des anciens malades et des parents. C'est pour permettre de soutenir les malades sur le plan psychologique et leur permettre de surmonter leur maladie. Elles auront aussi le témoignage des malades guéris.

## RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER AU SENEGAL

Récemment dans la politique de budgétisation de l'année 2016, l'Etat du Sénégal a alloué une somme de 1.500.000.000 de francs CFA pour la réhabilitation des locaux de l'Institut Joliot Curie du CHU Le Dantec. La liste des recommandations tirées des entretiens, apparaît très riche et les pouvoirs publics devront s'en approprier pour espérer vaincre cette maladie qui tue plus que le Sida, la Tuberculose et le Paludisme réunis. Ainsi, elle se présente comme suit :

1. La création d'un registre du cancer qui constituera une base de données pour le renseignement sur la prévalence du cancer ;
2. La Construction d'un nouveau site pour l'institut du cancer, pouvant accueillir les malades du pays et de la sous-région
3. Améliorer le système d'information épidémiologique sur le cancer
4. Renforcer la politique de prévention du cancer : la lutte contre le Tabac et les mauvaises habitudes alimentaires
5. Favoriser la diffusion du dépistage
6. Améliorer la qualité du système de soins à travers Améliorer la disponibilité des moyens diagnostiques et thérapeutiques
7. Développer des actions de support, d'appui et d'information des patients en créant des unités fonctionnelles de soins comprenant des psychologues, des spécialistes de la douleur
8. Développer des stratégies d'information, communication sur le cancer mais adaptées à notre pays
9. Favoriser l'insertion sociale des patients et soutenir les associations qui œuvrent dans la lutte contre le cancer par l'allocation de subvention à la hauteur
10. Allouer des bourses aux étudiants pour la spécialisation en Cancérologie, former un personnel qualifié et suffisant et développer la recherche sur le cancer.

## CONCLUSION

Analyser les conditions d'accès des sujets âgés à l'offre de soins hospitaliers et la prise en charge du cancer consistait notre objet d'étude. Le cancer en général et celui du sujet âgé en particulier nécessite une attention particulière du côté des autorités gouvernementales. Il implique également en tant qu'un problème de santé publique les professionnels de santé et les prestataires de services qu'il convient de s'occuper avec une certaine urgence. Il est vrai que les sujets âgés rencontrent des difficultés significatives dans la prise en charge et le traitement de leur maladie. Et il paraît opportun pour le gouvernement à prêter attention aux pathologies chroniques en dressant rapidement un tableau sanitaire orienté dans le système de soins et les messages de prévention, sans quoi les besoins de la population génèreront des coûts que les structures publiques et les familles ne seront pas en mesure de supporter.

Il est à rappeler que dans la réalité clinique, les personnes âgées ayant un cancer ne suscitent que peu d'intérêt et sont peu ou mal traitées. De l'accès aux services sanitaires spécialisés (concentration excessive des infrastructures dans la région de Dakar) dans la prise en charge des maladies chroniques telles que le cancer en passant par les difficultés d'accès à des ressources financières suffisantes sans oublier la complexité des réalités socioculturelles subsistant au sein des structures sanitaires, les sujets malades, jeunes ou âgés rencontrent des problèmes énormes dans le suivi et le traitement de leur maladie.

A ces problèmes s'ajoutent ceux du manque de matériels appropriées (équipements de pointe, personnels de soins spécialisés, prise en charge des maladies chroniques souvent à vie, etc.) et la non prise de conscience des populations face à ces maladies par faute d'une mauvaise information ou d'un manque de sensibilisation convenable à l'image d'autres pathologies telles que le paludisme, la tuberculose ou le VIH/Sida. La décision de lutte contre la maladie carcinogène du sujet âgé doit s'inscrire dans une perspective adaptée et suivre une ligne rigoureuse afin de délivrer le traitement approprié dans les meilleures conditions.

Cependant la méconnaissance de la maladie cancéreuse que rencontrent les populations dans leur quotidien la pousse à développer des logiques thérapeutiques conventionnelles ou non dans le but de traiter leur maladie. Ces logiques entre autres reposent sur des réalités socioculturelles, des croyances et des construits sociaux autour de la maladie, lesquelles les poussent à se soumettre à des recours thérapeutiques variés.

Par ces logiques, les personnes atteintes de cancer tissent des liens et des continuités entre les sphères non conventionnelles et conventionnelles, révélant des cohérences biographiques et les quêtes d'une nouvelle identité, les unes et les autres marquées par leur singularité et l'environnement affectif, social ou culturel dans lequel il évolue.

La conception autour du cancer est restée complexe. Elle regorge de représentations sociales, de significations symboliques qui lui donne une appréhension toute différente de ce que l'on pourrait concevoir comme réalité. Ces significations symboliques sur la pathologie restent complexes, parce qu'elles sont introduites dans la structure sanitaire montrant de facto une réalité toute particulière en rapport avec le soignant son patient.

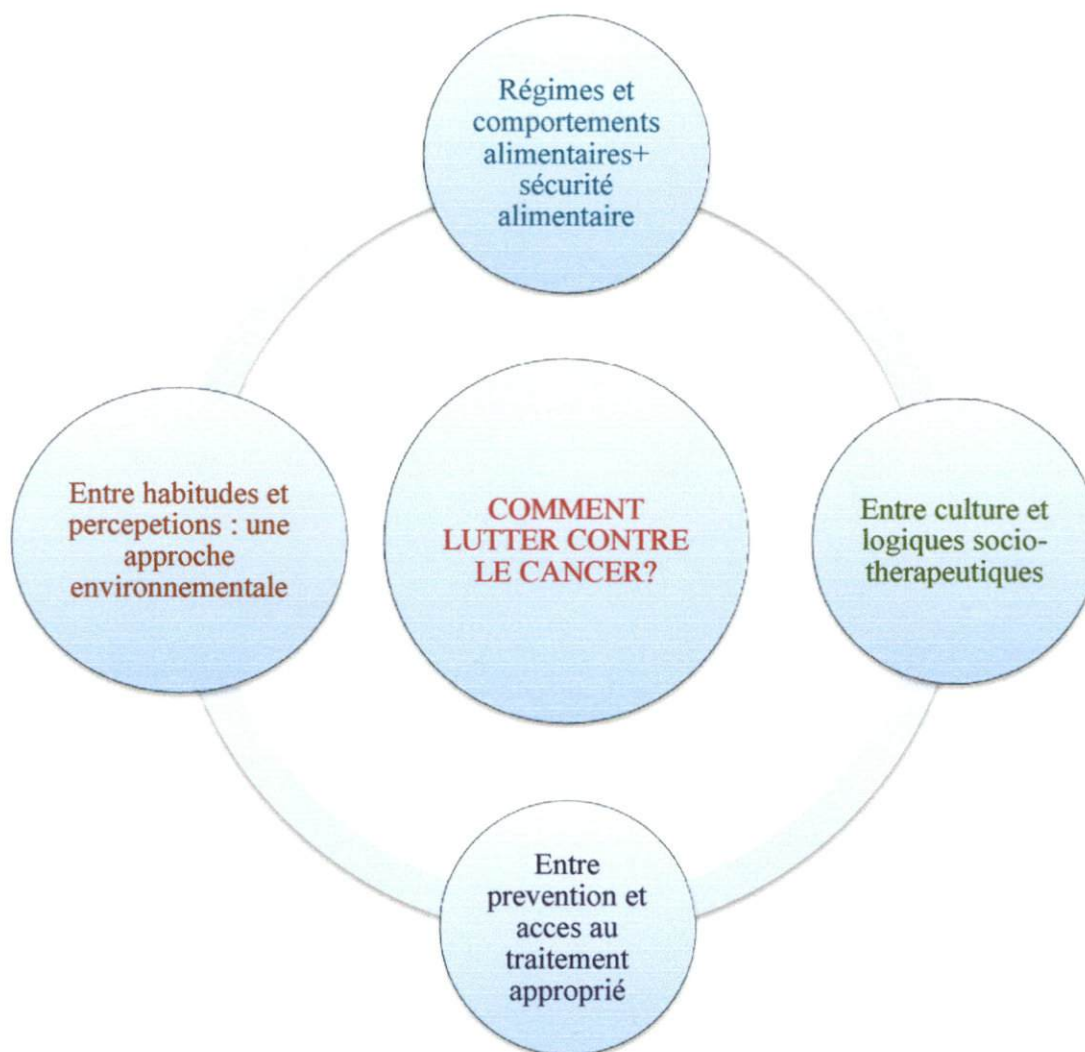
Cette recherche en s'inscrivant dans la logique du recueil de données qualitatives a fait ressortir les conceptions sociales autour de la maladie cancéreuse et les exceptions sur les structures de santé par les sujets âgés. Elle a par ailleurs mis en exergue la place de l'entourage dans la gestion de la maladie et la prise de décision en rapport aux itinéraires thérapeutiques. Les logiques culturelles, sociales et économiques de l'offre et la demande de soins placent les patients et leurs recours au centre de la problématique du pluralisme médical, leur permettant des comparaisons, des confrontations et des utilisations variées. Néanmoins, ces personnes ne sont pas insensibles aux enjeux de légitimité et de sécurité que soulèvent les offres non conventionnelles en cancérologie.

En cancérologie, l'enjeu de l'information réside dans la reformulation d'un savoir complexe sur la maladie et les traitements, associé à un langage technique spécialisé difficile à appréhender pour des profanes, afin de permettre une prise en charge participative où le patient, et ses proches, sont à même de s'approprier l'information transmise et en saisir la portée.

Ainsi donc, il nous paraît fondamental de renforcer par des recherches interdisciplinaires nos connaissances à l'égard des patients et des personnels de santé en convoquant le facteur éducatif (alphabétisation des sujets) et la formation en santé. Ces dimensions prise dans leur analyse, renferment « la connaissance, la motivation et les compétences pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne sa santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie » (Sorensen, 2012). Il s'agit là d'un défi majeur pour la qualité des documents d'information des patients et la lutte contre les inégalités sociales de santé.



## PERSPECTIVES



L'étude socio anthropologique sur la prise en charge du cancer nous a permis de déceler les maux qui gangrènent le système sanitaire sénégalais face au cancer. Même si l'Institut du Cancer constitue le point focal de la prise en charge des cancers et même dans la sous-région, il rencontre d'énormes difficultés pour répondre à la demande très élevée. Une insuffisance de dispositif sanitaire a été notée sans oublier le manque de personnel qualifié, l'étroitesse et la vétusté des locaux. Le problème semble se situer au niveau des processus administratifs et le Sénégal n'a ni un plan de lutte contre le cancer, ni un système d'information sanitaire et même l'existence d'un Registre de cancer fait défaut. Tout cela axé autour des croyances et de construits sociaux autour de la maladie cancéreuse et d'un manque de plan stratégique de

prévention nationale du cancer, le combat contre le cancer s'annonce difficile. Ce schéma « *Perspectives* » traduit la lutte contre le cancer à travers une approche multidimensionnelle impliquant des acteurs particuliers. Il constitue d'une projection de la matrice des perspectives pour une étude de thèse. La saisie globale de ce système peut constituer un angle d'attaque efficace dans la lutte contre la maladie cancéreuse. Toutes ces dimensions en réalité sont directement liées l'une de l'autre. Et la lutte contre le cancer, vue sous cet angle, fait appel à des acteurs allant des institutions et structures sanitaires jusqu'aux usagers, des professionnels de santé et tradipraticiens jusqu'aux associations et ONG. Il suscite de ce fait, une approche à la fois socio-anthropologique, médicale, environnementale, institutionnelle etc. afin de pouvoir déceler tous les dysfonctionnements du système et de proposer des stratégies adaptées à la lutte contre le cancer.

## BIBLIOGRAPHIE

### Articles et Ouvrages

- AMSELLEM N. et al. « *De la relation des patients à l'institution médicale en oncologie* » ; Bulletin de cancer 2007, N°97.
- AMYOT J.-J., Travailler auprès des personnes âgées, p10. Edition Dunod, Paris, 2ème édition, 235 p.
- ANDERSON R., (1995), Healthy aging at home in the workplace, Health Promotion International, Vol. 10, n°2, pp 81-83.
- ATTIAS-DONFUT C., ROSENMAYR L. 1994, « Avant-propos », in ATTIAS-DONFUT C., ROSENMAYR L. (dir), *Vieillir en Afrique*, Paris, Puf, p. 13-15.
- AUBRY Pierre, « Les cancers dans les pays en développement », Actualités 2013.
- BADJI Mamadou, « Les rapports entre le pouvoir médical et l'administration dans les anciennes colonies de l'AOF », Droit médical, Pouvoir santé et société, hors-série, 2008.
- BENAOUUM Fatima-Zohra, Algérie, *Le recours aux soins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques : l'aide à l'information comme forme de soutien social*, In VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DANS LES PAYS DU SUD famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées,... état des lieux et perspectives, ACTES DU COLLOQUE INTERNATIONAL DE MEKNÈS (MAROC, 17 – 19 mars 2011) coordonnés par William MOLMY – Muriel SAJOUX – Laurent NOWIK et publiés dans la collection Les Numériques du CEPED.
- BERNARD Paul, *Cause perdue ? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale*, Sociologie et sociétés, Volume 25, numéro 2, Les Presses de l'Université de Montréal 1993, p.171-189.
- CANT S. et U. SHARMA, 2003 [1999], *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, London and New York, Routledge.
- CARADEC V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Nathan, 2001
- CARRETIER Julien, *Qualité de l'information des patients atteints de Cancer et Prise en Compte du Savoir profane : De la Théorie à la Pratique à propos du programme SOR SAVOIR Patient de la Fédération Nationale des Centres de lutte contre le Cancer*, thèse soutenue pour l'obtention d'un doctorat à l'Ecole Doctorale Interdisciplinaire Sciences Santé, 2013.

- CENTRE INTERNATIONAL DE GÉRONTOLOGIE SOCIALE. 1985, « Recommandations adoptées par la Conférence africaine de la gérontologie, Dakar, 10-14 décembre », Paris, Centre international de gérontologie sociale, 77 p.
- Chrisman, N.J. (1977), The health seeking process : An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and psychiatry*, 1, 351-377.
- Communiqué de presse du CIRC, (Centre International de Recherche en Cancer), OMS, sur les dernières statistiques mondiales sur le cancer, Décembre 2013.
- DESCLAUX Alice, Perspectives pour la recherche en anthropologie sur le cancer, 2008. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Patrick Ben Soussan et Claire Julian-Reynier, *Cancer et recherches en sciences humaines*, pp. 33-46. Paris: Éditions ÉRÈS, 2008, 118 pp. Collection "L'Ailleurs du corps. Petit Poche."
- Diallo I., *Morbidité et Prise en charge des maladies des personnes du troisième âge au Sénégal*, Rapport, 1998
- DIOP Momar-Coumba (dir.), Sénégal (2000-2012), *Les institutions et politiques publiques à l'épreuve d'une gouvernance libérale*, Dakar-Paris, CRES et Karthala, 2013.
- DRAOUI Mahfoudh, Lilia Ben SALEM, *Modernité et pratiques sociologiques*, Actes du Colloque organisé à Hammamet du 18 au 20 Mai 1999, Association internationale des sociologues de langue française, Faculté des sciences humaines et sociales, Université Tunis I, Centre de Publication Universitaire, Tunis 2000.
- ENNUYER B., (1997), L'objet « Personnes âgées », *Etre vieux*, Série Mutations, n°124, Editions Autrement, 1997, p15.
- Entretien avec Anne-Marie Métaillé paru dans *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages, 1978, pp 520-530. Repris dans *Questions de Sociologie*, Editions de Minuit 1984, Ed. 1992, pp 143-154
- EZÉMBÉ Ferdinand, *L'enfant africain et ses univers*, Paris, Karthala, 2009.
- FAINZANG Sylvie, *Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche*, Édition numérique réalisée le 14 février 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.
- GOGNALONS-NICOLET M., BARDET-BLOCHET A., (1998), Ages, genre et santé, Vieillesse sociale, nouvelles perspectives, *Revue Prévenir*, n°35, 2ème semestre 1998, pp 115-122.

- GRUÉNAIS Marc-Éric et POURTIER Roland (dir.), 2000, « La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis », Afrique contemporaine, n° 195, Paris, La documentation française, 282 p.
- GUERIN S., L'invention des seniors, Hachette Pluriel, 2007.
- HANE Fatoumata, Sénégal, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes au Sénégal Entre aidants familiaux et institutions*, In VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DANS LES PAYS DU SUD famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées,... état des lieux et perspectives, ACTES DU COLLOQUE INTERNATIONAL DE MEKNÈS (MAROC, 17 – 19 mars 2011) coordonnés par William MOLMY – Muriel SAJOUX – Laurent NOWIK et publiés dans la collection Les Numériques du CEPED.
- HENRARD J-Cl., (1997), Vieillesse et âge, Age et représentation de la vieillesse, Actualité et dossier en santé publique, n°21, Décembre 1997, pp 4- 11.
- HUBERT Annie, « Cancers et science de l'homme », 2008. Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Patrick Ben Soussan et Claire Julian-Reynier, Cancer et recherches en sciences humaines, pp. 17-32. Paris: Éditions ÉRÈS, 2008, 118 pp. Collection "L'Ailleurs du corps. Petit Poche."
- KA O, *Géronto-gériatrie au Sénégal: Émergence des problèmes et recherches de Solutions*, Thèse de doctorat médecine n° 5, UCAD, Dakar 1991,
- KA O., *Programme de lutte contre les maladies chroniques athéromateuses*, Mémoire Ised 2002
- KA-CISSE M., SOW A. M. 1995, « La prise en charge sanitaire des personnes âgées. Des besoins encore mal compris », PopSahel, no 22, p. 20-22.
- KAHN K., TOLLMAN S., THOROGOOD M. et al. 2006, « Older adults and the health transition in Agincourt, rural south Africa : New understanding, growing complexity », National Research Council, « Aging in Sub-Saharan Africa : Recommendations for Furthering Research », Washington, DC : The National Academies Press, p. 314-341.
- KOUAME A. 1990, Le vieillissement de la population en Afrique, Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement International, 46 p.
- La prise en charge des patients en fin de vie par le personnel infirmier cas de l'institut national d'oncologie sidi Mohamed ben Abdallah de Rabat, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme des études paramédicales de 2ième cycle, 3ème Cohorte 2006-2008.

- LEROY X, 1998, *Gérontologie sociale*, notes de cours, p21.
- LOPPY Oupa Diossine, *Les maladies chroniques non transmissibles dans le système de santé au Sénégal : le cas du diabète dans la ville de Dakar*, In *Governing health systems in Africa*, Dakar, Codesria, (Council for the Development of Social Science Research in Africa), 2008.
- LYDIE Nathalie, 2000, « L'épidémie du VIH-Sida en Afrique : état des lieux », *Afrique contemporaine*, n°195, La documentation française, pp 73-90.
- MASSENGO S. 2002, « Poverty and health in old age in Africa : issues and programmatic response », *Population Ageing and Development. Social, Health and Gender Issues*. Population and Development Strategies, n° 3, p. 41-42.
- MESLÉ France et VALLIN Jacques, 2000, « Transition sanitaire : tendances et perspectives », *Médecine/Science*, vol. 16, n° 11, INED, pp 1161-71.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : PNDS 2009-2018 : Un PIS (Programme d'Investissement Sectoriel) 2011-2015 pour des investissements conséquents à la mesure des attentes en rapport avec les OMD- santé.
- Ministère de la Santé, Direction des Etablissements de santé, *Réforme Hospitalière, Présentation, lois et décrets*, Août 1998.
- NATIONS UNIES 2009, *World Population Prospects. The 2008 revision*, New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.
- NDIAYE Alfred Inis et BA Maymouna, *Personnes les plus âgées en Afrique, santé et inclusion sociale*, CREPOS, 2013.
- NDIAYE Alfred Inis et al. *L'exclusion sociale et les initiatives de gratuité des soins de santé au Sénégal : Exemple de la prise en charge des personnes âgées par le Plan Sésame*, Rapport, Mars 2013.
- NDOYE Tidiane, *La société sénégalaise face au paludisme : politique, savoirs et acteurs*, Editions KARTHALA et CREPOS, 2009.
- Organisation Mondiale de la Santé 2002, *Résumé d'orientation programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires*. – 2e éd.
- OMS, *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002.
- Paul Bernard, « Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, n°2, 1993, p. 171-189.

- PICHERAL Henri, 1989 a, « Géographie de la transition épidémiologique », *Annales de géographie*, n° 546, Armand Colin, pp 129-151.
- Prévention et lutte anticancéreuses, Cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé, WHA58.22, Point 13.12 de l'ordre du jour 25 mai 2005.
- PROST A. 2000, « *L'Afrique n'est pas un cas particulier. Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles* », in GRUENAIIS M.-E., POURTIER R. (dir), « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine*, no 195, p. 15-23.
- RAPHAEL D. , BROWN I. , (1995), The quality of life of seniors living in the community : A conceptualization with implications for public health practice, *Canadian Journal of Public Health*, Volume 86, n°4, (1995), pp 228-233.
- République du Sénégal, 2012, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS) 2010-2011, Dakar, ANSD, 482 p.
- Résumé d'orientation programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires. 2e éd. OMS, 2002.
- SANGLIER Jonathan, Approche sociologique des seniors, Administration de la Santé publique, de l'Action sociale et Culturelle, Province de Namur, Novembre 2012.
- SANKOH O., KYNAST-WOLF G., KOUYATE B., BECHER H. [2003], « Patterns of adult and old-age mortality in rural Burkina Faso », *Journal of Public Health Medicine*, vol.25, no4, p. 372-376.
- SCHMITZ Olivier, « Les soins par l'invisible. Enquête sur les pratiques thérapeutiques « traditionnelles » en Wallonie contemporaine », *Bulletin Amades [En ligne]*, 58 | 2004,
- Service régional de la statistique et de la démographie de Saint-Louis, 2010, Situation économique et sociale de la région de Saint-Louis : édition 2009, Dakar, ANSD, 133 p.
- SOUM-POUYALET F., HUBERT A., « Le cancer comme rite de passage. Approche anthropologique des sensations en cancérologie.», 2011. Un article publié dans l'ouvrage sous la direction d'Alexandre Klein, *Les sensations de santé. Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*, pp. 23-37. Les Presses universitaires de Nancy, 2011, 300 pp. Collection *Épistémologie du corps*.
- TOMASSO Flora, 2013, *SANTÉ DES VILLES, SANTÉ DES CHAMPS : Le cas de la reproduction dans le département de Saint-Louis au Sénégal*, Thèse pour le doctorat de troisième cycle de Géographie et Aménagement de l'espace.

# ANNEXES

## Guide d'entretien pour les malades et l'entourage

- Les représentations sociales de la maladie
- Perceptions sur les structures de santé
- Perceptions sur le système thérapeutique traditionnel
- Le rôle de l'entourage dans la gestion du malade
- La prise en charge du cancer

## Guide d'entretien pour les professionnels de santé

- Le personnel de santé
- Les conditions de travail
- Disponibilité de la palette des soins
- Rapports avec les cancéreux et leurs accompagnants

## Guide Récit de vie :

- Les Conditions de vie des malades
- Trajectoire sociale
- Coût de la maladie
- Sources de financement
- Parcours cancéreux

### CALENDRIER DES ENQUETES\_DU 09 AU 22 SEPTEMBRE 2015 : Phase collecte de données

**09/09/2015**

- ✓ Visite des locaux de l'institut du cancer
- ✓ Rencontre avec Mme Cissé, Secrétaire de l'institut
- ✓ Visite du siège de la Lisca (13H)

**13-16 SEPT.** Journées d'observation et d'entretiens au sein de l'institut

**18/09/2015** : Visite au Cabinet (Hann maristes) du Dr. Rose Wardiny pour entretien

**21/09/2015** : Visite à la Pharmacie de la République pour un entretien avec le Docteur Mbouré BA

**22/09/2015** : Reportage sur le parcours cancéreux d'Anta Diop ; une malade du cancer du sein



## GUIDE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire entre dans le cadre d'une étude socio-anthropologique de la prise en charge des personnes âgées malades du cancer. C'est une suite de questions ouvertes adressées aux professionnels de santé et/ou aux personnes œuvrant dans la prévention et la prise en charge des cancers dans les institutions, structures ou associations (publiques, privées etc.) de lutte contre le cancer. Ainsi, toutes les informations recueillies sont confidentielles et seront traitées de manière anonyme. Nous vous remercions du soin particulier que vous voudrez bien apporter à ce questionnaire et vous prions de croire, à l'assurance de notre très haute considération.

\*\*\*\*\*

1. Quel est le profil épidémiologique du cancer au Sénégal ?
2. Quels sont les trois cancers les plus enregistrés au Sénégal ? Et pourquoi ?
3. Y'a-t-il un âge pour avoir un cancer et quelle est la classe d'âge la plus touchée au Sénégal ? Et pourquoi ?
4. Peut-on définitivement guérir le cancer ? Si OUI, comment ? Si NON, pourquoi ?
5. Quels sont les facteurs de risque du cancer ?
6. Pensez-vous que les populations sont suffisamment prévenues de ces risques ? Si NON, quelles sont les solutions préconisées ?
7. Où est-ce qu'on en est avec la prise en charge des cancers au Sénégal ?
8. Où se situe le problème réel de la prévention et de la prise en charge du cancer dans notre pays ?
9. La palette des soins est-elle au complet dans notre pays ? (Structures sanitaires en oncologie, Matériels de chirurgie et de soins médicaux, disponibilité des médicaments etc.)
10. Le Sénégal possède-t-il suffisamment de personnels spécialistes du cancer ?
11. Quels sont les manquements en matière de ressources humaines ? Et pourquoi ?
12. Quel rôle joue votre structure dans la lutte contre le cancer ? (Précisez votre structure s'il vous plait)
13. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez face à cette mission ?
14. Une prévention ou un traitement naturel du cancer est-elle possible selon vous ?
15. Par rapport à la prise en charge du cancer actuellement, quelle est votre appréciation sur certains programmes sanitaires annexés à la prise en charge des personnes âgées ? (Exemple du Plan Sésame)
16. Quelles sont vos recommandations sur la lutte contre le cancer au Sénégal ?
17. Quels enseignements ou informations pouvez-vous rajouter pour compléter ce questionnaire au cas échéant ?

*Merci de votre collaboration.*

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

### DECRET n° 2008-381 du 7 avril 2008

DECRET n° 2008-381 du 7 avril 2008 Instituant un système d'assistance « sésame » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus.

#### RAPPORT DE PRESENTATION

Au Sénégal, les programmes de développement ont toujours mis un accent particulier sur la prise en charge des personnes vulnérables, notamment le couple Femme / Enfant. Il faut cependant reconnaître que la même attention n'a pas toujours été portée sur les personnes âgées alors qu'au même moment, le vieillissement de la population, phénomène mondial, interpelle plus particulièrement les pays en voie de développement.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la personne âgée est définie comme étant celle qui a 65 ans et plus.

Le Recensement général de la Population et de l'Habitat de 1988 montrait que les personnes âgées représentaient 5% de la population sénégalaise : les projections de la Direction de la Prévision et de la Statistique fixent cette proportion à 10 % en 2015. Aujourd'hui, au Sénégal, les personnes âgées sont estimées à environ 650.000.

Dans le cadre du Plan stratégique Pauvreté et Santé qui constitue une composante du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), l'Etat du Sénégal, conscient de ce phénomène, a décidé de mettre en place un système de prise en charge et d'exonération au profit des personnes âgées appliquant rigoureusement les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 17 de la Constitution qui lui imposent ainsi qu'aux Collectivités publiques, de veiller à la santé physique et morale des personnes âgées.

Pour assurer la mise en œuvre de ces dispositions, l'Etat entend appuyer les structures hospitalières par des mesures d'accompagnement sous forme de conventions de préfinancement de la prise en charge hospitalière des personnes âgées.

Sur le plan institutionnel, des structures sont créées pour la prise en charge de cette cible, notamment un bureau chargé de la santé des personnes âgées au Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le présent projet de décret définissant les conditions, complète le dispositif institutionnel. Il institue un système d'assistance « sésame » qui donne une série de droits et avantages au profit de ces personnes.

Ce système doit toutefois être entouré d'un maximum de garanties fondées sur un état civil fiable. C'est pourquoi la nouvelle Carte nationale d'Identité numérisée va servir de base pour bénéficier de ce système.

Telle est l'économie du présent projet de décret.

Le Président de la République,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 2005-28 du 6 septembre 2005 instituant la Carte nationale d'Identité numérisée ;

Vu le décret n° 2005-787 du 6 septembre 2005 portant fixation du modèle de la Carte nationale d'Identité numérisée, des libellés de son contenu, des conditions de sa délivrance et de son renouvellement, modifié ;

Vu le décret n° 2007-826 du 19 juin 2007 portant nomination du Premier Ministre ;  
Vu le décret n° 2007-1493 du 12 décembre 2007 fixant la composition du Gouvernement ;  
Vu le décret 2008-01 du 3 janvier 2008 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales, des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères.

Sur le rapport du Ministre de la Santé et de la Prévention.

Décète :

**Article premier.** - Il est institué un système d'assistance « sésame » en faveur des personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans et plus.

**Art. 2.** - Le système « sésame » donne droit au bénéficiaire à la gratuité ou à la réduction des prestations médicales sur l'étendue du territoire national. Un arrêté du Ministre de la Santé et de la Prévention définit les services dont l'accès est gratuit et les prestations qui font l'objet d'une réduction ainsi que les taux.

Le système donne également droit à un accès aux services sociaux et permet d'acquérir d'autres droits et / ou avantages définis par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et de la Prévention et du Ministre dont le département est concerné.

**Art. 3.** - Pour bénéficier du système, l'intéressé présente à la structure sa Carte nationale d'Identité numérisée. Le système lui donne une priorité d'accès aux services de santé.

**Art. 4.** - Pour assurer la promotion, le suivi et l'évaluation du système « sésame », il est créé un Comité dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et de la Prévention, du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de la Femme, de la Famille et du Développement social.

**Art. 5.** - Le Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances, le Ministre de l'Intérieur, le Ministre de la Santé et de la Prévention, le Ministre de la Femme, de la Famille et du Développement social sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 7 avril 2008.

Abdoulaye WADE.

Par le Président de la République :

Le Premier Ministre,

Cheikh Hadjibou SOUMARE.

Source : <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article6956>

## Présentation de la LISCA : Ligue Sénégalaise contre le Cancer

### ► Peut-on guérir des cancers ?

Les cancers dépistés très tôt peuvent guérir.

Les principaux traitements des cancers sont :

- La chirurgie pour enlever la tumeur ;
- La radiothérapie pour éviter les rechutes ;
- La chimiothérapie pour empêcher la propagation des cellules cancéreuses dans tout l'organisme.

#### Attention !

Diagnostiqué très tard, le cancer ne peut plus être guéri, d'où l'importance du dépistage précoce

### FAIRE UN DON

Votre don est essentiel pour mener à bien notre principale mission, lutter contre le cancer aux côtés des malades : financer des campagnes de dépistage améliorer le plateau technique soutenir et aider le malades dans leurs soins

#### Financer la recherche

Merci d'être de ceux qui ont décidé de se battre contre cette maladie, pour que la vie reprenne ses droits.

#### Don par nature

Pour vos dons par nature, veuillez prendre contact avec le secrétariat de la Lisca à l'adresse suivante : sacrée coeur 3 n° 9994 Rond Point JVC

#### Don par chèque

Libellez votre chèque à l'ordre de LISCA, puis envoyez-le à l'adresse suivante : sacrée coeur 3 n° 9994 Rond Point JVC

#### Don par virement bancaire

Compte UBA : SN 153 01302 30210000219 48

#### Info de la LISCA

Email : [liscans@gmail.com](mailto:liscans@gmail.com)

site web: [www.liscancer.com](http://www.liscancer.com)

contact de la ligue 33 82730 85

Adresse: sacrée coeur 3 n° 9994 Rond Point JVC

SN 153 01302 30210000219 48



Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale

LISCA  
Ligue Sénégalaise contre le Cancer

**En savoir plus sur  
les maladies  
à soins coûteux :**

# Le Cancer

Journée mondiale  
contre le cancer  
Prévenir le cancer,  
c'est possible

► **Le cancer, un réel problème de Santé Publique**

**Le Cancer** constitue de nos jours l'une des principales causes de décès.

- Dans le monde, selon l'OMS, **le cancer est responsable de 13% de décès et tue donc plus que le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme réunis.**
- 72% des nouveaux cas sont enregistrés dans le monde en développement.
- L'Afrique enregistre plus d'un million de nouveaux cas chaque année d'ici 2020.
- Au Sénégal, cette maladie touche les sujets appartenant à la tranche d'âge la plus productive (**environ 20 000 cas par an au Sénégal**) et elle n'épargne pas les enfants (800 nouveaux cas de cancer par an au Sénégal).



► **Qu'est-ce que le cancer ?**

Notre corps est composé d'une multitude de cellules, chacune étant spécialisée dans une fonction bien précise.

Par exemple :

- filtrer les impuretés du sang (cellules rénales) ou transporter l'oxygène dans l'organisme (cellules sanguines ou hématies) ou produire du lait (cellules mammaires).

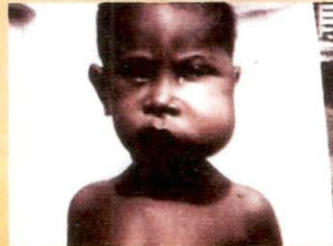
Chaque jour, des milliers de cellules meurent et sont remplacées par d'autres.

Dans le cancer, il y a un dérèglement du contrôle de ce renouvellement cellulaire.

Ainsi, il y a une multiplication importante et anarchique de cellules anormales provoquant une grosseur (boule) appelée tumeur maligne.

La maladie qui n'est pas décelée très tôt s'étend, détruit l'organe atteint puis les organes voisins, se propage dans tout l'organisme et entraîne la mort.

Nul n'est à l'abri du cancer



Mais Prévenir le cancer c'est possible

### ► Quels sont les différents types de cancer ?

Il y a plusieurs types de cancers et toutes les parties du corps peuvent être atteintes. Au Sénégal, les plus fréquents sont :

- Le cancer du foie, très souvent causé par l'hépatite B ;
- Le cancer du sein causé par l'obésité, la sédentarité, le défaut d'allaitement, le tabac etc.
- Le cancer du col de l'utérus, très souvent causé par le virus HPV, est fréquent chez les femmes ayant des rapports sexuels précoces et avec des partenaires différents ;
- Le cancer de la prostate est fréquent chez les hommes âgés de plus de 60 ans ;
- Les cancers broncho-pulmonaires et du Larynx, causés le plus souvent par le tabac l'alcool ou les polluants professionnels ou environnementaux ;
- Le cancer de l'estomac, du colon, du rectum et du pancréas.

**Les cancers de l'enfant existent : 800 nouveaux cas de cancer par an au Sénégal.**

Les cancers les plus fréquents chez l'enfant sont : les cancers du sang, des os, de la rétine et des reins. Le cancer de l'enfant se guérit dans 90% des cas

Prévenir le cancer du foie, c'est aussi vacciner tous les enfants de 0 à 11 mois contre l'hépatite B selon le calendrier du Programme Elargi de Vaccination (PEV)



### ► Quels sont les facteurs de risque des cancers ?

- Le Tabagisme : Le tabac contient plus de 40 substances cancérigènes.
- Le surpoids et l'obésité ;
- La Sédentarité
- La consommation d'alcool qui favorise les cancers de la bouche et de l'estomac ;
- La consommation excessive de sel qui favorise le cancer de l'estomac.
- La consommation excessive de viande rouge et d'aliments trop gras ;
- La Consommation insuffisante de fruits et légumes ;
- Des microbes : l'hélicobacter pylori peut provoquer le cancer de l'estomac ; le virus du papillome humain est responsable du cancer du col de l'utérus ; le virus de l'hépatite B peut entraîner le cancer du foie.
- l'amiante, le mono-chlorure de vinyle, le benzène, les hydrocarbures aromatiques polycycliques contenues dans les fumées.
- L'exposition prolongée au soleil, aux radiations de la radiologie médicale et aux déchets nucléaires
- L'hérédité est aussi un facteur favorisant certains cancers, tels que le cancer du côlon et le cancer du sein.
- Un stress chronique.
- Le vieillissement

**Le saviez-vous ?**

**Le tabac est l'ennemi public numéro 1. Il est responsable de 30% des cancers, 25% des maladies du cœur, et 85% des maladies des poumons.**



## Quels sont les signes d'alerte des cancers ?

Consultez un médecin si vous constatez un seul de ces signes



### Organes génitaux et seins

- Grosseur (boule) au sein, écoulement ou anomalie de la peau ou du mamelon ;
- Pertes de sang en dehors des règles, reprise de perte de sang après la ménopause ;
- Grosseur aux testicules.

### Appareil urinaire

- Sang dans les urines, difficultés à uriner.

### Appareil digestif

- Sang dans les selles et selles noires, constipation ou diarrhées persistantes d'apparition récente ;
- Perte de poids inexplicquée.

### Appareil respiratoire

- Toux persistante, fatigue, fièvre sans cause.

### Tête et cou

- Gêne en avalant (blocage d'une bouchée de nourriture), modification de la voix ou extinction de la voix prolongée.

### Peau et muqueuses

- Un grain de beauté qui change : augmentation de la taille, changement de couleur, saignements ;
- Une plaie qui ne se cicatrise pas.

Femmes, faites l'auto examen des seins tous les mois aussitôt après les règles et **une mammographie 1 fois tous les 3 ans à partir de 45 ans.**



**1 frottis cervical à partir de 25 ans tous les ans pour prévenir le cancer du col de l'utérus.**



## 10 recommandations pour prévenir les cancers

1. Ne pas fumer du tabac car il est responsable de 1/3 des cancers et éviter la consommation d'alcool
2. Pratiquer une activité physique régulière d'au moins 30 minutes chaque jour
3. Lutter contre le surpoids et l'obésité en maintenant un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 21 et 23  
**IMC = Poids : taille x taille**
4. Éviter les boissons sucrées, les produits riches en matières grasses
5. Limiter la consommation de sel et d'aliments salés
6. Limiter la consommation de viande rouge et grasse (bœuf, mouton, porc) ; en consommer 500g par semaine. Consommer de préférence du poisson et de la viande blanche (volaille)
7. Consommer au moins 4 à 5 fruits et légumes frais par jour, des céréales (mil, maïs etc.) et légumineuses (niébé, lentilles, haricots etc.)
8. Allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois
9. Éviter la prise de compléments alimentaires sans avis médical
10. Éviter tout contact avec les produits cancérigènes connus et ne pas s'exposer à la pollution et à la fumée.





UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

INSTITUT JOLIOT-CURIE - HALD

Dakar, le 06/02/2015

Pr. Ag. M. DIOP  
Chirurgien  
Pr. Ag. A. DEM  
Chirurgien  
Pr P.M. GAYE  
Radiothérapeute  
Dr A.A.KASSE  
Chirurgien  
Dr M.C.FALL  
Chimiothérapeute  
Dr M.M.DIENG  
Radiothérapeute  
Dr D. DIOUF  
Chimiothérapeute  
Dr S. KA  
Chirurgien

Résumé dossier N° 967/14

Mme [ ] 39 ans est suivie dans notre service pour un carcinome du sein gauche classé [ ]

Elle a déjà réalisé une première ligne de chimiothérapie avec réponse clinique partielle. Une seconde ligne est prescrite et sera suivie de chirurgie et de radiothérapie.

Coût estimatif du traitement à L'Edantec :

- Chimiothérapie 1<sup>ère</sup> ligne:  $120.000 * 6 = 480.000f$
- Chimiothérapie 2<sup>nd</sup> ligne :  $160.000 * 6 = 960.000f$
- Radiothérapie : 150.000f
- Chirurgie : 300.000f

Total : 1.890.000f

Dr Doudou DIOUF  
Chef de Clinique Assistant  
Oncologie médicale

Dr Doudou DIOUF



HÔPITAL A. LE DANTEC  
Institut Joliot-Curie  
Tél. 33 889 38 00 poste 3517  
DAKAR - SENEGAL

Dakar, le 28/01/15

Nom - Prénoms :

Dossier ..... 967124

VPA ..... 2014/3185

Diagnostic ..... CCI SAR II du  
sein

Indication : MCA post CT

Date de Confirmation ..... 06/02/15 8H

Date d'Hospitalisation ..... 10/02/15


Date d'Intervention ..... 14/02/15

Tarif ..... 60000.

Anapath ..... 30000

Hospitalisation ..... 30000

Kit ..... 37500

 Dr. Couvare



HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR  
1, AVENUE NELSON MANDELA  
BP3006 DAKAR  
TEL : 33 839 50 06 / 33 839 50 78  
PHARMACIE

Dakar, le 13.../02.../2015

Pharmacien-Commandant Firmin S. BARBOZA  
Pharmacien-Capitaine Mamadou SAKHO

Code Identifiant :

**FACTURE :**

Doit, ~~M~~r, ~~M~~me, ~~M~~lle.....

Qtité	DESIGNATION	P.U	P.TOTAL
01	Paraplatine 40mg	35000 F	35.000 F
MONTANT A PAYER =			35.000 F

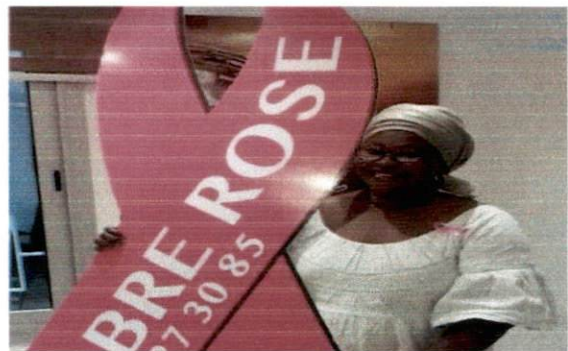
Facture arrêtée à la somme de..... Trente Cinq Mille FCSA.....

Le Responsable :

Pharmacien  
Hôpital Principal de Dakar  
Dr Mamadou SAKHO

# LISCA : OCTOBRE ROSE 2015

PROGRAMME DE LA LISCA EN IMAGES



septembre 2015



Ligue sénégalaise contre le cancer  
added a new photo.

28 sept., 11:15

OCTOBRE ROSE

MOIS DU CANCER DU SEIN

20 Personnes



J'aime



Commentaire

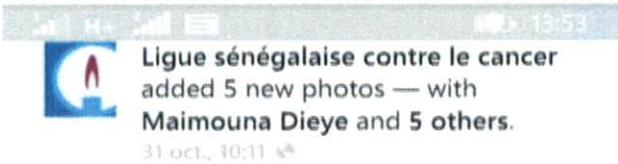


Partager



Ligue sénégalaise contre le cancer

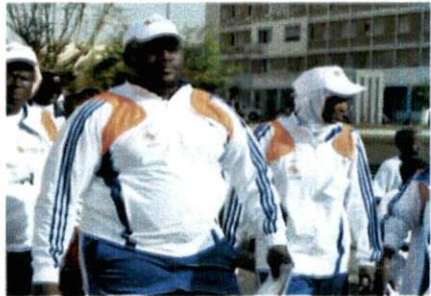
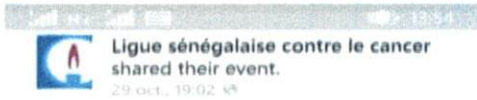
28 sept., 10:21



EL HADJI DIOUF SOUTIENT LA LUTTE CONTRE LE CANCER ET VOUS DONNE RENDEZ VOUS A L EVENEMENT SPORT CONTRE LE CANCER DU SAMEDI 31 OCTOBRE A 16H AU SIEGE DE LA LISCA. — avec Maimouna Dieye et 5 autres



LISCA : Stratégies de communication, de prévention contre le cancer sur la page Facebook.  
 Source : [www.facebook.com/liguecancersenegal](http://www.facebook.com/liguecancersenegal)



JOURNEE DE MOBILISATION SPORT CONTRE LE CANCER  
 PARLER D L'INTERET DU SPORT POUR L'ORGANISME.  
 JOURNEE DE MOBILISATION SPORT CONTRE LE CANCER



La grande Communauté Octobre Rose au Stand de la LISCA au Sea Plaza



24 Personnes 2 Commentaires  
 J'aime Commentaire Partager



shared Maimouna Dieye's photo.  
20 oct., 23:27

FAITES LE GESTE



Ligue sénégalaise contre le cancer  
added 13 new photos.  
20 oct., 19:11

GRANDE CAMPAGNE OCTOBRE ROSE AVEC  
NOTRE PARTENAIRE SEWA. VENEZ SOUTENIR  
LES FEMMES QUI SOUFFRENT DU CANCER A  
L'ENTREE DU SEA PLAZA JUSQU'AU 31  
OCTOBRE 2015. MERCI SEWA.



Ligue sénégalaise contre le cancer  
shared DeeVa's photo.  
18 oct., 22:15

LE CHARME D'UNE FEMME RESIDE DANS  
L'ASSURANCE QU'ELLE GARDE EN ELLE.  
MEME AVEC UN CANCER, ON PEUT GARDER  
SON CHARME.



OctobreRose Ligue sénégalaise contre le





Ligue sénégalaise contre le cancer  
added 7 new photos — with  
**Minata Niang and Anna Tamba.**

12 oct., 15:56

TOUT LE MONDE SE MET AU RUBAN ROSE POUR SOUTENIR LES FEMMES QUI SOUFFRENT DU CANCER. MEME EN TENUE MILITAIRE. C EST CELA LA COMMUNAUTE OCTOBRE ROSE. — avec **Minata Niang, Anna Tamba**



LA LISCA TOUJOURS AU SERVICE DES POPULATIONS CONTRE LE CANCER A ACCOMPAGNE LE MINISTERE DE LA SANTE LORS DE SES JOURNEES D EXPOSITIONS A LA PLACE DU SOUVENIR.



Ligue sénégalaise contre le cancer  
added 12 new photos — with  
**Khady Sidy and 4 others.**

12 oct., 15:08

LA LISCA A ORGANISÉ UNE GRANDE JOURNÉE DE DEPISTAGE EU CANCER DU SEIN. PRES DE MILLE FEMMES EN ONT BENEFICIE. — avec **Khady Sidy et 4 autres**



13:57

 **Ligue sénégalaise contre le cancer**  
shared Fatma Guenoune's post.  
11 oct., 15:31




L'armée soutient la lutte contre le cancer du sein

24 Personnes

 J'aime  Commentaire  Partager

  ...

13:58

 **Ligue sénégalaise contre le cancer**  
8 oct., 21:44

OCTOBRE ROSE, MESDAMES, ne manquez pas la consultation gratuite de sénologie qui se tiendra ce samedi 10 octobre à la LISCA, de 8h à 17h. A cette occasion des experts y seront à votre écoute pour vous conseiller et répondre à vos questions.

34 Personnes 1 Commentaire

 J'aime  Commentaire  Partager


 **Ligue sénégalaise contre le cancer**  
shared their video.  
6 oct., 16:49

 **Ligue sénégalaise contre le cancer**  
Le siège de la LISCA

10 Personnes

  ...

13:58

 **Ligue sénégalaise contre le cancer**  
28 sept., 10:21

La mammographie permet d'obtenir certaines informations sur les seins qu'aucun autre examen ne peut fournir. Son rôle est principalement de dépister un éventuel cancer. Elle permet ainsi de mettre en évidence des cellules cancéreuses de petite taille, à un stade précoce, avant même l'apparition des symptômes.

Dans le cadre de ce dépistage, la mammographie doit être réalisée tous les 2 ans par les femmes ayant entre 40 et 74 ans révolus.

La mammographie peut également être prescrite dès lors qu'un signe suspect apparaît (écoulement du mamelon, rougeur sur la peau, boule dans le sein, etc.). N'hésitez pas à en parler à votre médecin.

13:59

J'aime Commentaire Partager

**Ligue sénégalaise contre le cancer**  
28 sept., 09:50

vous avez plus de 35 ans ,pensez a faire une mammographie.

16 Personnes

J'aime Commentaire Partager

**Ligue sénégalaise contre le cancer**  
shared their event.  
13 sept., 17:53

**Octobre Rose 2015**  
Ensemble contre le cancer du sein  
Pensez- y  
Octobre Rose 2015

9 Personnes 1 Commentaire

J'aime Commentaire Partager

Home Draft More

14:00

**Ligue sénégalaise contre le cancer**  
shared Dr. Josh Axe's photo.  
30 avr., 13:08

RawForBeauty.com

TOP CANCER CAUSING FOODS	TOP ANTI CANCER FOODS
Processed meats	Leafy Green Vegetables
Cookies	Cauliflower
Hot dogs	French fries
Doughnuts	Turmeric
Chips	Soursop
Bacon	Broccoli sprouts
	Noni
	Tomatoes
	Garlic

Cancer Causing VS Anti-Cancer Causing...

25 Personnes

J'aime Commentaire Partager

Home Draft More

14:00

**Ligue sénégalaise contre le cancer**  
added a new photo.  
31 janv., 21:14

Journée Mondiale contre le cancer

**Prévenir le cancer c'est possible**

- Ne pas fumer
- Vacciner les enfants contre l'hépatite B
- Vacciner les filles de 9 à 13 ans contre le virus du cancer du col
- Pratiquer 30mn d'activité physique chaque jour
- Eviter le surpoids et l'obésité

5 fruits et légumes par jour  
Manger au moins

Participez à la randonnée pédestre contre le cancer,  
SAMEDI 7 FÉVRIER 2015.  
Départ, Siège LISCA 9 h - rond point JVC Sacré Cœur 3

J'aime Commentaire Partager

Home Draft More





Ligue sénégalaise contre le cancer  
updated their cover photo.

31 janv., 00:32

**Invitation**

La ligue sénégalaise contre le cancer (LISCA) et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, vous invite à participer à la randonnée pédestre qu' ils organisent dans le cadre de la célébration de la journée mondiale contre le cancer.

Le Samedi 7 Février 2015  
Départ : 9H Siège LISCA sacre coeur 3 n° 9094 Rond Point JVC

contacts : 33 827 30 85 - 77 369 01 11 - 77 783 57 42

7 Personnes



J'aime



Commentaire



Partager



Ligue sénégalaise contre le cancer  
updated their profile picture.

31 janv., 00:30



Ligue sénégalaise contre le cancer

29 janv., 08:12

PROGRAMME JOURNEE MONDIALE CONTRE  
LE CANCER  
2015

- Conférence de presse le Mercredi 04 Février animée par Dr Bintou Cheikh SECK (nutritionniste) au SNEIPS à 9 heures.
- Caravane de sensibilisation le Jeudi 05 Février dans Dakar et sa banlieue
- Distribution de flyers et de dépliants le vendredi 06 Février dans les principales mosquées de Dakar.
- Randonnée pédestre le Samedi 07 Février avec départ au siège de la Ligue, le coup d'envoi sera donné par le Ministre de la Santé Pr Awa Marie Coll SECK.
- Distribution de flyers et de dépliants le Dimanche 08 Février à la Cathédrale de Dakar.
- Forum accès sur les médicaments anticancéreux



Ligue sénégalaise contre le cancer

22 nov. 2014, 01:16

Chers membres,  
la Ligue Sénégalaise Contre le Cancer, vous informe qu'elle tiendra son Assemblée Générale le Samedi 6 décembre 2014 à partir de 9h à l'ENDSS (Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social) Km 4,5 Avenue Cheikh Anta Diop -DAKAR -FANN.

La Présence de tous les membres est vivement Souhaitée.

Pour plus de renseignements vous pouvez appeler au 33 827 30 85

NB : POUR ÊTRE ÉLECTEUR OU ÉLIGIBLE IL FAUT RÉGULARISER VOTRE CARTE DE MEMBRE (5000 FCFA).

P-J :

Règlement intérieur  
Statut

Le Secrétaire Général



**Ligue sénégalaise contre le cancer**

23 déc. 2014, 09:33

Chers membres, chers bienfaiteurs  
 A l'approche de cette fin d'année, j'ai une pensée particulière pour toutes les personnes touchées par le cancer et pour leur famille. C'est pourquoi je m'adresse à vous à quelques jours de Noël.  
 Nous sommes tous concernés par le cancer. Chaque jour, près de 1000 personnes sont touchées par un cancer, c'est pourquoi je suis certaine que vous comprenez l'importance de votre soutien. Votre don peut sauver des vies et faire grandir l'espoir des familles touchées par le cancer.

Au nom de toute l'équipe de la LISCA, je vous remercie pour votre précieux soutien et je vous souhaite de très belles fêtes de fin d'année.  
 La Présidente



**Ligue sénégalaise contre...**

**Informations supplémentaires**

3 264 personnes et vous aimez ça.

122 en parle

**Photos**



7 Personnes

Faime Commentaire Partager



**Ligue sénégalaise contre le cancer** updated their profile picture.

31 janv., 00:30

**LISCA**



**Ligue Sénégalaise Contre le Cancer**

28 Personnes 3 Commentaires



# LA LUTTE ANTI-TABAC : UNE PREVENTION CONTRE LE CANCER

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

AMBASSADE AUPRES DE LA CONFEDERATION SUISSE

MISSION PERMANENTE AUPRES DE  
L'OFFICE DES NATIONS UNIES A GENEVE

26, Chemin de Joinville – 1216 Cointrin - Tél : (41) 22 918 02 30  
Fax : (41) 22 740 07 11 – Email : mission.senegal@ties.itu.int

## DECLARATION DU SENEGAL A L'OCCASION DE LA CELEBRATION DU DIXIEME ANNIVERSAIRE DE L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA CONVENTION CADRE DE L'OMS SUR LA LUTTE ANTITABAC

GENEVE- 27 FEVRIER 2015

*Monsieur le Président, Dr. Oleg Salagay;*  
*Madame le Directeur général de l'OMS, Margaret CHAN;*  
*Madame le Chef du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS sur la*  
*Lutte Antitabac, Dr. Vera Luiza Costa E SILVA;*  
*Mesdames et Messieurs les Ministres;*  
*Excellences Chers Collègues Ambassadeurs, Représentants permanents;*  
*Distingués participants;*

Je voudrais, à l'entame de mon propos, vous transmettre le message d'amitié, de fraternité et de soutien effectif de **Madame Awa Marie-Coll SECK**, Ministre de la Santé et de l'Action Sociale qui, en raison d'un calendrier gouvernemental dirimant, n'a pu effectuer le déplacement sur Genève et m'a demandé de prononcer, en son nom, la présente Déclaration dont l'objectif est de réaffirmer de façon claire l'engagement du Sénégal à la croisade mondiale contre le tabagisme.

*Monsieur le Président,*

La délégation du Sénégal, en vous félicitant et vous exprimant son soutien et sa pleine collaboration, voudrait saluer votre action et votre leadership à la tête de la Conférence des Etats Parties à la Convention, depuis sa sixième session, tenue en octobre 2014, à Moscou. Le tabagisme est l'une des plus grandes menaces actuelles pour la santé mondiale en ce que la consommation de tabac constitue la première cause de décès évitables, avec plus de cinq millions de décès par an selon l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est pourquoi, sous son égide, une Conférence mondiale a été organisée en 1980 sous le thème « *le tabac ou la santé : à vous de choisir* ».

Le Sénégal s'est très vite approprié ce thème par l'adoption, en novembre 1981, d'une Loi, portant interdiction de la publicité en faveur du tabac et de son usage dans certains lieux publics. Près de 30 ans après l'adoption de la Loi de 1981, les statistiques sur la prévalence au

Sénégal sont encore assez préoccupantes : les enquêtes réalisées en 2013 chez les écoliers âgés de 13 à 15 ans révèlent que 18.2% des garçons et 11.5% des filles de cette tranche d'âge fument régulièrement. Et l'on mesure la gravité de la situation si on se réfère au Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage de 2013, qui précise que 42.1% de notre population est âgée de moins de 15 ans.

Monsieur le Président,

Après l'adoption, le 21 mai 2003 et l'entrée en vigueur de la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac (CCLAT), le 25 février 2005, le Sénégal a aussitôt exprimé son engagement en ratifiant cette Convention par la Loi n° 2004-36 du 24 décembre 2004.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a pris plusieurs initiatives pour modifier la législation sénégalaise, en l'adaptant aux dispositions de ladite Convention.

Ainsi, le 04 juillet 2013, le projet de Loi a été adopté par le Conseil des Ministres et, par la suite, ratifié par l'Assemblée nationale du Sénégal.

De 2008 à 2013, malgré les difficultés, le Gouvernement a fait preuve d'une véritable volonté politique pour consolider les acquis de la lutte contre le tabac.

La collaboration entre l'Exécutif, le Parlement et la Société Civile a permis d'améliorer considérablement la Loi.

*Monsieur le Président,*

Au Sénégal, nous vivons encore des moments très favorables pour l'ancrage de la lutte antitabac, à travers l'adoption de la **Loi du 28 mars**

**2014, relative à la fabrication, au conditionnement, à l'étiquetage, à la vente et à l'usage du tabac.**

Le Gouvernement a déjà initié une série de textes pour l'application de cette Loi, parmi lesquels:

- le projet de Décret, relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ouverts, à usage collectif, de travail et les moyens de transport public ;
- le projet d'Arrêté interministériel, relatif aux conditions d'utilisation de panneaux et enseignes de signalisation des lieux de vente de tabac ;
- le projet d'Arrêté interministériel, relatif à la signalisation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ouverts, à usage collectif, de travail et les moyens de transport public etc.

Tous ces textes ont été examinés par les administrations compétentes des Départements ministériels du Commerce, de l'Intérieur et de l'Economie et des Finances et sont à présent en phase d'approbation et de mise en œuvre.

Présentement, le Ministère de la Santé travaille étroitement avec l'ONG

**UNION** sur l'organisation d'un atelier, prévu les 04, 05 et 06 mars 2015, sur l'Article 5.3, à l'intention des parlementaires et des Conseils juridiques des différents départements ministériels.

*Monsieur le Président,*

La nécessité d'assurer une plus grande prise de conscience des enjeux nationaux et internationaux en matière de lutte antitabac et de l'impératif de faire face aux pressions et à l'ingérence de l'industrie du tabac pour influencer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, exige une coopération solide, à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières des Etats.

Dans cette perspective de coopération, la délégation sénégalaise voudrait saluer et encourager les contributions constructives du Secrétariat à la mise œuvre concrète de la Convention et appeler au renforcement des capacités des Etats, notamment en matière de réglementation mais surtout d'harmonisation des pratiques au niveau régional.

Avant de conclure, je rappelle que l'Etat du Sénégal interdit formellement toute ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques nationales de santé.

Il s'engage à mettre en œuvre des politiques, stratégies, réglementations, programmes et toutes mesures fiscales, relatifs aux taxes et aux prix, en vue de contribuer efficacement à la lutte contre le tabac.

Enfin, le Sénégal réaffirme sa foi en l'OMS et dans les principes et objectifs de la Convention et renouvelle sa confiance et son engagement résolu à travailler, en étroite collaboration avec le Secrétariat pour consolider les résultats probants de la lutte contre le tabac, à l'effet d'épargner nos populations des dangers du tabagisme sur la santé publique.

**Je vous remercie de votre aimable attention.**

## ANTICANCEREUX CONSTRUCTION ET EQUIPEMENT D'UN CENTRE

République du Sénégal



### Présentation du Projet

**Localisation :** Région de Dakar  
**Description :** Construction d'une infrastructure sanitaire spécialisée sur le cancer pour offrir des soins, délivrer des enseignements et effectuer de la recherche, en remplacement de l'Institut Joliot-Curie de l'Hôpital Aristide Le Dantec.  
**Composantes**  
 Construction et équipement de :

- une unité de chirurgie carcinologique
- une unité d'hospitalisation polyvalente
- un centre d'hospitalisation de jour pour la chimiothérapie
- une unité de radiothérapie avec deux (02) bunkers pour accélérateur de particules
- un centre d'imagerie Médicale avec scanner, IRM et PET Scan
- une unité de bio-pathologie composée de laboratoires de pathologie, d'un laboratoire de biologie moléculaire et de biochimie et un laboratoire de bactériologie et virologie
- une unité de consultation et de soins externes
- un bloc administratif avec un bureau du registre des tumeurs
- un bloc d'enseignement et de recherche
- un recepitif d'accompagnants de patients
- un bloc technique (cuisine, buanderie, atelier de maintenance etc.)

**Coût :** 15 milliards F CFA (30 millions \$)

**Financement :** Partenariat Public-Privé

**Acteur public :** Ministère de la Santé et de la Protection sociale

### Bonnes-pratiques

- Réception de patients en provenance de plusieurs pays de l'espace CEDEAO
- Nombre de patients admis/an : 6148
- Déficit à couvrir : 51% des patients atteints de cancer et non pris en charge en 2012



- Objectifs**
- Relancer le plateau médical par la mise en place d'une infrastructure aux normes internationales, dédiée à une pathologie dont l'incidence augmente de plus en plus (en développement constant sur le plan national et sous-régional)
  - Offrir une prise en charge aux patients sénégalais et de la sous-région, en vue de réduire les évacuations coûteuses vers l'Europe, l'Afrique du Nord et l'Afrique du Sud
  - Centraliser les moyens et les ressources humaines pour une prise en charge multidisciplinaire et efficiente
- Etat d'avancement**
- Etudes de pré-faisabilité réalisées
  - Etudes et ouvrages à réaliser

## TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE .....	i
DEDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES GRAPHIQUES .....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	v
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE .....	4
CHAPITRE 1 : CONTEXTE SANITAIRE .....	5
1.1 Standards internationaux de la prise en charge du Cancer .....	5
1.2 Prévalence des maladies chroniques au Sénégal .....	8
1.2.1 Femmes et maladies chroniques.....	9
1.2.2 Hommes et maladies chroniques .....	11
1.3 Système hospitalier sénégalais face aux cancers.....	13
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE .....	17
2.1 Problématique.....	17
a. La situation sanitaire des personnes âgées au Sénégal .....	19
b. Plan de suivi-évaluation de ces politiques : Exemple du plan SESAME .....	24
c. Le sujet âgé face au cancer.....	28
2.1.1 Etat de la question .....	29
2.1.2 Position du problème.....	34
2.2 Hypothèse.....	34
2.3 Conceptualisation et modèle d'analyse .....	34
2.3.1 Conceptualisation .....	34
2.3.1.1 Le sujet âgé.....	34
2.3.1.2 La prise en charge.....	38
2.3.1.3 Modèle d'analyse de l'hypothèse (schématisation).....	41
2.3.2 Modèle d'analyse.....	44
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDE.....	48
CHAPITRE 3 : CADRE METHODOLOGIQUE .....	49
3.1 Présentation de la méthodologie.....	50
3.2 La Revue de la littérature .....	51
3.3 Le ciblage des acteurs.....	51
3.4 Les stratégies d'approche et d'observation .....	52
3.5 L'enquête qualitative .....	52

3.5.1 Démarche.....	52
3.5.2 Stratégie d'échantillonnage .....	53
3.5.3 Les outils de collecte .....	54
3.5.4 La structuration des outils de collectes.....	55
3.6 La collecte des données .....	55
3.7 Les difficultés rencontrées .....	56
<b>CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE .....</b>	<b>57</b>
4.1 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec.....	57
4.1.1 Organisation et fonctionnement du CHU Le Dantec.....	57
4.1.1.1 Le conseil d'administration.....	57
4.1.1.2 La Commission médicale d'établissement (CME).....	58
4.1.1.3 Le Comité technique d'établissement (CTE).....	58
4.1.1.4 Les différents services au sein du CHU.....	60
4.2 Présentation du centre Joliot Curie du CHU Aristide Le Dantec .....	61
a. Les soins.....	61
b. L'enseignement .....	62
c. La recherche .....	62
d. Les locaux.....	62
e. Le personnel .....	63
f. Les partenaires.....	63
4.5 Une analyse par FFOM du Centre Joliot Curie du CHU de Dakar.....	64
<b>TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS .....</b>	<b>66</b>
<b>CHAPITRE 5 : PROCESSUS SOCIAUX DANS LES TRAITEMENTS DU CANCER.....</b>	<b>67</b>
5.1 Les logiques socio-thérapeutiques.....	67
5.2 Les construits sociaux autour de la maladie .....	70
<b>CHAPITRE 6 : UNE SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER. 72</b>	<b>72</b>
6.1 La famille : entre thérapie et prise de décision.....	72
6.2 Les comportements thérapeutiques face au cancer.....	74
6.3 Quand la situation financière détermine le schéma thérapeutique .....	75
6.4 Valoriser la prise en charge psychologique.....	76
6.5 La prévention : un moyen efficace de lutte contre le cancer .....	77
<b>CHAPITRE 7 : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DE LA THERAPIE TRADITIONNELLE AUX STRUCTURES SANITAIRES.....</b>	<b>81</b>
7.1 Les relations soignant/soigné âgé.....	81
7.2 Perceptions des sujets âgés sur les structures de santé .....	82
7.3 L'accès aux médicaments dans le traitement du cancer .....	85



7.4 Le coût de la maladie.....	87
7.5 La LISCA : un acteur engagé dans la lutte contre le cancer.....	87
RECOMMADATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER AU SENEGAL .....	89
CONCLUSION .....	90
PERSPECTIVES.....	92
BIBLIOGRAPHIE .....	94
ANNEXES .....	100
TABLE DES MATIERES.....	123



This work is licensed under a  
Creative Commons  
Attribution – NonCommercial - NoDerivs 3.0 License.

To view a copy of the license please see:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

This is a download from the BLDS Digital Library on OpenDocs  
<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/>