



HAL
open science

Cancer du col de l'utérus à Madagascar : des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en charge

Mamy Jean Jacques Razafimahatratra, Dolorès Pourette

► To cite this version:

Mamy Jean Jacques Razafimahatratra, Dolorès Pourette. Cancer du col de l'utérus à Madagascar : des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en charge. Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées, 2018. hal-02747618

HAL Id: hal-02747618

<https://hal.science/hal-02747618v1>

Submitted on 3 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mamy Jean Jacques Razafimahatratra et Dolorès Pourette,
« Cancer du col de l'utérus à Madagascar.
Des facteurs multiples de retard au diagnostic et à la prise en
charge ». In D. Pourette, C. Mattern, C. Bellas Cabane, B.
Ravololomanga (eds.), *Femmes, enfants et santé à
Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris,
L'Harmattan, coll. Anthropologies & Médecines, 2018, pp. 223-
233.

CANCER DU COL DE L'UTERUS A MADAGASCAR
DES FACTEURS MULTIPLES DE RETARD AU DIAGNOSTIC
ET A LA PRISE EN CHARGE

Mamy Jean Jacques Razafimahatratra ^{*}, Dolorès Pourette ^{**}

INTRODUCTION

À partir des années 1980, la situation épidémiologique du cancer du col de l'utérus a connu un changement historique lorsque la responsabilité du virus du papillome humain dans le développement de cette pathologie a été démontrée. Un vaccin a été mis au point au début des années 2000. Parallèlement, diverses méthodes de dépistage des lésions précancéreuses du col ont été mises au point. Les pays développés ont particulièrement tiré profit de ces évolutions. En France, cette pathologie ne représente actuellement que le douzième cancer qui touche les femmes ¹. Cependant, la situation reste préoccupante dans les pays en développement : en Afrique subsaharienne, l'incidence est de 35 pour 100 000 femmes et la mortalité de 22 pour 100 000 femmes ². L'incidence du cancer du col à Madagascar est estimée à 44,6 nouveaux cas par an pour 100 000 femmes ³. Les principales recommandations pour lutter contre cette pathologie sont la vaccination et le dépistage précoce des lésions pré-cancéreuses. Le service d'oncologie de l'hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona d'Antananarivo était le seul service public spécialisé sur le cancer à Madagascar (avant 2013). Aujourd'hui encore, il reste une référence nationale. Entre janvier 2013 et septembre 2015, parmi tous les cas de cancer diagnostiqués chez les

* Médecin, Département de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Antananarivo, Madagascar.

** Anthropologue, chargée de recherche, CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, Paris, France.

¹. Source : Institut national du cancer, 2015.

². Selon GLOBOCAN, 2012.

³. Source: World Cancer Research Fund International, <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/cervical-cancer-statistics>

femmes, le cancer du col de l'utérus se plaçait en première position (24,6 %), suivi du cancer du sein (20,6 %) et de celui du colon (12,7 %) ⁴. En 2010, l'État malgache a lancé le programme de lutte contre les cancers. Concernant le cancer du col, la stratégie consiste surtout à promouvoir le dépistage gratuit, au moyen d'une inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) au niveau du col de l'utérus (la vaccination étant encore en phase d'introduction dans le pays). À ce jour, 116 centres de dépistage gratuit sont mis en place à travers toute l'île ⁵, dont une trentaine situés dans la ville d'Antananarivo et ses zones périurbaines. Les femmes de la capitale et des environs sont donc relativement avantagées au regard des possibilités de dépistage par rapport aux autres femmes de l'île. Ainsi, presque la moitié des cas de cancer du col enregistrés dans le service de cancérologie de l'hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona entre janvier 2013 et septembre 2015 concernent des femmes vivant dans ces zones. Toutefois, ces cancers ont été diagnostiqués à un stade avancé pour la plupart. Cette situation montre que ces femmes n'ont pas bénéficié d'un dépistage précoce, pourtant gratuit et disponible. Ce constat nous a amenés à nous demander si, parallèlement aux difficultés globalement admises d'accès aux soins (éloignement des centres de santé, inaccessibilité financière) observées à Madagascar (Mestre, 2003), il n'y aurait pas d'autres facteurs pouvant expliquer le retard au diagnostic du cancer du col. Nous avons mené une étude visant à identifier ces facteurs de retard au dépistage et à la prise en charge du cancer du col de l'utérus à Antananarivo.

METHODE

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée entre juin et août 2015 ⁶ auprès de deux groupes de personnes : l'un constitué de femmes hospitalisées au sein du service d'oncologie de l'hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona et l'autre composé de femmes ayant pratiqué un dépistage précoce du cancer du col, rencontrées dans un des principaux centres de dépistage d'Antananarivo (l'hôpital d'Itaosy). Au total, 10 entretiens ont été réalisés : sept auprès de patientes du service d'oncologie avec un cancer du col avancé et trois auprès de femmes rencontrées au centre de dépistage précoce ⁷.

⁴. Service des statistiques de l'hôpital Ravoahangy Andrianavalona.

⁵. Information émanant du responsable du service de lutte contre les maladies liées au mode de vie, Ministère de la santé publique malgache.

⁶. Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de master 2 en Sciences sociales appliquées au développement à l'Université catholique de Madagascar, réalisé par Mamy Jean Jacques Razafimahatratra, sous la direction de Dolorès Porette.

⁷. Au départ, il était prévu d'interviewer 14 femmes : sept femmes avec un cancer du col à un stade avancé et sept femmes non malades mais venues se faire dépister. Toutefois, malgré les nombreuses heures de présence sur le lieu de dépistage pendant la durée de l'étude, nous n'avons pu rencontrer que trois femmes s'étant déplacées pour un dépistage.

Pour le groupe des femmes hospitalisées pour un cancer du col évolué, la grille d'entretien a été établie de manière à comprendre les raisons qui ont conduit au retard du diagnostic de la maladie et l'absence de dépistage précoce. Pour les femmes venues se faire dépister au centre de dépistage, la grille a été élaborée dans le but d'identifier les motivations à la réalisation d'un tel acte de prévention. Pour les deux groupes, les entretiens permettaient d'explorer leur rapport à la santé et aux soins de manière générale. Les entretiens, réalisés en malgache, ont été enregistrés, retranscrits dans leur intégralité, traduits en français puis analysés à l'aide d'une grille d'analyse thématique transversale.

RESULTATS

Profil des femmes

Les sept femmes ayant un cancer du col de l'utérus ont été interviewées dans le service d'oncologie. Leur maladie était à un stade avancé. Très fatiguées, elles étaient toutes sous chimiothérapie ou en période postopératoire. La famille, très présente, assumait la charge financière des procédés thérapeutiques. La majorité d'entre elles étaient âgées de plus de 50 ans, veuves ou séparées. Elles avaient eu entre un et cinq enfants. Leur niveau scolaire était variable ; toutes avaient été scolarisées, au moins jusqu'en primaire. Elles ont occupé différents emplois dans le secteur de l'agriculture et du commerce principalement. Elles résidaient soit dans la ville d'Antananarivo soit dans une localité située à plus de 50 km de celle-ci ; toutes habitaient à moins de 5 km d'une formation sanitaire.

Les trois femmes que nous avons rencontrées au centre de dépistage gratuit étaient, quant à elles, plus jeunes (entre 35 et 50 ans). Elles étaient mariées et avaient entre un et trois enfants. Leur niveau d'étude était plus élevé (niveau secondaire et universitaire). Elles travaillaient dans le secteur tertiaire et étaient domiciliées à Antananarivo, à moins de 5 km d'une formation sanitaire.

Plusieurs origines possibles du cancer du col de l'utérus

Comme tout désordre de santé, la maladie du cancer du col est interprétée par les femmes enquêtées selon son origine : naturelle (signifiant ici sans causes connues), biologique (en lien avec un autre événement atteignant le fonctionnement du corps) ou surnaturelle (liée à la sorcellerie ou à une punition divine) ; ces différents registres de causalité pouvant se cumuler.

Lorsqu'il est impossible d'identifier une cause précise ou un événement particulier dans la genèse et l'apparition du cancer du col, son origine est considérée comme « naturelle ». Quand un lien chronologique existe entre l'apparition des symptômes et un autre désordre biologique du corps, des explications biologiques sont avancées. Évoquons le cas de M^{me} A., une femme de 50 ans, veuve, secrétaire, qui attribue son cancer à une cause fonctionnelle :

Une fois, j'avais envie de pisser mais je me suis retenue trop longtemps, cela a provoqué une infection urinaire qui a ensuite conduit à cette maladie.

Un comportement sexuel « indécent », une absence d'activité sexuelle, un manque d'hygiène intime, un choc émotionnel ont également été mentionnés par les femmes enquêtées comme causes possibles de ce cancer. Le contexte social ou familial dans lequel la maladie apparaît est aussi utilisé pour expliquer sa survenue. C'est ainsi que le surnaturel est évoqué quand l'ennui de santé est concomitant d'un événement suspect. Quelquefois, plusieurs éléments de causalité sont avancés. C'est le cas de M^{me} O. Elle pense que son cancer est à la fois d'origine naturelle, biologique et surnaturelle suite à une malveillance de la part de quelqu'un de son entourage.

Certaines maladies sont naturelles pour l'homme [...] vous ne savez pas du tout comment vous les avez attrapées [...]. Comme ce cancer [...]. La cause, un virus, « papillon virus », j'ai vu cela dans une encyclopédie [...]. Il suffit que vous sortiez avec un homme pour l'attraper [...]. Je suis sûre que la femme avec qui j'ai un conflit foncier n'est pas du tout étrangère à ce qui se passe dans ma vie en ce moment, d'autant plus qu'elle est réputée être une mpamosavy (sorcière). À chaque fois qu'on est convoqué au tribunal pour cette affaire de litige foncier, je fais toujours de l'hémorragie.

(M^{me} O., 60 ans, ancienne réceptionniste dans un hôtel à Nosy Be)

Des connaissances sur le cancer du col et sur le dépistage très faibles

Le *homamiadana*⁸ exprimé souvent par son sens français « cancer » n'est pas un terme inconnu par les femmes. Il renvoie toujours à une idée de mort, de fatalité. Toutefois, seulement quelques-unes des femmes enquêtées connaissaient l'existence du cancer du col utérin et elles avaient acquis cette connaissance durant leur jeune âge, le plus souvent par les médias. Comme M^{me} S., la plupart des femmes disent n'avoir jamais été informées sur le cancer du col : « Je n'ai jamais entendu parler d'un tel cancer auparavant » (M^{me} S., 46 ans, vendeuse de légumes à Morondava).

La plupart des femmes enquêtées ne connaissaient pas le dépistage du cancer du col, même celles qui avaient entendu parler de ce type de cancer. Parmi les femmes qui connaissaient l'existence de cette mesure de prévention, aucune ne s'était déjà fait dépister. Les principales raisons qu'elles ont évoquées concernent la dimension inconvenante du dépistage et l'interprétation du terme « dépistage » (*fitiliana* en malgache). Le dépistage est perçu comme un acte médical et, de ce fait, il renvoie à l'idée de maladie. Il est donc perçu comme un recours en cas de

⁸. Littéralement « mange lentement », traduction malgache du mot « cancer », faisant notamment référence au caractère initialement très insidieux de cette maladie.

maladie ou de symptômes ressentis. En outre, l'acte pratiqué en vue du dépistage touche à l'intimité de la femme et constitue en cela un frein à sa réalisation. Ainsi, aucune des femmes n'a affirmé suivre des contrôles gynécologiques réguliers. Les seuls moments pendant lesquels elles jugent acceptable qu'un soignant ait un contact avec les parties génitales sont la maternité et les épisodes de pathologies gynécologiques. En dehors de ces deux moments, elles sont réticentes à ce qu'un acte médical touchant à leur intimité soit effectué.

À la radio et à la télé on dit toujours cela, ma sœur m'a une fois conseillé de faire ce dépistage mais cela ne m'a pas intéressée, je n'aime pas qu'on me touche comme ça.

(M^{me} H., 58 ans, femme au foyer)

Ainsi, aucune des femmes que nous avons rencontrées au centre de dépistage n'était venue de son initiative ni dans le cadre d'un contrôle de santé de routine ; toutes ont été orientées par des médecins à la suite de symptômes particuliers (pertes vaginales récidivantes).

Des recours thérapeutiques pluriels après l'apparition des premiers symptômes

Devant l'ampleur des symptômes (hémorragies et douleur), toutes les femmes ont eu recours à un soignant, l'automédication habituellement pratiquée en cas de maladie ayant été perçue comme inadaptée. Le type de soignant consulté en premier dépend de la perception des symptômes et de leurs causes : les femmes convaincues de la nature biologique ou naturelle de ces symptômes ont fait appel à un personnel de santé pratiquant la médecine occidentale. Les femmes qui pensaient qu'un acte de sorcellerie était à l'origine du malaise ont eu recours à un *ombiasy* (un devin, un enchanteur), un guérisseur traditionnel ou bien à une personne de l'église comme un pasteur. La plupart des femmes ont fait appel à ces différents types de recours (simultanément ou successivement) dans une optique de complémentarité des soins ou lorsque le premier recours était inefficace.

Les parcours thérapeutiques des femmes enquêtées lors de leur hospitalisation mettent en évidence plusieurs facteurs qui retardent le moment de la prise en charge médicale de leur pathologie cancéreuse. Les femmes vivant à proximité du service hospitalier spécialisé sur le cancer sont confrontées à des difficultés d'accès sur le plan financier ⁹ et, pour celles qui vivent plus loin, à ce problème pécuniaire s'ajoute la difficulté d'accès géographique. Ainsi, certaines femmes ont raconté que leur médecin leur avait conseillé depuis longtemps de consulter

⁹. À titre d'exemple, en 2007, le coût d'une seule cure de chimiothérapie était de 276 800 ariary soit 113 euros à l'époque (ce coût inclut toutes les dépenses : la molécule, les consommables, les éventuels frais de déplacement, la nourriture, l'hospitalisation...). À l'époque, le revenu mensuel moyen des patients étaient de 139 947 ariary, soit 57 euros (Lavergne, 2007).

en oncologie, mais elles n'ont pu y aller avant un certain laps de temps (allant de un mois à deux ans) du fait d'un problème financier et/ou géographique, et parfois de la recherche d'autres types de soins. C'est le cas de M^{me} S., venant de la ville de Morondava, située à plus de 700 km d'Antananarivo, et qui s'est déplacée d'abord à Antsirabe (une ville de taille moyenne à 500 km de Morondava) pour sa première consultation médicale.

Il [le médecin d'Antsirabe] m'a dit qu'il serait mieux si on vient à Antananarivo pour éviter des éventuelles complications [...]. Je lui ai répondu oui mais seulement après le 26 juin parce qu'on va encore chercher de l'argent (soit près d'un mois après la consultation et trois mois après l'apparition des premiers symptômes).

(M^{me} S., 46 ans, vivant en concubinage avec son nouveau mari, vendeuse de légumes à Morondava)

C'est ainsi qu'elle est rentrée à Morondava et s'est remise, en attendant, à prendre de la décoction, un traitement qu'un tradipraticien de cette ville lui avait conseillé lors de ses premiers symptômes vers le début du mois d'avril précédent.

Les femmes rencontrées à l'occasion du dépistage n'ont pas mentionné de difficulté géographique ou économique pour accéder au dépistage, celui-ci étant gratuit et situé en ville. En effet, le kit pour le dépistage promu par l'État est disponible dans certaines formations sanitaires de base.

Venir faire le dépistage ici ne m'a pas posé beaucoup de difficulté. Il m'a juste suffi de prendre le bus et je suis là.

(M^{me} Ho., 62 ans, veuve, enseignante retraitée)

Le rôle du personnel de santé : des diagnostics erronés et des explications insuffisantes

Quelquefois, le contenu et la qualité de la communication entre la patiente et le médecin consulté en premier déterminent la trajectoire thérapeutique ultérieure : si la patiente trouve cette communication insatisfaisante, il y aura un possible basculement de la médecine occidentale vers la médecine traditionnelle ou tout simplement un changement de soignant. Par exemple, M^{me} R. a décidé d'abandonner la médecine occidentale et de faire appel à un masseur traditionnel après que le médecin ait déduit un diagnostic qu'elle jugeait faux et qui manquait d'explications à ses yeux.

Le médecin a dit que j'ai avorté, pourtant je n'ai pas fait cela, il a voulu me cureter. En plus, il ne me disait pas pourquoi il pense à cela alors que je lui avais bien dit que je n'ai jamais avorté de ma vie. Il m'a donné un autre rendez-vous mais je n'étais jamais revenue, j'étais allée voir un masseur.

(M^{me} R., 30 ans, divorcée, serveuse dans un restaurant)

Dans ce cas, le discours du médecin, sous-tendant que la patiente avait commis un avortement (acte illégal à Madagascar), a entraîné un certain scepticisme vis-à-vis du personnel soignant et un éloignement des soins biomédicaux au profit d'une consultation auprès d'un soignant traditionnel, et possiblement un retard à la prise en charge médicale de son cancer. Le retard de la prise en charge médicale du cancer de M^{me} A. pourrait également être expliqué par une défaillance d'explication de la part du médecin :

On m'a dit que j'ai une « tumeur »¹⁰ dans l'utérus, c'est tout, on ne m'a pas expliqué davantage. On m'a juste dit d'aller à l'hôpital Manarapenitra¹¹ [...]. Je ne suis pas allée là-bas, j'étais restée à la maison [...]. J'ai consulté aussi un médecin à Ambodivona, vous voyez, à part les médicaments qu'il m'a prescrit, il m'a également prescrit des « crèmes » que j'ai appliquées ici et là [...]. Ma santé se détériorait, j'ai fait une grande hémorragie alors j'ai finalement

décidé de venir ici, à l'Hôpital Ravoahangy [...]. Les médecins d'ici ont regardé ce fivontosana.

(M^{me} A., 50 ans, veuve, secrétaire)

Évoquons enfin le cas de M^{me} M., 55 ans, séparée, agricultrice. Elle a consulté un médecin généraliste en 2009 pour des hémorragies génitales inexplicables qu'elle étiquetait à l'époque comme des irrégularités du cycle menstruel, apparues depuis la disparition tragique de son enfant. Le médecin a retenu comme diagnostic un état de pré-ménopause et lui a prescrit des médicaments en ce sens. Ce n'est que plus tard, avec la persistance des saignements, qu'un autre médecin a diagnostiqué un cancer du col ayant déjà gagné une partie du corps de l'utérus.

DISCUSSION

Six ans après le lancement de la politique de lutte contre le cancer du col de l'utérus, 116 formations sanitaires publiques pratiquent le dépistage gratuit dans toute l'île et la plupart se trouvent en zone urbaine. Dans les pays développés, la vulgarisation du dépistage a contribué largement à la diminution de la prévalence et de la mortalité de ce cancer (Sancho-Garnier *et al.*, 1992). Toutefois, la

¹⁰. La femme a interprété le mot « tumeur » par *fivontosana* (signifiant littéralement « tuméfaction »). Ainsi, l'éventuel caractère cancéreux de cette tumeur n'a pas été communiqué à la femme, on l'a seulement informée de la formation d'une masse.

¹¹. Hôpital universitaire situé à Antananarivo, construit durant la présidence de Andry Rajoelina et fonctionnel depuis 2014, comprenant entre autres un service d'oncologie et de gynécologie. À l'époque, la fonctionnalité effective ou non de cet hôpital a suscité de nombreuses réactions (la population déplorait notamment le manque, voire l'absence, de personnel soignant dans l'hôpital, qui était perçu comme un bâtiment moderne mais qui manquait de personnel pour y recevoir les malades).

disponibilité du dépistage ne garantit pas l'accès au dépistage du cancer du col. Nombreuses sont les femmes résidant à Antananarivo qui pourraient accéder au dépistage mais qui sont victimes d'un cancer du col diagnostiqué à un stade avancé, sans espoir de guérison. S'il existe des inégalités de santé en termes d'offres de soins biomédicaux entre milieu urbain et milieu rural à Madagascar, le fait de vivre en ville est loin de suffire pour bénéficier effectivement de ces soins (Mattern *et al.*, 2016). Le dépistage étant considéré comme un acte médical, les femmes enquêtées ne percevaient la nécessité d'y avoir recours qu'en cas de symptômes. La notion d'acte médical préventif n'avait pas de sens pour ces femmes.

Comme de nombreuses recherches l'ont montré (Rivers, 1924 ; Fainzang, 1986 ; Franckel, 2004), les théories étiologiques avancées face aux symptômes (causes naturelle, biologique, surnaturelle) ainsi que les interprétations locales des maladies déterminent les parcours de soins et les pratiques thérapeutiques. Les femmes rencontrées ont toutes fini par consulter dans un service spécialisé, mais à un stade avancé de leur cancer, la longueur des trajectoires thérapeutiques et la pluralité des recours pouvant mener à une prise en charge tardive (Mattern *et al.*, 2016). Pour ces femmes, si le dépistage précoce avait été effectué, le recours au service d'oncologie n'aurait pas été nécessaire, les lésions précancéreuses détectées pouvant être prises en charge au niveau sanitaire inférieur¹².

Cette étude met en évidence les différents facteurs constituant un obstacle au recours au dépistage et aux soins. Le manque de connaissance sur le cancer du col ainsi que sur le dépistage engendre une absence de préoccupation des femmes à ce sujet (Bouslah *et al.*, 2014 ; Domingo & Dy Echo, 2009). La dimension perçue comme inconvenante du dépistage (touchant à l'intimité dans un contexte où un acte médical n'est pas considéré comme justifié – en dehors d'une grossesse ou de problème gynécologique) constitue aussi un obstacle important au recours au dépistage (Badet-Phan *et al.*, 2012) et n'est pas prise en compte par les personnels de soins. Cet obstacle peut cependant être levé si des informations sur les objectifs et les modalités du dépistage sont diffusées aux femmes (Dumont *et al.*, 2017) de manière adaptée. Le manque de confiance envers les professionnels de santé et leur image négative (Mestre, 2014) constituent une des raisons pour lesquelles les femmes se tournent vers les tradipraticiens. Est ici en question la qualité de la relation et de la communication entre soignant et soigné, dont dépend le succès thérapeutique (Libert & Reynaert, 2009). La volonté et la capacité du soignant à expliquer et informer le patient sur son état caractérisent entre autres une communication efficace en matière de soins (Gromb, 2003). Il apparaît cependant que la manière dont le dépistage est pratiqué ainsi que les discours des médecins

¹². Et à un coût bien moindre que le coût auquel elles ont dû faire face à l'hôpital. En effet, les lésions précancéreuses, lorsqu'elles sont traitées à leur début, sont généralement soignées par cryothérapie, un procédé thérapeutique gratuit. Les consommables nécessaires, tels que les gants et les compresses, sont par contre à la charge de la femme.

lors du diagnostic et des soins sont peu adaptés au ressenti et à la sensibilité des femmes. En effet, au vu des moyens limités des médecins pour diagnostiquer un cancer par des examens paracliniques, le diagnostic est le plus souvent posé à partir des symptômes cliniques des patients ; ceci peut conduire à des erreurs diagnostiques. La qualité de la communication entre le personnel de santé et les femmes est souvent défaillante, ce qui peut amener une femme à mal comprendre le diagnostic, voire à s'éloigner du système de santé biomédical (Michel, 2014). Expliquer la maladie et les enjeux du traitement, donner des informations sur la prise en charge (procédés thérapeutiques, dépenses à prévoir, calendrier) sont des aspects essentiels, qui restent largement insuffisants dans les cas rencontrés.

En termes de retard aux soins, le manque de moyens financiers est significatif. Presque toutes les femmes enquêtées ont évoqué cette difficulté et affirment avoir consulté dans le service spécialisé après une longue période de préparation financière. Cette limite financière est une des causes du retard au diagnostic et à la prise en charge des cancers à Madagascar (Lavergne, 2007). Comme dans d'autres pays en développement (Mambu Nyangi *et al.*, 2010), le recours à la biomédecine devient inéluctable seulement quand les symptômes sont extrêmes et les différents recours thérapeutiques ne les ont pas apaisés, et quand les moyens financiers sont réunis pour consulter dans un service médical.

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus reste un problème de santé publique à Madagascar. Quelques années après le lancement de la politique de lutte contre ce cancer, les centres de santé de base ne sont pas habilités à pratiquer le dépistage, et les quelques centres qui proposent le dépistage déplorent le faible nombre de femmes venant se faire dépister. Dans le même temps, l'unique service public d'oncologie de Madagascar situé à l'hôpital Ravoahangy Andrianavalona reçoit un nombre important de femmes souffrant d'un cancer du col à un stade avancé. Plusieurs facteurs sous-tendent cette situation : facteurs économiques, sociaux et culturels. Le programme de lutte lui-même est confronté à des difficultés financières tandis que les connaissances des femmes sur le cancer du col et le dépistage restent faibles dans un pays où la médecine traditionnelle est encore profondément ancrée dans les pratiques thérapeutiques (Pierlovisi & Pourchez, 2014). Des recours simultanés à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne dans le cadre d'une complémentarité des soins sont fréquents. Ces facteurs influent sur le délai de l'établissement du diagnostic ainsi que la prise en charge des pathologies cancéreuses du col. Miser sur un fort programme d'information, d'éducation et de communication, à destination des populations mais aussi des professionnels, dont les compétences sont insuffisantes, constitue une stratégie clé dans la lutte contre cette maladie.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BADET-PHAN A., MOREAU A., COLIN C., CANOUI-POITRINE F., SCHOTT-PETHELAZ A.M., FLORI M., 2012. « Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans », *Pratiques et organisation des soins*, 43, 4, 261-268
- BOUSLAH S., SOLTANI M.S., SALAH A.B., SRIHA A., 2014. « Connaissances, attitudes et pratiques des femmes tunisiennes en matière de dépistage du cancer du sein et de celui du col de l'utérus », *Psycho-Oncologie*, 8, 2, 123-132
- DOMINGO E.J., DY ECHO A.V., 2009. « Epidemiology, prevention and treatment of cervical cancer in the Philippines », *Journal of Gynecologic Oncology*, 20, 1, 11-16
- DUMONT A., BESSIERES N., BENBASSA A., RAZAFINDRAFARA G., RABEARISON F., PHILIPPE H.J., 2017. « Dépistage du cancer du col utérin en milieu rural à Madagascar : faisabilité, couverture et incidence », *Revue de médecine périnatale*, 9, 25-31
- FAINZANG S., 1986. *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FRANCKEL A., 2004. *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de sociologie, Université de Nanterre - Paris X, 327 p.
- GROMB S., 2003. « L'évolution du droit à l'information du patient », *La Presse médicale*, 32, 12, 535-537
- LAVERGNE L., 2007. *Accès aux médicaments anticancéreux dans les pays en développement d'Afrique Sub-saharienne*, Thèse de Sciences pharmaceutiques, Université de Grenoble, 201 p.
- LIBERT Y., REYNAERT C., 2009. « Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin », *Psycho-oncologie*, 3, 3, 140-146
- MAMBU NYANGI M., MALENGREAU M., KALAMBAYI P.K., DIMOMFU B.L., 2010. « Les retards de recours et de soins à Kinshasa en cas de maladie sévère chez la femme en âge de procréer », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58, 3, 189-196
- MATTERN C., POURLETTE D., RABOANARY E., KESTEMAN T., PIOLA P., RANDRIANARIVELOJOSIA M., ROGIER C., 2016. « 'Tazomoka is not a problem'. Local perspectives on malaria, fever case management and bed net use in Madagascar ». *PLoS ONE*, 11, 3, e0151068, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151068>
- MESTRE C., 2003. « Recouvrement des coûts, accès aux soins et enjeux politiques à Madagascar (Toamasina) ». In : I. GOBETTO (dir.), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*, Paris, MSHA-Karthala, p. 109-128
- MESTRE C., 2014. *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, Paris, L'Harmattan.
- MICHEL P., 2014. « Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 24-25, 410-416
- PIERLOVISI C., POURCHEZ L., 2014. « Traditional Medicine in Madagascar - Current Situation and the Institutional Context of Promotion », *Health, Culture and Society*, 7, 1, 16
- RIVERS W.H.R., 1924. *Medicine, magic and religion*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.
- SANCHO-GARNIER H., LANCRY P.J., FAGNANI F., 1992. « Le dépistage des cancers : pour que la fin justifie les moyens », *Médecines/Sciences*, 8, 1, 10-15

