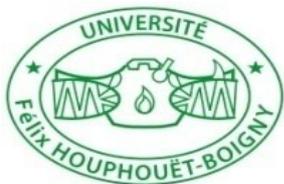


Université Félix Houphouët-Boigny

Institut d'Ethnosociologie



**UFR : Science de
l'Homme et de la Société
Département de Sociologie**



MÉMOIRE DE MASTER

Option : Sociologie de la société, de la santé et du vieillissement.

Sujet :

**LES REPRÉSENTATIONS ET LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES
DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS :
CAS DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CANCEROLOGIE DU
CHU DE TREICHVILLE**

Présenté par :

CHECROUA Florentine Doria

Sous la Direction de :

Dr ESSE-DIBY CLÉMENCE

Maître-Assistante

Sous la supervision de :

Prof DAYORO ARNAUD KEVIN

Maître de conférences

Année Académique : **2017-2018**

**LES REPRÉSENTATIONS ET LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES
DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS :
CAS DU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET DE CANCEROLOGIE DU
CHU DE TREICHVILLE**

Présenté par :

CHECROUA Florentine Doria

Sous la Direction de :

Dr ESSE-DIBY CLÉMENCE

Maître-Assistante

Sous la supervision de :

Prof DAYORO ARNAUD KEVIN

Maitre de conférences

DÉDICACE

A

Ma mère Kouassi Affoue Suzanne.

Mon père Kouassi Checroua Élisée.

Ma fille Ayanna Yao

Recevez toute ma gratitude !

REMERCIEMENTS

La production de ce travail a vu la participation de plusieurs acteurs. Nous tenons à exprimer notre sincère gratitude à toutes ces personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Ainsi, nos premiers remerciements vont à l'endroit du professeur Dayoro Arnaud Kevin, Maître de conférences qui a bien voulu superviser notre travail de recherche. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude.

Nous disons également merci au Docteur ESSE Diby Clémence, Maître-assistante à l'Institut d'Ethnosociologie, qui a bien voulu accepter l'encadrement de ce présent travail en tant que Directeur de recherche. Docteur, nous tenons à vous exprimer une fois de plus notre profonde gratitude pour vos conseils et observations objectives pendant la réalisation de ce mémoire.

Nos sincères remerciements sont également adressés à Docteur KOFFI Ebenezer, Maître-assistant à l'Institut d'Ethnosociologie pour son assistance et son soutien moral tout au long de ce travail.

Aussi, tenons-nous à exprimer notre reconnaissance au professeur N'GUESSAN Edouard et au professeur TOURE Moctar ainsi qu'aux docteurs DIA Jean Marc, TELA Simo Gilbert, YEO, OSENNI Akandje tous médecins au CHU de Treichville aux services de Gynécologie et de cancérologie.

Nous remercions aussi les docteurs COMOIE et N'DA Guy du PNLCA. Merci au docteur ADAÏ Venance et à l'infirmier Essoh du CHU de Treichville.

Nous portons également un regard de gratitude à tous nos parents et amis pour leur soutien moral, financier et matériel pendant la réalisation de ce mémoire.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AILC	: Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer
APAAC	: Aidons les Personnes Atteintes ou Affectées par le Cancer
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CHU-T	: Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville
CG	: Conseil de Gestion
CME	: Commission Médicale de l’Etablissement
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CTE	: Commission technique de l’établissement
DMS	: Direction Médicale et Scientifique
EPIC	: Etablissement Public à Caractère Commercial
IB	: Initiative de Bamako
IES	: Institut d’Ethnosociologie
INHP	: Institut National d’Hygiène Publique
INSP	: Institut National de Santé Publique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PNLCa	: Programme National de Lutte contre le Cancer
PTME	: Prévention de la Transmission Mère/Enfant du VIH
SACE	: Service Autonome de Contrôle et de l’Evaluation
SCRIP	: Service de Communication et des Relations Publiques
SSP	: Soins de Santé Primaires
USR	: Unité de Soins et de Recherche
VPH	: Virus Papillome Humain

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : RECAPITULATIF DE L'OPERATIONNALISATION DE LA VARIABLE DEPENDANTE.....	33
TABLEAU II : RECAPITULATIF DE L'OPERATIONNALISATION DE LA VARIABLE INDEPENDANTE.....	34
TABLEAU III: RECAPITULATIF DU NOMBRE DE PARTICIPANTS A L'ETUDE (ENQUETE PERSONNELLE2018).....	46
TABLEAU IV: EFFECTIF DU PERSONNEL DU SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE EN 2018.....	61

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PRÉMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	9
I- CADRE THEORIQUE.....	10
I-4- REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE.....	18
II- LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE.....	35
DEUXIÈME PARTIE : LA PRÉSENTATION DU TERRAIN DE L'ÉTUDE	47
I- LE CHU DE TREICHVILLE.....	49
II- LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU DE TREICHVILLE	56
III- LE SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE....	59
TROISIÈME PARTIE : LA PRÉSENTATION DES RESULTATS DE L'ÉTUDE	61
I- LES PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES AUTOUR DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	62
II- LES ITINÉRAIRES THERAPEUTIQUES DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	67
III- RESULTATS DISCUTES.....	73
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	84
TABLE DES MATIÈRES	91

INTRODUCTION

Les maladies chroniques constituent un véritable problème de santé publique sur lequel il est important de jeter un regard. Parmi ces maladies, figure le cancer qui constitue la deuxième cause de décès dans le monde en faisant 8.8 millions de morts en 2015. Par ailleurs, dans les régions africaines, 23 femmes sur 100 000 en meurent chaque année (OMS, 2015).

En Afrique, les infections par le Virus Papillome Humain (VPH) causent environ 68 000 cas de cancer du col de l'utérus chaque année.

En Côte d'Ivoire, le cancer est un problème de santé publique et celui du col de l'utérus représente le deuxième cancer chez la femme après celui du sein selon les dernières estimations du registre de cancer d'Abidjan. On compte en 2018, une fréquence de 25,62% de tous les cancers de la femme, 1789 nouveaux cas et une incidence de 28,6 pourcent mille femmes et un taux de mortalité de 24.1 pourcent mille.

En effet, le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne (la prolifération anarchique et incontrôlée des cellules d'un tissu ou d'un organe) qui se développe à partir des cellules du col de l'utérus, qui constitue l'entrée de l'utérus, situé dans le vagin. Le col est formé d'une charpente faite d'un tissu conjonctif ou tissu de soutien, elle-même recouverte d'un épithélium (Coulomb, 2001). Ce cancer est intimement lié au comportement sexuel et aux infections sexuellement transmissibles par certains types de virus (Gercor, 2012). Les facteurs de risques sont essentiellement : une première relation sexuelle à un jeune âge, plusieurs partenaires sexuels, le vieillissement, l'infection par le *humane papillomavirus* (HPV), le tabagisme. Par ailleurs, Il existe deux principaux types de cancer du col utérin : dans deux tiers des cas il s'agit d'un carcinome épidermoïde qui se développe à partir du revêtement épithélial du col ; dans moins d'un cas, il s'agit d'un adénocarcinome qui se développe à partir du revêtement glandulaire du col (Patrick Petignat et Michel Roy, 2007). Ce

cancer s'observe généralement chez les femmes âgées entre 45 et 60 ans. Mais il peut aussi être détecté chez des femmes plus jeunes ou parfois plus âgées.

Les questions de représentations et de la prise en charge sociale des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus se présentent toujours comme un sujet d'intérêt pour nos pays. Etant donné que le volet médical à lui seul s'avère limité pour cerner tous les contours du phénomène, il est nécessaire de prendre en compte tous les aspects en général et le volet socioculturel en particulier. Ce présent travail s'inscrit dans la sociologie de la santé. En effet, les femmes atteintes de cette maladie en Côte d'Ivoire empruntent différents parcours de soin en fonction de l'idée qu'elles se font de leur maladie.

La présente étude se propose d'analyser les représentations et les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus au CHU de Treichville.

Le travail qui suit comporte trois parties :

La première partie qui est le cadre théorique et méthodologique est composée de deux chapitres à savoir : chapitre 1 (le cadre théorique) et chapitre 2 (le cadre méthodologique).

La deuxième partie consiste à la présentation du CHU de Treichville puis du service de gynécologie-obstétrique et de cancérologie qui nous ont servi de terrain d'étude.

La troisième partie consiste quant à elle à présenter et à discuter les résultats de notre étude c'est-à-dire les représentations et les logiques sociales du choix d'itinéraire thérapeutique pluriel des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

PRÉMIÈRE PARTIE :

**CADRE THÉORIQUE
ET MÉTHODOLOGIQUE**

I-CADRE THEORIQUE

I-1-JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie qui prend de l'ampleur en Côte d'Ivoire. En effet, c'est le second cancer chez la femme après celui du sein selon les dernières statistiques faites en 2018 par le registre de cancer d'Abidjan.

De ce fait, l'Etat ivoirien à travers le PNLCa a fait de la lutte contre le cancer une véritable priorité à travers les campagnes de sensibilisation et de dépistage; Aussi, plusieurs ONG et associations telles l'association Ivoirienne de lutte contre le cancer (AILC), l'association Aidons les Personnes Atteintes ou Affectées du Cancer en Côte d'Ivoire (APAAC), l'ONG Soletterre et l'ONG Action Cancer en Afrique mènent également des actions pour la prévention et la prise en charge des malades du cancer du col.

C'est donc face à l'ampleur et la chronicité de cette maladie qui inquiète nos populations que nous jugeons important de mener une étude en vue d'apporter une contribution d'un point de vue sociologique sur ce problème de santé publique en Côte d'Ivoire.

L'intérêt en choisissant de mener une étude en rapport avec cette problématique se situe à deux niveaux :

- La première raison est d'ordre personnel.

Sur un premier plan, ce travail s'inscrit dans un contexte académique, celui de la rédaction du mémoire de master 2.

De plus, un membre de ma famille (ma cousine) en a été une victime et en est décédé et la mère de l'une de mes amies est atteinte de cette maladie.

C'est donc animé de ces motivations que nous voulons dans ce travail mieux cerner les contours de ce problème de santé publique.

La seconde raison, d'ordre scientifique, qui motive le choix de ce sujet est que la problématique relative au cancer du col de l'utérus, qu'elle soit de nature médicale ou sociale, s'inscrit davantage dans les préoccupations scientifiques des chercheurs et continue de faire l'objet de plusieurs travaux, mémoires et thèses. Nous pouvons citer à cet effet, La Thèse de Romaine ROBYR sur le thème : « *Etude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale camerounaise* », la Thèse de doctorat en médecine par ENTRESSENGLE-BARDON Hélène sur le thème : « *quelles sont les représentations du cancer et de ses traitements chez des migrants originaires d'Afriques du Nord et d'Europe du Sud ?* », le Mémoire présenté et soutenu par CHIGNIER Pauline sur le thème : « *Pertinence du dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'un établissement de santé* ». Cela revient à souligner l'intérêt des chercheurs pour ce thème. Toutefois, force est de constater que certaines dimensions (sociale, culturelle, affective, psychologique, relationnelle etc.) ne sont pas le plus souvent prises en compte ; Il s'agira donc pour nous de nous pencher sur le volet sociologique en vue d'aider à l'élaboration des solutions adéquates et plus efficaces pour la gestion de cette pandémie dans laquelle le malade devra apprendre à connaître et /ou comprendre sa maladie, à lutter contre la maladie et à pouvoir s'insérer dans le tissu social malgré les possibles séquelles .

I-2-APPROCHE CONCEPTUELLE

Pour Emile DURKHEIM (1993) : « La première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question ». Dans un souci d'objectivité et pour mieux cerner notre étude, il est nécessaire de définir les termes et concepts essentiels qui composent le sujet de recherche. Il ne s'agit pas d'une simple définition *mais d'une construction afin de rendre intelligible le phénomène a l'étude* (QUIVY R. et

CAMPENHOUDT V. ,2000). Cette action permet comme l'affirme Emile DURKHEIM de nous « éclairer de toutes les prénotions et du sens commun ». Ainsi, il s'agit pour nous d'explicitier et de clarifier le sens de certaines notions qui nous paraissent essentielles pour la compréhension de la question dont traite notre étude.

I-2-1-La représentation

Pour notre étude, nous allons nous intéresser plus précisément à la notion de représentation du point de vu des sciences sociales.

Les sociologues définissent la notion de représentation sociale alors que les anthropologues s'intéressent à la représentation culturelle.

En effet, pour les sociologues, à partir de la notion de représentations collectives d'Emile Durkheim, le psycho-sociologue Serge Moscovici a construit la théorie actuelle de représentations sociales. Il les décrits comme étant «des mélanges de concepts, d'images et de perceptions». «Elle constitue des théories implicites et des préconceptions collectives qui construisent notre perception ». Cet auteur a ainsi contribué à faire de la représentation sociale un véritable objectif d'étude en la sortant de sa condition de «pensée naïve». Il a également mis en évidence le fait primordial que la «perception du monde est toujours une construction en perpétuel mouvement ».

Pour Claudine HERZLICH, sociologue, toute représentation sociale correspond pour chacun «à une perception sélective, schématique du réel. [...] Parmi la diversité des facteurs appréhendés par l'expérience ou l'information, les sujets choisissent certains aspects pour en négliger d'autre, pour donner un sens à la réalité, de façon à anticiper l'avenir».

Plus récemment, la sociologue Denise Jodelet pense que les représentations sociales constituent «une forme de connaissances, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et courante à la construction d'une réalité

commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore naïf, naturel, cette forme de connaissance scientifique».

Par ailleurs, en anthropologie on parle de représentation culturelle. Ici, la représentation n'a pas seulement le rôle de caractériser une société, une culture à une époque donnée, mais l'individu quel que soit le contexte dans lequel il évolue. Elle s'intéresse à l'individu et non plus au groupe social. Elle donne au mot représentation un sens dénué de jugement de valeur.

François Laplantine écrit : «lorsque l'on parle d'étiologie(...) on considère presque exclusivement la seule étiologie scientifique(...) et pratiquement jamais étiologie subjective, mais simultanément sociale, qui est celle des malades eux-mêmes. L'idée largement dominante est que la causalité médicale est indemne de représentation comme si nous éprouvions de la difficulté à admettre que l'interprétation de la maladie est un phénomène social». La représentation plus ou moins consciente qu'un sujet a de la santé, de la maladie et de la médecine comme art de guérir, dépend pour une large part de la, ou des cultures dont il est issu. Cette représentation influence aussi bien son mode de recours au soin que son adhésion aux moyens qui lui sont proposés pour préserver ou améliorer sa santé.

La représentation est donc une «manière de se représenter les choses, le réel. Elle est une idée ou une image».

Dans notre étude, la représentation est l'idéologie, la construction cognitive que le patient se fait de sa maladie, concernant ses causes et son expression.

I-2-2-Itinéraires thérapeutiques

L'itinéraire thérapeutique est un processus dynamique non linéaire de recherche de soins.

Autrement dit, c'est une démarche qui consiste à obtenir des soins dans la cellule familiale, dans la communauté et auprès des structures modernes de santé. Il s'agit d'une typologie des trajectoires suivies (itinéraires thérapeutiques) Population Council, 2009.

En outre, un itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. C'est aussi l'ensemble des étapes de diagnostic et de traitement pour la prise en charge d'un malade.

L'itinéraire thérapeutique est donc un processus dynamique non linéaire de recherche de soins.

Dans le cadre de cette étude, ce concept a été utilisé pour désigner le parcours de soins emprunté par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

I-3-PROBLEMATIQUE

I-3-1- Le contexte de l'étude

Evoluant à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient, les maladies chroniques constituent un défi pour le système de santé tant au niveau de son financement que de l'organisation des soins.

La médecine est confrontée en cette fin de siècle à un important constat: la prévalence des maladies chroniques en général et plus particulièrement de celui du cancer du col de l'utérus est globalement en hausse, la mortalité et les morbidités associées restent importantes malgré le développement et la mise à disposition de traitements particulièrement efficaces.

Les solutions apportées par les programmes sanitaires successifs n'ont historiquement pas permis de répondre aux graves problèmes de santé publique posés par le cancer du col de l'utérus.

IL est actuellement reconnu que les affections chroniques imposent aux thérapeutes de repenser leurs actions au sens où le patient joue un rôle central dans la prise en charge du traitement au quotidien (ASSAL J-Ph., 1996)

En Côte d'Ivoire, l'échec dans la lutte pour baisser le taux de mortalité et de morbidité du cancer s'explique par le décalage entre les recommandations officielles et les pratiques thérapeutiques de la population. Ce constat récurrent est avant tout celui de la faible adhésion de la population aux protocoles de lutte préventifs et curatifs ; mais aussi et surtout celui du parcours de soins choisi par les malades, et ce en fonction des représentations qu'ils se font du cancer du col de l'utérus.

L'individu malade, acteur mais aussi auteur de son histoire, ainsi que son entourage, jouent un rôle très important dans le processus de sa guérison ; il choisit son parcours de soin en fonction des idéologies, des représentations qu'il a de sa maladie.

Il convient donc de se pencher sur le volet socioculturel du cancer du col de l'utérus afin de trouver des solutions efficaces pour une bonne prise en charge de cette maladie ; car, le constat de morbidité et de mortalité du cancer du col de l'utérus peut en partie être expliqué par le manque de considération des aspects sociaux et comportementaux dans la lutte contre le cancer.

Depuis plusieurs années, l'intérêt potentiel de la contribution des sciences sociales aux stratégies de lutte contre le cancer est reconnu. Elles peuvent aider à la compréhension de comportement de recours aux soins ou alors aux choix thérapeutiques des malades et définir les conditions d'acceptabilité des protocoles de soins, WHO (1998). Cependant, dans le même temps, l'apport des

sciences sociales à la lutte contre le cancer reste nettement insuffisant, en particulier en raison de la qualité et de la pertinence des données disponibles. (William et Al., 2003).

Il apparaît dès lors nécessaire de dégager des connaissances sur le volet socioculturel du cancer, sur les représentations des femmes qui en sont atteintes et sur leur choix d'itinéraires thérapeutiques pour le traitement de leur maladie.

I-3-2- Constats de recherche

En Côte d'Ivoire, le cancer du col de l'utérus est un véritable problème de santé publique. Selon le Globocan 2018, Il représente le second cancer chez la femme après celui du sein ; en effet, il est enregistré en 2018, 1789 nouveaux cas de femmes atteintes de cancer du col de l'utérus avec une fréquence de 25.62% de tous les cancers de la femme et une incidence de 28.6 pour cent mille. Aussi, on enregistre 1448 décès dans la même année, soit, un taux de mortalité de 24.1 pour cent mille femmes.

Aussi, dans la ville d'Abidjan capitale économique de ce pays, on enregistre de 2014 à 2015, 565 nouveaux cas avec une incidence de 30.5 pour cent mille femmes et un risque cumulé de 3.6% sur le plan national, c'est-à-dire quatre femmes sur cent sont atteintes du cancer du col de l'utérus dans ce pays (Le dernier rapport du registre du cancer à Abidjan, 2016).

Face à ce fléau qui menace la Côte d'Ivoire, l'Etat ivoirien a mis en place une politique de lutte contre cette maladie à travers la prévention et le traitement.

Au niveau de la prévention, elle se fait à travers la sensibilisation et le dépistage. A cet effet, plusieurs campagnes de sensibilisations et de dépistage ont été menées à travers le pays.

Par ailleurs, pour ce qui est du traitement du cancer du col, la Côte d'Ivoire, propose la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et les soins palliatifs.

La chirurgie peut se faire par les gynécologues, les chirurgiens, les oncologues. La chimiothérapie quant à elle ne se fait qu'au service de cancérologie du CHU de Treichville et au service de Gynécologie du CHU de Yopougon. La radiothérapie se fait au centre de radiothérapie qui se trouve au sein du CHU de Cocody. Pour les soins palliatifs, ils se font essentiellement au service de cancérologie du CHU de Treichville.

En outre, il faut noter que les femmes ne se représentent pas toutes le cancer du col de l'utérus de la même manière, et certaines ignoraient même l'existence de cette maladie avant leur arrivée au CHU de Treichville ; elles associaient donc leur maladie à d'autres maladies qu'elles connaissent déjà.

Toutefois, malgré les programmes qui sont mis en place par l'Etat de Côte d'Ivoire pour prendre en charge cette maladie, les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus recourent aussi à d'autres itinéraires thérapeutiques ou alors elles combinent médecine moderne et médecine traditionnelle.

Or il s'avère que l'usage de la médecine traditionnelle dans le traitement du cancer du col de l'utérus est proscrit par les spécialistes de la médecine moderne ; car ceux-ci la considère comme informelle et ne disposant pas des moyens et d'équipements adéquats pour en assurer une guérison totale.

I-3-3- Problème de recherche

En dépit de la prise en charge totale du cancer du col de l'utérus par la médecine moderne ou conventionnelle, les femmes atteintes de cette maladie recourent à d'autres itinéraires thérapeutiques en fonction de la représentation qu'elles se font de leur maladie.

I-3-4- Questions de recherche

Quelles sont les représentations sociales du cancer du col de l'utérus et comment ces représentations influencent-elles le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes de cette maladie ?

De cette question découlent deux autres questions subsidiaires à savoir :

- Quelles sont les représentations socioculturelles du cancer du col de l'utérus ?
- Quelles sont les logiques sociales qui sous-tendent le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus ?

I-4- REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE

Il s'agit ici de faire l'état des lieux de la question en parcourant les écrits qui ont abordé le problème qui fait l'objet de cette étude c'est-à-dire l'analyse des logiques sociales de la représentation plurielle du cancer du col de l'utérus et du recours à plusieurs itinéraires thérapeutiques de cette maladie par les femmes qui souffrent de cette maladie au CHU de Treichville.

La synthèse de ces différents travaux a été classée par thématique qu'il s'agira de décortiquer.

I-4-1- Les représentations sociales sur le cancer du col de l'utérus

Selon une étude menée par MEDINA A.M (2007)) à Bogota, le cancer est vu d'abord comme une « entité vivante distincte du malade avec des traits zoomorphes. Il est par exemple dessiné comme un monstre avec des cornes et des crocs dévorants la population ». Le cancer est aussi représenté par des objets symbolisant la mort « une faucille, une horloge, une croix, un cimetière ». Il en

ressort que le cancer est pour ceux qui le contracte un fatalisme, une invasion, un désespoir, la mort.

Dans la même veine, selon une étude menée par ENTRESSENGLE-BARDON Helene (2009), le cancer est pour les migrants originaires d'Afrique du nord et d'Europe du sud en France, une dualité cancer égal mort. Il en ressort que pour un grand nombre d'individus, toute personne atteinte de cancer est automatiquement condamnée à la mort.

Dans la même optique, Aline Sarradon-Eck (2004) montre qu'étant « une maladie sournoise dans l'imaginaire populaire, le cancer a toujours été une figure du Diable dont le comportement sournois, rusé et hypocrite ressemble aux différentes bêtes maléfiques auxquelles il a été associé (crabe, araignée, serpent, crapaud) ». Il ressort de cette représentation, la peur particulière liée au cancer qui peut frapper n'importe où sur le corps, mais aussi n'importe quand et n'importe qui.

Farida Mecheri(2008) renchérit en montrant que la représentation sociale du cancer dans les dires des usagers montre un brassage entre une image universelle du cancer liée à la mort, à la souffrance et au châtement et une conception sociale et culturelle particulière (mort biologique et mort sociale), la référence religieuse comme une aide et un soutien pour accepter la maladie. Il ressort que les personnes atteintes de cancer souffrent non seulement de la peur de mourir mais aussi d'être exclues de la société alors elles trouvent comme refuge la religion.

Chaudet(2005) pour aller plus loin, parle dans son travail de thèse des représentations des femmes sur le col. En fait, le col est vu comme un appel nourricier et renvoie à l'idée d'une descendance, l'honneur de la famille. Ainsi, lorsque le cancer atteint cet organe, cela est vu comme une maladie honteuse. Pour l'auteur, c'est cette représentation qui influence leurs attitudes face au Frottis qui est l'un des moyens de dépistage du cancer du col.

Selon une publication de la société canadienne de cancer (2007), certains changements comme la perte d'une partie du corps ou des cicatrices chirurgicales sont permanentes. La femme atteinte a besoin de temps pour s'y adapter. Ces malades sont préoccupés par ce que leur conjoints, leurs enfants, d'autres membres de la famille et leurs amis pensent de leur apparence. Ils peuvent craindre que les changements dans leur corps les rendent peu séduisantes, qu'ils effraient les membres de leur famille ou qu'ils nuisent au rapprochement.

De ces études, nous pouvons retenir que le cancer est perçu comme une maladie qui renvoie à la désolation, à la mort physique et à la mort sociale. Il en ressort donc que les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus se représentent leur maladie comme un facteur d'exclusion social, un facteur de perte d'identité, de peur constante, un facteur de perte de vie.

Cependant, ces auteurs dans leurs écrits ne mentionnent pas l'influence ou l'impact de la représentation du cancer du col de l'utérus sur le choix de l'itinéraire thérapeutique, d'où l'utilité de notre étude.

I-4-2- Le choix des itinéraires thérapeutiques

JOHN LIBBEY (2010) révèle l'idée de « la couverture sanitaire» selon lui, les malades choisissent leurs itinéraires thérapeutiques en fonction de l'accessibilité géographique et économique de l'offre de soin.

Dans le même sens, Jean Benoist (1998) va plus loin et parle de l'emprise de la culture sur la maladie. En effet, il soutient que les interprétations étiologiques orientent les itinéraires thérapeutiques et que les signes de la maladie comme les saignements de la femme atteinte du cancer du col par exemple sont rattachés à des explications dans lesquelles la culture tient une grande place. Selon lui, la

conception de la maladie fait l'objet d'un large consensus dans la société et renvoie à un fond culturel.

Quand à Population Council (2009), elle se prononce sur le choix des itinéraires thérapeutiques en soulignant l'influence de l'entourage familiale dans la décision de la trajectoire thérapeutique de la femme atteinte du cancer du col. Il en ressort que la plupart des femmes atteintes du cancer utérin ne vont pas systématiquement au centre de santé pour confirmer leurs maladies mais se basent sur les dires de leurs parents et de leur entourage.

Janzen J.M. (1995) révèle l'idée « du groupe organisateur de la thérapie » selon lui, à chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus est malade et se trouve confronté à des problèmes qui le dépassent, un groupe organisateur de la thérapie se constitue. Il ressort que les différents parents maternels ou paternels, et éventuellement les amis et les associés, s'unissent dans le but d'examiner minutieusement les informations, d'apporter leur support moral, de prendre les décisions qui s'imposent et de mettre au point les détails de la consultation thérapeutique. L'auteur notifie que le groupe organisateur de la thérapie exerce une fonction d'intermédiaire entre le patient et le spécialiste.

I-4-3- Les caractéristiques des pratiques thérapeutiques

Pour rendre compte de la coexistence d'une gamme de thérapies articulées autour de plusieurs systèmes non exclusifs d'interprétation et d'explication de la maladie les études portant sur les comportements de recours au soin en Afrique ont mis en avant la notion de pluralisme thérapeutique. Cette notion renvoie également aux multiples stratégies mises en œuvre par la population pour exploiter au mieux l'intégralité de l'éventail thérapeutique disponible.

En Afrique comme ailleurs, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de perception de la maladie : « les codes de comportements face à la maladie

seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes » Barbieri, (1991, page 23).

Les populations partagent cependant une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine sacrée. C'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine (Hielscher et Al ; 1985).

Quant à Locoh et Al (1995), « les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitement magiques associés parfois à des plantes médicinales » pour eux, les centres de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter les maladies efficaces et passagères, mais inopérantes sur des maladies provoqués par Dieu, les esprits ou la sorcellerie.

Cependant, les stratégies thérapeutiques ne sont pas exclusivement construites à partir des catégories générées par les systèmes nosologiques. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est fréquent que l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle à l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (Ryan ; 1998).

Dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, la recherche auprès d'un thérapeute naturel, d'une explication ou d'une protection magique pour une maladie « n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques » (Adjamagbo et Al ; 1999).

Les thématiques abordées sur les logiques sociales de la représentation plurielle du cancer du col de l'utérus, le recours à plusieurs itinéraires thérapeutiques et les caractéristiques des pratiques thérapeutiques permettent plus ou moins d'avoir un certain nombre d'éclairage sur le phénomène.

Bien vrai que ces travaux abordent certains points qui concernent la présente investigation, mais ils traitent de la maladie, du cancer en général, et non d'un type de cancer bien précis voir du cancer du col de l'utérus particulièrement. En outre, les écrits sociologiques sont véritablement en manque sur ce phénomène et ces études ne concernent pas toujours un cadre géographique particulier mais elles sont plus d'un point de vue global.

Ainsi, les travaux passés en revue se limitent généralement à des analyses orientées sur les productions idéologiques du cancer d'un point de vu général, dans le monde, sur les relations entre les malades et les médecins en général et sur les facteurs qui influencent le choix des itinéraires thérapeutiques des maladies en générale. En effet, les réflexions développées plus haut ne jettent pas un regard critique sur le cancer du col de l'utérus en particulier et sur l'itinéraire thérapeutique chez les femmes de cette maladie au CHU de Treichville.

I-5- CADRE DE REFERENCE THEORIQUE

Le travail scientifique nécessite le choix d'un cadre théorique en rapport avec le thème de recherche. Il s'agit donc d'explorer les constructions théoriques déjà énoncées. Ce qui nous a conduit au choix de la théorie de la représentation sociale.

- **La théorie de la représentation sociale**

Les représentations sociales imposent à l'individu des manières de penser, d'agir et se matérialisent dans les institutions sociales au moyen des règles sociales, morales, juridiques.

Pour Jodelet (1985), le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus

manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensées pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde .et les autres.

Quant à Fischer (1987), la représentation sociale

est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales.

Pour Michèle Jouet (2006), la représentation sociale est un mode spécifique de connaissance. Dans un groupe social donné, la représentation d'un objet correspond à un ensemble d'informations, d'opinions et de croyances relatives à cet objet. La représentation va fournir des notions prêtes à l'emploi, et un système de relations entre ces notions permettant aussi, l'interprétation, l'explication et la prédiction. Travailler sur une représentation, c'est : « observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société ; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, psychologiquement l'image de ces objets sociaux» (Herzlich ; 1969). « La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique» (Abric ; 1987).

C'est à un sociologue français que l'on doit l'invention du concept de représentation : Durkheim (1898). Il abandonne la notion de représentation

collective pour s'intéresser aux représentations sociales, il essaye de voir en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux, joue un rôle dans la pratique social. Il propose la notion de représentation collective pour expliquer divers problèmes d'ordre sociologique. Selon Durkheim, la société forme un tout, une entité originale, différente de la simple somme des individus qui la compose. En parlant de représentation collective, Durkheim fait apparaître une idée de contrainte sur l'individu : la représentation impose à l'individu des manières de penser, d'agir et se matérialise dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques. On retiendra de Durkheim, l'idée d'une supériorité des éléments sociaux : conscience collective, et représentation collective, sur les éléments individuels.

Jean Piaget (1896-1980), a montré la présence de cette mentalité magique chez l'enfant et son accession progressive à la pensée rationnelle à l'âge de raison avec l'aide d'une éducation scientifique et technique. Ainsi apparaît derrière le cadre social, sa dynamique et son évolution.

C'est à Moscovici (1961), que l'on doit la reprise et le renouveau des acquis Durkheimiens. Selon lui «les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser, les conduites et orienter les communications». Ces savoirs naturels constituant les spécificités des groupes sociaux naturels constituant les spécificités des groupes sociaux qui les ont produits. Les constituants de la représentation sociale. Dans la plupart des définitions psycho-sociales des représentations, on retrouve trois aspects caractéristiques et interdépendants :

- la communication, en ce sens que les représentations sociales offrent aux personnes «un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde et de leur histoire individuelle ou collective» (Moscovici ; 1961).

- la reconstruction du réel : « Les représentations nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours ; dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux et le cas échéant de prendre une position à leurs égards et de la défendre » ; Jodelet (1992).

- La maîtrise de l'environnement par le sujet : l'ensemble de ces représentations ou de ces connaissances pratiques permet à l'être humain, de se situer dans son environnement et de le maîtriser. Il s'agit là d'une dimension plus concrète que les précédentes, parce que la maîtrise de l'environnement nous renvoie en partie, à l'utilité sociale de la notion de représentation. Ces différentes fonctions sont :

- La fonction de code commun : les représentations dotent les acteurs sociaux d'un savoir qui est commun, donc partagé, ce qui facilite la communication. Cette fonction de communication va permettre de comprendre et d'expliquer la réalité.

- La fonction d'orientation des conduites : elles guident les comportements et les pratiques. La fonction de justification : elles permettent à posteriori, de justifier les prises de position et les attitudes.

- La fonction identitaire : elles permettent de définir l'identité d'un groupe professionnel ou social.

La théorie de la représentation sociale dans cette étude va nous permettre de mettre en exergue l'image que les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus se font de leur maladie et comment la société influence leur manière de penser et d'agir.

Ainsi, en référence à cette approche théorique, l'étude sur les représentations et itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus se propose : d'identifier les productions idéologiques de ces femmes, et de montrer comment elles influencent le choix de leurs itinéraires thérapeutiques.

I-6-OBJECTIFS DE L'ETUDE

I-6-1- Objectif général

Cette étude vise à analyser les représentations et les logiques sociales qui sous-tendent l'itinéraire thérapeutique pluriel des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

I-6-2- Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques qui découlent de l'objectif général tournent autour de deux points :

- Cerner les représentations socioculturelles du cancer du col de l'utérus.
- Déterminer les logiques sociales qui sous-tendent le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

I-7- MODELE D'ANALYSE

I-7-1- Hypothèse de recherche

L'hypothèse qui sous-tend les grandes articulations de cette étude est le choix pluriel d'itinéraire thérapeutique des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus s'explique par la représentation qu'elles se font de leur maladie.

I-7-2- Définitions des concepts

Pour Emile DURKHEIM (1993): « La première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question ». Dans un souci d'objectivité et pour mieux cerner notre

étude, il est nécessaire de définir les termes et concepts essentiels qui composent le sujet de recherche. Il ne s'agit pas d'une simple définition mais d'une construction afin de rendre intelligible le phénomène à l'étude (QUIVY R. et CAMPENHOUDT V. 2000). Cette action permet comme l'affirme Emile DURKHEIM de nous « *éclairer de toutes les prénotions et du sens commun* ». Ainsi, il s'agit pour nous d'explicitier et de clarifier le sens de certaines notions qui nous paraissent essentielles pour la compréhension de la question dont traite notre étude.

I-7-2-1- La médecine moderne

La médecine moderne se fonde sur un paradigme empirique de nature scientifique : son savoir se fonde sur des connaissances anatomiques et physiologiques reliant les symptômes aux traitements. Emancipé des dimensions et régit par un code spécifique, l'activité de la médecine scientifique se limite à la dimension biologique, elle est impersonnelle et ne vise pas à prendre en charge les aspects sociaux et culturels de la maladie (Benoist 1996). La pratique biomédicale repose sur un diagnostic, établi sur la base de l'examen d'une série de signes cliniques pouvant être confirmé par des examens biologiques.

La médecine moderne est la science et la pratique étudiant l'organisation du corps humain, son fonctionnement normal, et cherchant à préserver la santé par la prévention et le traitement des maladies. Elle est perçue comme la médecine conventionnelle, celle qui dispose des meilleurs moyens dans le traitement de la maladie chez l'homme du fait de sa scientificité.

Dans notre étude, il s'agira de l'usage de la médecine moderne dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

I-7-2-2- La médecine traditionnelle

De manière générale, Foster et Anderson (1978) définissent la médecine traditionnelle comme la totalité des savoirs, valeurs, connaissances en santé, croyances, compétences et pratiques des membres d'une société y compris toutes les activités cliniques et non cliniques liées à ses besoins de santé.

La définition de l'OMS précise qu'elle comprend diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plante d'animaux et /ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqué seul ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie mais aussi protéger du mauvais sort ou des ennemis. Plantes et animaux sont donc utilisés non seulement pour leurs vertus thérapeutiques mais aussi pour leur importance culturelle et religieuse.

Anyinam (1995) rappelle qu'un certain nombre d'animaux sauvages sont utilisés dans les festivités et cérémonies religieuses ou culturelles pour contribuer à la bonne santé de la communauté.

Mis à part cela, l'environnement naturel est source de piété (Wright, 1966). Il contient des lieux sacrés dans lesquels les tradipraticiens en communiquant avec les esprits peuvent obtenir des pouvoirs surnaturels pour guérir.

Pour notre étude, il s'agit de l'usage de médicaments traditionnels dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

I-7-2-3- Combinaison de la médecine moderne et traditionnelle

La combinaison de deux ou plusieurs médecines appelée combinaison thérapeutique ou le traitement combiné consiste à mettre à profit l'association synergétique ou additive de deux médicaments ou davantage, afin d'améliorer

leur efficacité thérapeutique et de retarder l'apparition d'une résistance à chacun des constituants de cette association.

Un traitement combiné consiste dans l'administration simultanée d'au moins deux médicaments dont les modes d'actions sont indépendants (OMS, Avril 2001).

Selon Yaméogo (2004), cette pratique consiste à recourir de manière simultanée ou successive à plusieurs offres de soins qui s'appuient sur des théories étiologiques, sur des références symboliques et sur des croyances bien distinctes. Il s'agirait d'un recours parallèle à des systèmes de soins reposant sur des références symboliques et des croyances très différentes.

Dans notre cas, il s'agit précisément de la combinaison de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

I-7-3- Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche

Pour cette étude, l'hypothèse qui nous servira est la suivante :

Le recours à plusieurs itinéraires thérapeutiques par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus s'explique par le fait qu'elles se présentent leur maladie différemment.

Ici, l'hypothèse dégage deux variables à savoir les itinéraires thérapeutiques pluriels qui constituent la variable dépendante ou la variable à expliquer et les représentations qui constituent la variable indépendante ou la variable explicative.

Afin d'étudier concrètement les représentations et les itinéraires thérapeutiques pluriels des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, l'on procédera à l'identification et à l'analyse des indicateurs à travers les dimensions.

-Dimension et indicateurs du concept d'itinéraires thérapeutiques pluriels :

- La dimension cognitive

Cette dimension traduit les idéologies, les perceptions et les représentations sociales des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. Les indicateurs de cette dimension sont :

- la fréquentation des médecins pour les consultations
- la fréquentation des thérapeutes traditionnels pour les consultations
- le recours aux thérapeutes modernes et traditionnels en cas de besoin ou de complication

- La dimension symbolique

Cette dimension renvoie à la manifestation visible des faits c'est-à-dire les pratiques sociales visibles. Les indicateurs de cette dimension sont les suivantes :

- les types de soins et de médicaments issus de la médecine moderne ;
- les types de soins et de médicaments issus de la médecine traditionnelle ;
- les comportements ou les pratiques liées à la combinaison de la médecine moderne et traditionnelle.

- La dimension normative

Cette dimension renvoi aux règles et normes qui structurent et orientent les pratiques. Elle a pour indicateurs :

- les normes et les règles liés à l'usage de la médecine moderne ;
- les normes et règles liés à l'usage des soins traditionnels ;
- Les normes et les règles liés à l'usage conjoint de la médecine moderne et traditionnelle.

Pour appréhender concrètement le concept de représentations, l'on procédera à l'identification et à l'analyse des indicateurs à partir des dimensions.

-Dimensions et indicateurs du concept de représentations:

- La dimension idéologique

Cette dimension traduit les perceptions, les idéologies, les représentations sociales des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus sur leur maladie. Les indicateurs de cette dimension sont :

- Les perceptions et les représentations sur le cancer du col de l'utérus ;
- Les perceptions et les représentations des médecines modernes et traditionnelles ;
- Les perceptions et les représentations de la combinaison de ces deux formes de médecines.

- La dimension symbolique

Cette dimension renvoie à la manifestation visible des faits c'est-à-dire les pratiques sociales visibles. Les indicateurs de cette dimension sont les suivantes :

- Les comportements liés à l'utilisation des médicaments modernes ;
- les comportements ou pratiques liées à l'usage des médicaments traditionnels ;
- Les comportements liés à l'usage des médicaments modernes et traditionnels.

- La dimension structurelle

Cette dimension concerne les types de rapports entre les différents acteurs sociaux. Les indicateurs de cette dimension sont :

- les formes de communications et les types de rapports avec l'entourage familial ;
- les formes de communications et les types de rapports avec les agents de santé moderne ;
- les formes de communications et les types de rapports avec les thérapeutes traditionnels.

- les formes de communications et les types de rapports entre les agents de santé moderne et les thérapeutes traditionnels.

L'opérationnalisation de l'hypothèse est récapitulée dans les tableaux ci-après. Ainsi, ce tableau présente tous les détails, en ce qui concerne les trois variables ou concepts qui structurent l'hypothèse de l'étude.

Tableau I: Récapitulatif de l'opérationnalisation de la variable dépendante

CONCEPT	DIMENSIONS	INDICATEURS
Itinéraires thérapeutiques pluriels	Cognitive	-la fréquentation de l'hôpital pour les consultations. -la fréquentation des thérapeutes traditionnels pour les consultations -le recours conjoint aux thérapeutes modernes et traditionnels. Le recours à la religion.
	Symbolique	-les types de soins et de médicaments issus de la médecine moderne -les types de soins et de médicaments issus de la médecine traditionnelle -les comportements ou les pratiques liés à la combinaison de la médecine moderne et traditionnelle
	Normative	-les normes et les règles liés à l'usage de la médecine moderne ; -les normes et règles liés à l'usage des soins traditionnels ; -les normes et les règles liés à l'usage conjoint de la médecine moderne et traditionnelle.

Tableau II: Récapitulatif de l'opérationnalisation de la variable indépendante

CONCEPT	DIMENSIONS	INDICATEURS
Les représentations	Idéologique	<ul style="list-style-type: none"> - les représentations sur le cancer du col de l'utérus -les représentations sur les médecines modernes et traditionnelles -les représentations sur la combinaison de ces deux formes de médecines
	Symbolique	<ul style="list-style-type: none"> -les comportements liés à l'utilisation des médicaments modernes -les comportements ou pratiques liées à l'usage des médicaments traditionnels -les comportements liés à l'usage des médicaments modernes et traditionnels
	Structurelle	<ul style="list-style-type: none"> -les formes de communications et les types de rapports avec l'entourage familial -les formes de communications et les types de rapports avec les agents de santé moderne -les formes de communications et les types de rapports avec les thérapeutes traditionnelles

II- LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE

Ce volet de notre étude renvoie à la délimitation du champ d'investigation (zone de l'étude), à la présentation de l'échantillon ou la sélection des enquêtés, à la présentation des techniques, des outils de collecte de données et aux conditions de production ou de collecte des données sur le terrain.

II-1-DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION

Dans le but de présenter un travail circonscrit et précis, il nous a semblé nécessaire de délimiter le champ de cette étude à un double niveau à savoir : le niveau géographique et le niveau social.

Il s'agit à ce stade du travail, de préciser et de justifier dans un premier temps, le choix de la zone d'enquête, ou terrain d'étude et de présenter ensuite, le champ social c'est-à-dire l'ensemble des acteurs qui constituent la cible principale, la population de l'étude.

II-1-1- Le champ géographique

Treichville est l'une des 13 communes du district d'Abidjan. Elle est située au sud de la ville et s'étend sur une superficie de 900 hectares. Limitée à l'est par les communes de Marcory et de Koumassi, au nord par celles du Plateau et de Cocody, au sud par la commune de Port-Bouët et à l'ouest par la lagune Ébrié. Selon le Recensement général de la population et de l'habitat 1998, la population de la commune de Treichville était estimée à 120 256 habitants (52 % d'hommes et 48 % de femmes). Les projections de l'Institut national de statistiques estiment cette population urbaine à 177 214 habitants en 2011 (51,74 % d'hommes et 48,26 % de femmes). Le taux de croissance démographique annuel moyen sur les treize dernières années est de 2,92 %. Cette croissance de

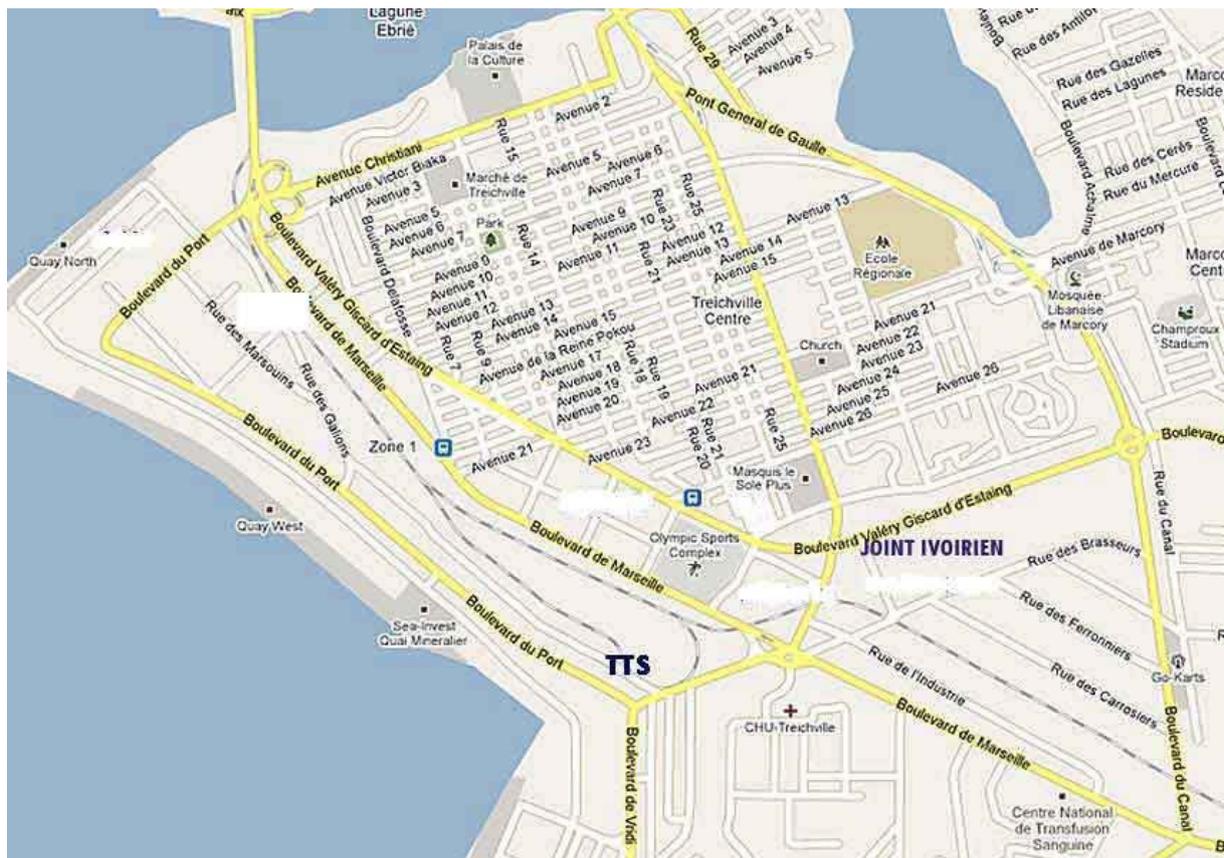
la population peut s'expliquer en partie par les importants flux migratoires dans la commune.

En termes d'infrastructures sanitaires, le district de santé de Treichville dispose d'un hôpital général, d'un dispensaire et d'une Formation sanitaire urbaine, de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et d'un CHU le lieu indiqué pour notre étude.

Le CHU de Treichville est situé dans la commune de Treichville, plus précisément non loin du palais des sports et entre le Centre National de Transfusion Sanguine(CNTS) et l'Institut National de Santé Publique (INSP).Crée en 1938 en tant qu'hôpital dit « annexe » le Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville a acquis le dit statut EN 1976 par le décret n° 76-878 du 22 décembre1976 et a été érigé en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) par le décret n° 84-763 du 6 juin 1984.

Nous avons fait le choix du CHU de Treichville par ce qu'il se présente comme le point de repère dans le traitement du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire car il est la seule structure qui dispose à la fois du registre de cancer de Côte d'Ivoire, d'un service de cancérologie et de gynécologie-obstétrique qui prennent en charge cette maladie.

Figure 1 : carte géographique de la commune de Treichville



(BNETD, 2010)

II-1-2-Le champ social

Il s'agit pour nous d'identifier les personnes qui sont en rapport avec la réalité sociale que nous étudions.

Ceci dit, la question que l'on se pose ici est de savoir qui interroger pour la collecte des informations. Il se rapporte à tous ceux qui sont en prise directe et indirecte avec le champ de cette étude. Ainsi, l'étude a concernée (03) catégories d'acteurs dont :

-les malades du cancer du col de l'utérus internés au CHU de Treichville qui constituent notre population cible.

-Le personnel médical assurant la prise en charge des malades du cancer du col de l'utérus c'est-à-dire les gynécologues et cancérologues du CHU de Treichville et les médecins du Programme National de Lutte contre le Cancer qui constituent notre population experte.

-les parents des malades présents sur le site qui constituent notre population témoin.

II-2- LES TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

L'étude s'inscrit dans une perspective qualitative puisqu'elle s'intéresse aux logiques sociales qui sous-tendent la combinaison de la médecine moderne et traditionnelle par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. De ce fait, il a paru nécessaire d'opter pour les techniques suivantes :la recherche documentaire, l'observation directe, l'entretien individuel et approfondis ainsi que l'enregistrement et la retranscription des données du terrain. Aussi, nous avons utilisé comme outils de collecte de données le guide d'entretien.

II-2-1- Les techniques de collecte des données

Cette phase du travail consiste à construire l'instrument capable de recueillir ou de produire l'information nécessaire à l'appréhension de l'objet d'étude.

Pour Bruyen (1974), le pôle technique traite des procédures de recueil d'information, de transformation de celles-ci en données pertinentes à la problématique générale. Il a pour fonction de cerner "les faits" dans des systèmes significatifs, par des protocoles de mise en évidence expérimentale de ces données empiriques. C'est donc le lieu de préciser les diverses techniques utilisées pour collecter les données de cette étude. Ce sont la recherche documentaire, l'observation directe et l'entretien.

II-2-1-1-La recherche documentaire

La recherche documentaire constitue une étape importante de la recherche. Elle est définie par Grawitz (1986) comme la technique qui privilégie la recension et l'accès à ces données. En ce sens, la recherche documentaire permet de prendre connaissance des travaux menés sur le sujet à l'étude. Les documents sont pour la plupart scientifique.

Dans le cadre de cette étude, l'on a eu recours à plusieurs sources d'informations. On peut citer la documentation numérique, elle a été d'un appui capital. En effet, la documentation numérique a permis de consulter des revues, des articles, des rapports d'activités, des mémoires et thèses portant sur le cancer du col de l'utérus.

Ensuite, nous avons parcouru la bibliothèque de l'IES. Cette bibliothèque a permis de consulter des documents théoriques. Ce sont les ouvrages et manuels de base en sociologie.

En somme, cette recherche documentaire a permis, d'une part, d'avoir une meilleure compréhension du sujet. Et, d'autre part, elle a permis une construction sociologique du sujet d'étude c'est-à-dire d'établir les bases théoriques et méthodologiques de cette étude.

Notons que, la recherche documentaire a été effectuée avant, pendant et après l'enquête c'est-à-dire tout au long de l'étude soit pour orienter l'étude soit pour renforcer les données recueillies.

Aussi, il faut noter que la recherche documentaire à elle seule ne suffit pas à cerner le sujet d'où la nécessité d'un contact direct avec son terrain d'étude.

II-2-1-2-L'observation directe

L'observation directe est une technique socio-anthropologique qui permet au chercheur de vivre les réalités de l'objet étudié au cours de l'enquête en vue de saisir l'intelligence des faits observés. Durant l'observation directe, le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés. Elle fait directement appel à son sens de l'observation. Elle est ici importante dans la mesure où, elle est une précaution à prendre pour vérifier s'il y a adéquation entre ce qui est dit et la réalité concrète.

Notre observation nous a permis de voir et d'apprécier les comportements des uns et des autres faces au cancer du col de l'utérus.

Ainsi, les visites effectuées au CHU de Treichville nous ont permis de savoir comment les médecins et les malades se représentent le cancer du col de l'utérus, comment se passe la prise en charge des malades du cancer du col de l'utérus, et la relation qui existe entre les médecins et les malades, entre les malades et leur entourage et entre l'entourage du malade et les médecins.

II-2-1-3- L'entretien individuel et approfondi

C'est un « tête-à-tête oral entre deux personnes ou une personne (ou plusieurs) et un groupe de personnes dont l'une transmet à l'autre des informations recherchées sur un problème précis. C'est un échange au cours duquel l'interlocuteur du questionneur exprime ses perceptions, ses interprétations, ses expériences, tandis que le chercheur par ses questions ouvertes et ses réactions, facilite cette expression, évite que celle-ci s'éloigne des objectifs de la recherche» (Paul N'DA, 2000).

On utilise les entretiens pour obtenir des informations de fait ou d'opinion auprès des acteurs de notre champ d'étude. Ils sont utilisés à des fins de vérification, d'approfondissement et d'exploration.

Dans notre étude, L'obtention des informations a été possible grâce à un guide d'entretien.

Les entretiens nous ont permis de recueillir des informations relatives aux thèmes suivant :

- l'historique et la dynamique du cancer du col de l'utérus,
- les causes de la maladie,
- les institutions en charge du cancer du col de l'utérus à Abidjan et plus précisément dans la commune de Treichville,
- la nature des systèmes de relation qui se créent autour de la maladie,
- les pratiques culturelles et symboliques autour du cancer du col de l'utérus.

II-2-1-4- L'enregistrement et la transcription des données du terrain

Lors des différents entretiens effectués dans cette étude, l'enregistrement a été proposé aux enquêtés. Il consiste à consigner le discours produit lors des entretiens sur un support audio.

Le premier intérêt d'avoir un enregistrement d'un entretien est que cela permet de dépasser les " impressions " qu'on a à l'issue de l'entretien, qui peuvent être fondé sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit (on est souvent marqué par des détails).

L'enregistrement permet de prendre en compte cette dimension émotionnelle de l'entretien. Ensuite, l'enregistrement permet de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté, contre l'interprétation immédiate qu'implique la prise de note. Enfin, le fait d'avoir des citations fideles de la parole des interviewers a servis de "preuve" dans l'analyse sociologique des entretiens

Lors des entretiens, il y a eu un recours à la fois aux prises de notes dans un carnet disponible à cet effet et aux enregistrements à l'aide de téléphone portable. Une fois les enquêtes terminées, l'on est passé à la phase de la "transcription en réécoutant les enregistrements.

Ainsi, la phase de la transcription des données a permis de passer en revue les questions posées ainsi que les réponses. Le faisant, il est apparu que certains mots avaient été omis dans les prises de notes. La transcription s'est faite sur un logiciel informatique (Word) à partir d'un ordinateur portable en écoutant avec un casque connecté au téléphone et a permis de reproduire textuellement les discours restitués lors des différentes phases de l'enquête.

II-2-2- Les outils de collecte des données

II-2-2-1.Le guide d'entretien

Cette étude a procédé à l'élaboration d'un guide d'entretien. Les guides d'entretiens élaborés dans le cadre de cette étude ont été administrés aux médecins en charge du cancer du col de l'utérus au CHU de Treichville, aux malades du cancer du col internent à ce même CHU, aux parents de ces malades et aux médecins du Programme National de Lutte contre le Cancer.

II-2-2-2- La grille d'observation

Dans le cadre de ce travail c'est la grille l'observation qui a été utilisée en tenant compte d'un certain nombre de critère pour appréhender l'adéquation entre la demande exprimée en termes de besoins et l'offre en soins.

Ainsi, le Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville a servi de cadre pour l'observation.

II-3-METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse de contenu

Pour comprendre les logiques sociales qui sous-tendent la combinaison de la médecine moderne et traditionnelle par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, la démarche adoptée est celle de la méthode de l'analyse de contenu.

L'objet de l'analyse de contenu est la communication, qui est le processus fondamental de la formation de la représentation sociale (Moscovici, 1976).

Selon Quivy et Campenhoudt (1995), l'analyse de contenu permet lorsqu'elle porte sur un matériau riche et pénétrant de satisfaire harmonieusement aux exigences de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui n'est pas toujours facilement conciliable.

Soulignons que l'analyse de contenu contient plusieurs techniques d'analyses notamment l'analyse de discours, l'analyse thématique et l'analyse des comportements verbaux.

Pour cette étude, l'analyse qui convient est l'analyse thématique. En effet, l'analyse thématique est un procédé qui consiste à découper transversalement le corpus. Il s'agit d'utiliser le thème comme unité de découpage. L'analyse thématique nous a permis de faire ressortir les opinions des enquêtés sur chaque thème en rapport avec les objectifs de l'étude.

II-4-CONDITIONS SOCIALES DE L'ENQUETE

La préparation de l'enquête de terrain, le déroulement de l'enquête définitive, les difficultés rencontrées sont les éléments clés de cette partie.

II-4-1- La préparation de l'enquête de terrain

Il s'agit dans un premier temps d'identifier les catégories d'acteurs à interviewer ; les personnes à rencontrer, susceptibles de fournir les informations nécessaires sur l'objet d'étude. Une fois les catégories d'acteurs définies, il s'est agi de formuler des questions à poser dans le cadre des entretiens. Après, les jours retenus, certains entretiens ont été planifiés en essayant de trouver, avec les acteurs, des périodes favorables à l'entretien.

En outre, différents guides d'entretien ont été élaborés en fonction des catégories d'enquêtés qui interagissent dans le champ social étudié. Par ailleurs, une série de pré-enquête a été réalisé pour évaluer la pertinence des questions posées dans le guide d'entretien.

La phase de préparation anticipe la réalisation des entretiens ; elle permet de prévoir et d'organiser les différentes étapes de déroulement de l'enquête.

II-4-2- Le déroulement de l'enquête définitive

Dans le cadre de l'enquête définitive, il a été élaboré quatre guides d'entretiens adressés aux personnes susceptibles de fournir les informations nécessaires afin de résoudre ou de répondre au problème de recherche.

Ainsi, l'entretien s'est effectué auprès des personnes suivantes :

-Deux (2) médecins gynécologues spécialisés dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

-Deux (2) médecins oncologues spécialisés dans la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

-Deux (2) médecins du PNLCa.

-Dix (10) malades du cancer du col de l'utérus internés au CHU de Treichville

-Quatre (04) parents de malades du cancer du col de l'utérus internes et externes du CHU de Treichville.

Tableau III: récapitulatif du nombre de participants à l'étude (Enquête personnelle 2018)

CARACTERISTIQUE DES PERSONNES INTERROGEES	NOMBRE DE PERSONNES INTERROGEES
GYNECOLOGUES	02
CANCEROLOGUES	02
MEDECIN DU PNLCa	02
MALADES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	10
PARENTS DE MALADES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	4
TOTAL	20

II-4-3- Les difficultés rencontrées

La réalisation de notre étude ne s'est pas faite sans contraintes.

En fait, les entretiens avec les médecins ont été difficiles à cause de leur emploi du temps, il a donc fallu adapter notre emploi du temps aux leurs.

Aussi, il était un peu difficile d'échanger avec les malades et leurs parents parce qu'ils étaient un peu réticents au début, il a fallu qu'on les rassure en leur expliquant le but de notre étude.

II-4-4- Impact des difficultés sur les résultats

Les difficultés n'ont pas manqué au cours de cette étude mais la présentation des documents administratifs en notre possession ainsi que l'ingéniosité dont nous avons fait preuve ont permis de contourner c'est-à-dire de résoudre ces difficultés. Ainsi, ces difficultés n'ont eu aucun impact sur la qualité des données recueillies et sur l'étude en générale.

DEUXIÈME PARTIE :
LA PRÉSENTATION DU TERRAIN
DE L'ÉTUDE

Notre étude s'est déroulée au sein du CHU de Treichville, l'un des centres de référence national dans le traitement du cancer en Côte d'Ivoire.

Il s'agira pour nous de présenter notre terrain d'étude en vue de montrer ce qui nous a permis de comprendre la pertinence de notre étude.

I- LE CHU DE TREICHVILLE

Créé en 1938 en tant qu'hôpital dit « annexe », de l'hôpital central du plateau, bâti aujourd'hui sur une superficie de 42 hectares et caractérisé par son aspect pavillonnaire, le centre hospitalier et universitaire de Treichville a acquis le dit statut en 1976 par le décret numéro 76-878 du 22 Décembre 1976 et a été érigé en établissement public à caractère et commercial (EPIC) par le décret n°84-763 du 06 Juin 1984.

Le CHU de Treichville est l'un des quatre (4) établissements sanitaires de référence d'Abidjan. Avec une capacité de 658 lits, il apparait comme le plus grand centre hospitalier national.

I-1- OBJECTIFS DU CHU-T

Dans le cadre de sa mission de service public de santé, le CHU de Treichville a pour objectif de :

- Assurer des soins d'urgence, des examens de diagnostic, des consultations, des traitements et hospitalisation des malades ;
- Initier et de développer des actions de médecine préventive.
- Participer à l'enseignement universitaire : médical, pharmaceutique et odontologique, à la formation paramédicale et à la recherche conformément au décret n°91-650 du 09 Octobre 1991.

I-2- FONCTIONNEMENT DU CHU-T

I-2-1-COMPOSITION DES SERVICES ADMINISTRATIFS GENERAUX

Nous avons les structures suivantes :

- Le conseil de gestion
- La direction
- Les commissions

a) Le conseil de gestion (CG)

Le conseil de gestion contrôle la politique générale de rétablissement. Il suit la préparation et l'exécution du budget et examine le compte financier produit en fin d'exercice.

Le CG est l'organe de décision et compte 11 membres :

- Le ministre chargé de la santé publique ou son représentant, **PRESIDENT.**
- Le ministre chargé de l'enseignement supérieur ou son représentant.
- Le ministre chargé de la défense ou son représentant.
- Le ministre chargé de l'économie et des finances ou son représentant.
- Le ministre chargé de la fonction publique ou son représentant.
- Le ministre chargé de la lutte contre le SIDA ou son représentant.
- Le ministre chargé des affaires sociales ou son représentant.
- Le maire de la commune de siège du CHU ou son représentant.
- Le directeur de la mutuelle générale des fonctionnaires ou son représentant.
- Un représentant des compagnies d'assurance privées.
- Un représentant de l'assurance maladie universelle.

b) La direction

La direction du CHU-T est composée de trois structures que sont la direction générale, la direction médicale et scientifique et la direction de l'administration et des finances.

- La direction générale

Le CHU de Treichville est dirigé par un directeur nommé par décret en conseil des ministres sur proposition du ministre chargé de la santé publique.

Les attributions de ce directeur médical sont :

- Représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et juridique.
- Prépare les travaux du conseil de gestion (CG).
- Il est chargé du calendrier de gestion.
- Exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.
- Il est ordonnateur principal des dépenses.

Deux services sont rattachés au directeur du CHU-T

- Le service autonome du contrôle et de l'évaluation (SACE).

Le SACE dans son fonctionnement est appuyé par trois cellules techniques que sont : la cellule de compatibilité analytique et normes de gestion, la cellule de statistique et de diffusion et la cellule de méthode et d'organisation.

- Le service de communication et des relations publiques (SCRP).

Ce service est divisé en deux cellules que sont : la cellule de communication et la cellule de l'observatoire du bénéficiaire.

- La direction médicale et scientifique (DMS)

Cette direction est chargée de la coordination des activités médicales et scientifiques et de recherche à savoir :

- Coordination suivis et coordination des activités médicales et scientifiques.
- Elaboration et mise en œuvre d'études médicales.
- Surveillance et évaluation des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques.
- Elaboration, exécution et évaluation de programme de formation continue du personnel.
- Supervision des activités de la CME, de la CTE, des services médicaux, des services médicaux-techniques et les services d'information médicale.

Pour assurer ses attributions, la DMS dispose d'une sous-direction et d'un service d'information.

Sous-direction des soins infirmiers et obstétricaux

Elle est chargée :

- De l'organisation, du contrôle et de la promotion des soins infirmiers et obstétricaux.
- De l'information et de l'accueil des malades et des visiteurs.
- De la qualité des soins des infirmiers et obstétricaux.
- Du brancardage et du transport par ambulances des malades.
- Du nettoyage et de la désinfection des locaux.
- De la promotion et de l'application des règles d'hygiène.

Pour l'animation technique, la sous-direction des soins infirmiers et obstétricaux dispose de quatre services avec leurs responsables. Ce sont : le service de qualité de soins, le service de formation, stage et recherche, le service accueil, information et transport et le service d'hygiène hospitalière.

Service de l'information médicale

Le service de l'information médicale est chargé :

- D'émettre des avis techniques et des recommandations sur le schéma informatique de l'établissement.
- D'assurer la collecte et le traitement des informations sanitaires ainsi que la diffusion et l'exploitation de ses données, dans le strict respect du secret médical.

Dans le cadre de notre recherche, dès notre arrivée au CHU-T, nous avons été dirigés vers le DMS qui a validé notre attestation de recherche et nous a ensuite remis une autorisation pour permettre notre immersion dans les services de cancérologie et de gynéco-obstétrique ou nous avons mené notre recherche.

- La direction de l'administration et des finances

Les attributions du directeur administratif et financier sont définies comme suit.

Il est chargé :

- Des opérations liées à l'élaboration et à l'exécution du budget.
- De la préparation et du suivi des marchés, des baux et conventions.
- De la gestion de stocks.
- De la distribution dans les services.
- De la gestion de stocks des services généraux (cuisine, buanderie, lingerie, morgue).
- De la gestion des stocks de la pharmacie en liaison avec le pharmacien chef.
- De l'inventaire et du suivi des immobilisations.
- Du bureau des admissions et frais de séjour (etc.)

La direction de l'administration et des finances comporte trois sous directions.

Ce sont :

- La sous-direction des ressources humaines
- La sous-direction du budget et des finances

- La sous-direction de la maintenance et de la gestion du patrimoine.

c) Les commissions

Ces organes ont été instaurés dans le but d'épauler le directeur dans ses nombreuses activités de gestion administrative et technique de l'établissement. Ce sont : La commission médicale de l'établissement et la commission technique de l'établissement.

- La commission médicale de l'établissement (CME)

La CME qui regroupe le corps médical et dont le président est le directeur médical scientifique, élabore et conduit en collaboration avec la direction, la politique médicale de l'établissement et est garante de la qualité des soins.

- La commission technique de l'établissement (CTE)

La CTE regroupe le reste des agents (personnels paramédicaux et administratifs), travail sous la supervision du directeur médical scientifique et est avisé pour les décisions en rapport avec la politique générale du CHU.

I-2-2- SYSTEME DE GESTION DES MALADES

a) Les différents types de malades

Le CHU de Treichville regroupe en son sein, deux types de malades qui sont : les malades externes ou les malades internes ou hospitalisés.

- Les malades externes

Les malades externes sont des malades qui viennent au CHU-T pour faire les consultations et ou des examens. Ces patients retournent à leur lieu d'habitation après avoir consulté les praticiens.

- **Les malades internes ou hospitalisés**

Ce sont des malades dont l'état de santé nécessite un suivi particulier pour les uns et des soins d'urgences et intensifs pour les autres. Ces derniers sont admis dans les chambres d'hospitalisation et regroupés par unité de soins selon leur maladie.

Pour notre étude, il a été questions pour nous d'interroger ces deux différentes catégories d'acteurs c'est-à-dire les malades internes et externes.

b) Formalités administratives

Pour se faire consulter ou hospitaliser au CHU-T, il est recommandé de se rendre au secrétariat du service concerné ou vous pouvez vous y rendre directement.

Avant de vous rendre à la consultation, présentez-vous à la caisse du service pour le règlement des frais d'hospitalisation.

Il est nécessaire d'exiger tampon ou reçu à l'occasion de tout paiement. Vous serez ensuite dirigé chez le major du service pour constituer ou compléter votre dossier, et le médecin vous recevra.

I-2-3- LES SERVICES DU CHU-T

Le CHU de Treichville est un établissement multidisciplinaire abrite vingt-six (26) spécialités réparties dans vingt-quatre (24) services cliniques et sept(7) services médicotechniques. Les services cliniques comprennent douze(12) services de spécialités médicales et douze (12) autres de spécialités chirurgicales. Les services médicotechniques sont la pharmacie, le service de radiodiagnostic et d'imagerie médicale et cinq (5) services de laboratoires. Parmi les services cliniques de spécialités médicales du CHU de Treichville, il

existe les services de gynécologie-obstétrique et de cancérologie qui nous ont servi de terrain d'étude dans le cadre de notre enquête.

Nous parlerons dans un premier temps du service de gynécologie-obstétrique et dans un second temps du service de cancérologie.

II- LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU DE TREICHVILLE

Le service de gynécologie du CHU de Treichville est l'un des services cliniques du CHU de Treichville

Ce service est composé de : la salle d'accouchement, la salle des urgences gynécologiques, des salles d'hospitalisation (nouvelle et ancienne hospitalisation) et les salles de consultation.

Pour le bon fonctionnement et une bonne prise en charge des malades, le service de gynécologie du CHU de Treichville regorge de personnel qualifié et compétant ayant chacun un rôle bien défini. Et ces acteurs en jouant leurs rôles respectifs contribuent au bien-être des patients qui ont recours à leur service.

Ce personnel se regroupe en petit comité pour une réunion de staff qui se tient de façon Journalière pour une mise en place de stratégie en vue du bon fonctionnement du service et pour un meilleur suivi des patients en statuant sur le cas de chacun d'entre eux qu'ils soient nouvellement ou anciennement admis afin de s'assurer de l'évolution et de l'efficacité du traitement mais aussi de leur bien-être au sein du service.

II-1- Le personnel et les services offerts

II-1-1- Personnel médical et paramédical

✓ **L'équipe médicale**

- 11 gynécologues spécialistes (parmi lesquels on dénombre 03 professeurs)
- 17 gynécologues en formation (parmi lesquels on dénombre 03 internes)

✓ **L'équipe paramédicale**

- Une surveillance générale d'unité
- 71 sages-femmes

Parmi ces sages-femmes 02 sont exclusivement consacrées à la prise en charge des patientes présentant un cancer gynécologique ou mammaire. En dehors de l'exécution des protocoles de chimiothérapie prescrits par les médecins, elles apportent un soutien psychologique de nos malades porteuses d'un cancer.

- 06 infirmiers
- 10 aides-soignantes

✓ **Personnel administratif**

- 02 secrétaires
- 03 archivistes

II-1-2- Les prestations de services

Les services et activités menés par le service de gynécologie et obstétrique, sont regroupés au sein de 07 unités de soin et de recherche (USR).

- **USR 1** : unité de stérilisation, unité de bloc opératoire, unité de réanimation.

Le bloc est doté en matériel pour la réalisation de LEEP (méthode de traitement des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus) ;

- **USR 2** : unité des urgences gynécologique et l'unité de la salle d'accouchement.
- **USR 3** : unité d'hospitalisation du rez de chaussé ;
- **USR 4** : unité d'hospitalisation à l'étage.

Cette unité renferme 02 chambres de 02 lits et un bureau dédié aux soins anti cancéreux (chimiothérapie en particulier) ;

- **USR 5** : unité de composite regroupant
 - o Les consultations externes de :
 - Consultation pré natale
 - Gynécologie
 - Sénologie
 - o La planification familiale
 - o La salle d'échographie
 - o La prévention de la transmission mère/enfant du VIH(PTME)
 - o Le projet de l'unité de dépistage du cancer du col de l'utérus(CECAP)

Ce projet CECAP propose des activités de consultations gynécologiques principalement dédiées au dépistage du cancer du col par la méthode « screen and treat »ou « dépister et traiter » ;

- **USR 6** : unité pédiatrie, crèche et vaccination ;
- **USR 7** : unité d'audit et statistiques.

Le Service est fermé depuis 2017 pour des travaux de réhabilitation. Cependant, il a été relocalisé dans un autre service du CHU-T et à l'hôpital général de Port-Bouët.

III- LE SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE

Créé le 27 Mai 1992 par arrêté ministériel numéro 143/MSPS/DESS, le service de cancérologie est l'un des services cliniques de spécialités médicales du CHU-T. Il comprend le registre de cancer d'Abidjan.

➤ Fonctionnement du service de cancérologie

Pour la prise en charge des malades du cancer, le service de cancérologie s'organise comme suit :

- 05 consultations par semaine
- 15 malades par consultation
- Les visites se font tous les matins
- Les grandes visites se font les vendredis matin
- 600 à 700 hospitalisations par an
- Le service dispose d'une salle de consultation
- Pour la chimiothérapie le service reçoit 08 malades par jours soit 40 par semaine
- La chirurgie se fait tous les mercredis matin
- Pour la radiothérapie, un plateau technique existe mais est délocalisé au CHU de Cocody

➤ Ressources humaines au sein du service de Cancérologie

Tout comme le service de gynécologie, le service de cancérologie du CHU de Treichville regorge de personnel qualifié et compétant ayant chacun un rôle bien défini. Et ces acteurs en jouant leurs rôles respectifs, contribuent au bien-être des

patients qui ont recours à leur service. Ce personnel se regroupe en Staff tous les mardis à 9heureet est reparti dans le tableau suivant.

Tableau IV: Effectif du personnel du service de cancérologie du CHU de Treichville en 2018

Type de personnel	Effectif
Professeurs agrégés	02
Maitre-assistant	01
Oncologues médicaux PH	04
Radiothérapeutes en formation	03
Médecins thésards	03
Interne des hôpitaux	01
Infirmiers	03
Archiviste	01
Secrétaires	04
Enquêtrices	02
Informaticiens	01

TROISIEME PARTIE :

**LES REPRESENTATIONS ET LES
LOGIQUES SOCIALES DU CHOIX
D'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE
PLURIEL DES FEMMES ATTEINTES DU
CANCER DU COL DE L'UTERUS**

I- LES PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES AUTOUR DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Si l'étiologie et l'évolution de la maladie dans le corps demeure identique et universel, quant à la description qu'en donne les institutions biomédicales, la façon d'appréhender le cancer en termes de perception, d'expérience, de vécu, demeure culturellement déterminée. L'expérience de la maladie est en effet culturellement construite. Les rapports qu'entretient l'individu malade avec son environnement social, son vécu quotidien de la maladie avec les institutions thérapeutiques, les valeurs et connotations symboliques avec lesquels son entourage social perçoit sa maladie contribue entre autres à la formation de son expérience sur sa maladie. Saisir les significations du cancer à partir de l'expérience de chaque individu revient à explorer, à s'immerger et à connaître l'univers culturel des malades. Il ressort donc de notre immersion sur notre terrain d'étude ce qui suit.

I-1- Le cancer ou le spectre de la mort

Le cancer est un mot chargé de connotations et de symboliques qui en font une maladie véritablement redoutée. Cela tient sans doute aux modèles explicatifs que donnent les médecins dans leurs discours qu'ils servent sur la maladie. Le cancer contient en effet une « *variabilité de maladies dans lesquelles les cellules échappent aux mécanismes de contrôle limitant normalement leur croissance et leur division* ».

Malgré la diversité des significations portées à l'endroit du cancer, la connotation la mieux partagée repose sur la croyance selon laquelle le cancer symbolise la mort. Le cancer reste dans la pensée populaire une maladie acheminant irrémédiablement vers la mort. Cette connotation terrifiante, matérialise en effet l'imaginaire collectif que l'opinion porte sur le cancer. Ce

dernier qui est toujours perçu comme un mal sournois à l'image du diable, du crabe, de l'araignée, du serpent, prêt à dévorer, à se nourrir silencieusement de l'intérieur du corps avant d'installer le désordre dans l'ordre naturel du corps.

Ainsi, parler de cancer renvoie à la peur, à la fatalité, à la MORT. Et cela se perçoit dans les propos de cette dame.

Extrait d'entretien (1) avec C.D, femme atteinte de cancer du col, 47 ans

« Je ne connaissais pas le cancer du col mais quand le docteur m'a dit que j'ai ça mes pieds tremblaient comme ça, ... j'ai cinq enfants et si je meurs qui va s'occuper d'eux ? affaire de cancer là on ne joue pas avec... Cancer qui tue comme cela là vraiment moi-même j'ai peur, je ne sais même pas si je vais sortir d'ici... Je prie seulement pour que Dieu ait pitié de moi et de mes enfants ».

Cette dame à travers ses dires fait ressortir ses craintes et angoisses, la peur que lui inspire le cancer, la peur de mourir et laisser derrière elle les personnes qui lui sont chères, pour elle, le cancer conduit irrémédiablement à la mort.

I-2-Le cancer du col de l'utérus : la « maladie d'en bas »

Si la notion de cancer en général fait peur à nos sociétés, celui du col de l'utérus n'en demeure pas moins et reste un sujet tabou. En effet, le cancer du col de l'utérus est qualifié de « maladie d'en bas » ; c'est une maladie qui renvoie à la sexualité féminine, à l'organe de reproduction de la femme qui reste très sacré d'un point de vue culturel et social. Alors le cancer utérin est perçu comme un sujet tabou, de gêne, une atteinte à la pudeur, un déshonneur pour la femme qui en souffre. En illustre, les propos de cette dame : *« Le cancer du col étant une maladie à caractère sexuel demeure un sujet tabou... C'est donc difficile pour*

nous en tant que femme d'avoir cette maladie et surtout d'en parler car pour nous c'est un déshonneur, une atteinte à notre intimité et c'est humiliant »

Extrait d'entretien (5) avec R.A, femme atteinte de cancer ? 40ans.

A travers ses propos, cette dame traduit la gêne, la honte qu'elle ressent d'avoir cette maladie qui pour la femme est un déshonneur, parce qu'il s'agit d'une partie intime de son corps.

I-3-Le cancer du col de l'utérus : la « maladie de l'ombre »

Le cancer du col se perçoit par ailleurs comme une maladie de l'ombre, une maladie qu'il est préférable de taire. Il faudrait donc ne pas en parler, ni même y penser car en parler serait attirer la maladie à soi. Ce serait donc un sujet à éviter par peur d'être contaminée. Dans ce cas-ci, moins on en sait sur cette maladie mieux c'est. Ces affirmations l'attestent.

Extrait d'entretien (3) avec T.K, femme atteinte de cancer, 26 ans.

« C'est mieux de ne pas parler des maladies comme ce que j'ai parce que si tu parles de ça c'est ça tu peux avoir ow. Sinon quand tu ne connais pas même c'est mieux... Et puis même si tu connais, tu dois faire comme si tu ne connais pas ».

Il ressort de ce verbatim que le cancer du col de l'utérus est une maladie dont il ne faut pas parler par peur d'être contaminé. Et selon cette dame pour se préserver du cancer du col de l'utérus, il faut rester dans l'ignorance de cette maladie.

I-4-Le cancer du col de l'utérus : Maladie d'origine divine

Dans un contexte Africain, il est attribué à la maladie en général et au cancer du col de l'utérus en particulier un caractère surnaturel. En effet, le cancer du col est perçu comme une punition divine que subissent les femmes qui en sont atteintes à cause d'un péché commis ou d'un interdit qu'elles auraient fait volontairement ou non ; leur maladie apparait alors comme la conséquence de lois de la religion qu'elles auraient transgressées ; la colère de Dieu qui s'abat sur elles. Ces propos l'illustrent bien :

Extrait d'entretien (1) avec C.D, femme atteinte de cancer du col, 47 ans

« Avant les maladies comme cancer n'existaient pas, mais maintenant là il ya trop, trop de bêtises même. On fait trop de péchés ce qui fait que Dieu nous puni avec les maladies graves comme ça.... Même s'il nous aime, il nous puni comme ça pour qu'on reconnaisse nos fautes ; donc tout ce qu'on peut faire c'est de lui demander pardon ».

Cette dame à travers ces propos fait ressortir que le cancer du col est une punition de Dieu, la conséquence de nos péchés donc une maladie d'origine divine.

En outre, le cancer du col est aussi perçu comme le fruit de la sorcellerie, des malices du méchant, d'un sortilège qui est lancé en vue de faire du mal à la personne à laquelle il est adressé. Cela se perçoit à travers ce verbatim :

Extrait d'entretien (5) avec R.A, femme atteinte de cancer, 40ans.

« Le cancer du col de l'utérus est pour moi une maladie normale qui peut arriver à tout le monde. Mais dans mon cas, je dirai qu'il ya un côté mystique aussi parce qu'avant de tomber malade j'ai eu des différents avec ma belle-

famille, et mes parents restent convaincus que c'est la tante de mon mari qui m'a lancé un sort ».

Les propos de cette femme traduisent que pour elle, le cancer est une maladie comme toutes les autres mais dans son cas, il ne relève pas seulement du naturel mais a un côté mystique car pour elle c'est l'œuvre de la sorcellerie, un sort qui lui a été lancé par sa belle-famille.

I-5-L'ignorance ou la méconnaissance du cancer du col de l'utérus

Bien qu'étant objet de plusieurs recherches, de campagne de sensibilisation et de prévention, le cancer du col de l'utérus reste pour certaines femmes une maladie inconnue ; les femmes qui en sont atteintes n'ont pour la plupart pas connaissance de la maladie dont elles sont sujettes avant leur première consultation avec le médecin dans le cadre de la prise en charge de leur maladie. C'est donc seulement après le diagnostic et les explications du médecin, qu'elles ont su qu'il existe une maladie appelée cancer du col de l'utérus. Elles associèrent donc leur maladie à d'autres cas de figure qu'elles ou leur entourage connaissaient déjà. Ces propos qui suivent sont des illustrations.

Extrait d'entretien (2) avec K.M, malade du cancer du col, 40 ans.

« Je ne connaissais pas cette maladie ; c'est quand je suis venue à l'hôpital que le docteur m'a dit que j'ai cette maladie et m'a expliqué ce que c'est ... sinon moi je ne connaissais pas ça...quand j'étais à la maison et que je saignais ma maman pensait que c'était des grossesses qui tombaient donc elle m'a donné des médicaments que j'écrasais pour laver mon ventre. »

Selon les dires de cette femme, le cancer du col de l'utérus était pour elle et pour son entourage une maladie méconnue avant ses entretiens avec le médecin qui

lui a expliqué clairement ce que c'est que la maladie dont elle est atteinte. Ses parents associèrent donc cette maladie à des grossesses qui n'arrivaient pas à terme.

II- LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

II-1- Les ressources proposées par la médecine moderne dans le traitement du cancer du col

Pour le traitement de leur maladie, les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus ont recours à la médecine moderne mais à des stades tardifs après avoir essayé d'autres types de thérapies alors qu'en Côte d'Ivoire, cette maladie est entièrement prise en charge par la médecine moderne. En effet pour ce qui est du cancer du col de l'utérus, la médecine moderne propose des moyens de prévention, de diagnostic et de traitement.

En Côte d'Ivoire, la médecine moderne propose comme moyen de prévention, le frottis et l'examen ou l'inspection visuelle, pour le diagnostic, il se fait lors d'une consultation entre le malade et le médecin traitant à travers des biopsies et histologies. Quant au traitement, il y a la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et les soins palliatifs. C'est ce qui ressort des propos de ce médecin : *« Ilya les prescriptions de diagnostics et il y a des prescriptions de traitement. Pour les prescriptions de diagnostic il y a des biopsies ... Biopsie plus histologie ... ensuite, lorsque le diagnostic est fait, il y a des prescriptions de bilan d'extension...scanner, IRM, échographie. Maintenant il y a des prescriptions de traitement. Dans les prescriptions de traitement, il y a deux groupes il y a un groupe qui va traiter les symptômes, les saignements, la douleur tout ça et puis il y a un groupe qui va traiter la maladie c'est-à-dire la*

radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie tout ça...mais euh les femmes viennent nous voir quand elles sont à des stades très avancés tardifs » **Extrait d'entretien (1) avec T.M, oncologue.**

Il ressort de ce verbatim que la médecine moderne en Côte d'Ivoire dispose de tous les moyens nécessaires pour prendre en charge le cancer du col de l'utérus. Cependant plusieurs femmes en meurent parce qu'elles consultent à des stades tardifs.

En outre, l'usage de la médecine moderne par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, s'appréhende par les ressources idéologiques mobilisées par celles-ci. Pour elles, la médecine moderne apparaît comme celle qui traite le côté physique de la maladie. Cette médecine apparaît aussi comme supplémentaire à celle des ancêtres et permet de mieux connaître leur maladie, d'avoir un diagnostic scientifique et de légitimer leur traitement auprès de leur entourage. Ce verbatim l'atteste : *« je viens à l'hôpital pour être guéri... quand tu viens ici le docteur te dit ce que tu as, il t'explique bien ce que tu as et il te donne un traitement que tu dois suivre pour guérir. Eux ils sont partis à l'école pour ça donc ils connaissent ... et puis quand tu es malade tu dois venir à l'hôpital sinon quand les gens vont te demander si tu es parti à l'hôpital pour te soigner si tu dis non ils vont dire que tu ne te soignes pas bien.* » **Extrait d'entretien (3) avec T.K, femme atteinte de cancer, 26 ans.**

Selon les dires de cette patiente, elle consulte l'hôpital dans l'espoir de recouvrer la guérison parce que pour elle, les médecins détiennent le savoir ; et pour elle, tout malade doit se rendre à l'hôpital pour rendre légitime son traitement auprès de son entourage.

II-2- Le recours à la médecine traditionnelle pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus

La culture des soins basés sur l'usage des ressources naturelles constitue un élément important de santé publique dans beaucoup de pays Africains pour des raisons historiques, culturelles et sociales ; il n'en demeure pas moins pour le traitement du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire. La médecine traditionnelle ou médecine alternative constitue une source de soins de santé pour les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus. En effet, nous avons pu constater que celles-ci avaient des médicaments dans des bouteilles qu'elles buvaient à l'insu du personnel soignant en plus des médicaments prescrits par les médecins. Aussi, elles y ont souvent recours avant leur arrivée à l'hôpital pour des soins médicaux ; elles font de l'automédication avec des potions ou médicaments à base de plantes qu'elles connaissent ou sur conseils de leurs parents et amis qui pensent connaître leur maladie ou l'associent à d'autres maladies qu'ils connaissent déjà. En illustre les propos de cette dame : *«Je ne connaissais pas cette maladie ...quand j'étais à la maison et que je saignais ma maman pensait que c'était des grossesses qui tombaient donc elle m'a donné des feuilles et racines que j'écrasais pour laver mon ventre»*. **Extrait d'entretien (2) avec K.M, malade du cancer du col, 40 ans.**

Un médecin traitant nous l'a aussi attesté à travers ses propos : *«Bien sûr la médecine alternative, la tradi-thérapie... il ya aussi l'argilo-thérapie.(Une fois il ya l'une de mes patientes, quand elle est arrivée j'ai fait un examen, un touché vaginal il y avait beaucoup d'argile dans son vagin ; j'enlève, j'enlève, son vagin était plein d'argile ce qui a entraîné des surinfections) et c'est ce qui se passe»* **Extrait d'entretien (1) avec T.M, oncologue.**

Ce médecin à travers ses propos nous montre que les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus recourent à des thérapies alternatives, à la médecine

traditionnelle, à l'argilo-thérapie et même si celles-ci ne l'admettent pas, les médecins en font le constat lors des consultations et c'est très récurrent.

Par ailleurs, il est attribué à la médecine traditionnelle des vertus immatérielles dans le traitement de la maladie. Cette médecine constitue un moyen de protection, un bouclier spirituel dans le traitement de leur maladie dans la mesure où elles considèrent le cancer du col comme un mauvais sort, une maladie à caractère mystique. La médecine traditionnelle a la capacité selon ces femmes d'éloigner toute forme "d'esprit mauvais" et de se protéger contre le sort dont elles sont victimes. Ainsi, la médecine traditionnelle revêt un statut de bouclier ou de protecteur spirituel dans le traitement du cancer du col de l'utérus. Cela se perçoit à travers ce verbatim :

Extrait d'entretien (5) avec R.A, femme atteinte de cancer, 40ans.

«Je dirai qu'il ya un côté mystique qu'il ne faut pas négliger ... dans mon cas, vu que mes parents restent convaincus que c'est un sort de ma belle-famille, nous avons consulté plusieurs guérisseurs africains spécialisés dans ce domaine et nous sommes même allés au Ghana chez un grand guérisseur pour qu'il me soigne tout en conjurant le mauvais sort qui a été lancé sur moi. »

Ce verbatim nous montre que pour cette dame, le cancer du col de l'utérus, maladie dont elle est atteinte est un sort qui lui a été lancé par sa belle famille ; alors, elle recourt à la médecine traditionnelle qu'elle considère comme celle qui traite le côté mystique de la maladie dans l'espoir d'une guérison certaine.

II-3- La combinaison de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle.

Le recours conjoint à la médecine moderne et à la médecine traditionnelle émane des fonctions cognitives qui leurs sont attribuées. En effet, au-delà de leurs fonctions curatives dans le traitement du cancer du col de l'utérus, ces deux médecines possèdent des atouts différents qui les rendent complémentaires et nécessitent leurs usages conjoints ou simultanés pour une meilleure prise en charge de leur maladie. Il est attribué à la médecine moderne la fonction de médecine du physique et à la médecine traditionnelle le côté mystique de la maladie. Alors, pour maximiser leur chance de guérison afin d'échapper au risque de mort que leur inspire le cancer, les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus combinent les médecines moderne et traditionnelle.

A ce propos une dame nous a confié ceci : *«pour te soigner, tu ne peux pas faire seulement pour les blancs... c'est bon quand tu fais un peu d'hôpital et puis un peu de traditionnel comme ça tu peux bien guérir. Parce que la maladie là ce n'est pas facile... A l'hôpital les docteurs te donnent les médicaments pour te soigner c'est bon mais il ne faut pas oublier aussi l'autre côté du cancer que les yeux ne voient pas là ça c'est traditionnel qui peut soigner ça »***Extrait d'entretien (8) avec S.M, malade du cancer du col, 43 ans.**

Il ressort des propos de cette dame que pour maximiser les chances de guérison du cancer qui est une maladie mortelle, il faut recourir aux médecines modernes et traditionnelles qui paraissent complémentaires en vue de traiter tous les contours de la maladie c'est-à-dire le côté naturel qui est pris en charge par la médecine moderne et le côté mystique que prend en compte la médecine traditionnelle.

II-4- Le recours à la religion

Dans leur quête de guérison, les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus recourent à la religion. En effet, pour elles Dieu ou Allah est le «médecin par excellence» qui guérit tous les maux et qui a le «dernier mot» alors avoir recours à lui par la prière serait une meilleure option pour parvenir à la guérison du corps mais aussi de l'âme. Elles se représentent alors la religion comme un refuge qui leur permet de retrouver la quiétude, la paix intérieure qu'elles ont perdu à cause du regard de leur entourage. En illustre, ces propos : *« Il ya des hommes de Dieu qui viennent nous soutenir par la prière et croyante que je suis, je sais que Dieu peut me guérir. Il est mon papa et je sais qu'il entend mes prières, il me délivrera comme il l'a fait pour tant d'autres, il est mon refuge, mon roi. Je passe par une épreuve, les gens me critiquent et me pointent du doigt mais j'en ressortirai vainqueur au nom de Jésus...Je prie seulement pour que Dieu ait pitié de moi et de mes enfants parce que sans lui je ne suis rien ».*

Extrait d'entretien (1) avec C.D, femme atteinte de cancer du col, 47 ans

Des propos de cette femme, il ressort que pour elle, Dieu a le pouvoir de la guérir car il est le médecin par excellence, il a le pouvoir de guérir toutes sortes de maladies, et il représente un refuge pour ses enfants, même pour les "causes perdues", pour les personnes désespérées. Alors dans l'espoir de guérir, il faut se tourner vers Dieu, recourir à la religion.

III- RESULTATS DISCUTES

Le recours à la religion, aux médecines modernes et traditionnelles et à leur combinaison par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus s'explique par le fait qu'elles se représentent leur maladie comme une maladie à caractère surnaturelle, une maladie qui dévalorise le corps de la femme et change son statut social, une maladie qui symbolise la mort sociale et physique.

III-1-Les productions idéologiques sur le cancer du col de l'utérus

Il ressort de l'analyse que le cancer du col de l'utérus est perçu par les femmes qui en sont atteintes et leur entourage comme une maladie qui conduit irrémédiablement vers la mort physique et sociale, une maladie de la honte qui dévalorise la femme, une maladie à caractère surnaturel et une maladie qui reste méconnue pour la plupart.

Les résultats ainsi exposés corroborent les travaux de MEDINA A.M (2007)) à Bogota, qui note que le cancer est vu d'abord comme une « *entité vivante distincte du malade avec des traits zoomorphes. Il est par exemple dessiné comme un monstre avec des cornes et des crocs dévorants la population* ». Le cancer est aussi représenté par des objets symbolisant la mort « *une faucille, une horloge, une croix, un cimetière* ». Ce qui renvoie à un fatalisme, une invasion, un désespoir, à la mort.

Cet argument est partagé par ENTRESSENGLE-BARDON Helene (2009), qui soutient que le cancer est pour les migrants originaires d'Afrique du nord et d'Europe du sud en France, une dualité cancer égal mort. Il en ressort donc que toute personne atteinte de cancer est automatiquement condamnée à la mort.

Farida Mecheri(2008) va plus loin en montrant que la représentation sociale du cancer dans les dires des usagers montre un brassage entre une image universelle du cancer liée à la mort, à la souffrance et au châtement et une conception sociale et culturelle particulière (mort biologique et mort sociale). Il en ressort que les personnes atteintes de cancer souffrent non seulement de la peur de mourir mais aussi d'être exclues de la société.

Chaudet(2005) renchérit en montrant dans son travail de thèse sur les représentations que les femmes se font du col de l'utérus, que le col est vu comme un appel nourricier et renvoie à l'idée d'une descendance, à l'honneur de la famille. Ainsi, lorsque le cancer atteint cet organe, cela est vu comme une maladie honteuse, une maladie dévalorisante pour la femme qui en est atteinte.

Edgerton (1979), quant à lui parle du caractère surnaturel de la maladie en Afrique. Selon lui, dans l'Afrique précoloniale, la croyance aux phénomènes surnaturels coexistait avec celle d'une relation de cause à effet.

Au terme de cette section, l'étude fait ressortir que le cancer du col est perçu comme une maladie qui renvoie à la mort physique et sociale, au déshonneur, à la peur et il est aussi perçu comme une maladie surnaturelle.

III-2- L'influence des représentations sur le choix des itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus

Au sortir de notre analyse nous pouvons retenir que les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus recourent à plusieurs itinéraires thérapeutiques et que le choix pluriel d'itinéraires thérapeutiques par ces femmes s'explique par leurs différentes représentations de la cette maladie. En fait, ces femmes dans leur quête de guérison recourent à la religion, aux médecines moderne et traditionnelle et/ou à leur combinaison en fonction de la représentation qu'elles se font de leur maladie.

Les résultats ainsi exposés corroborent les travaux de Barbieri, (1991) desquels il ressort qu'en Afrique comme ailleurs, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de la représentation de la maladie : « les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes ».

Par ailleurs, Hielscher et Al. (1985) soutiennent que les populations partagent une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine sacrée. C'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine.

Quant à Locoh et Al (1995), ils vont plus loin en montrant que : « les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitement magiques associés parfois à des plantes médicinales ». Pour eux, les centres de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter les maladies passagères, mais elles sont inopérantes sur des maladies provoquées par Dieu, les esprits ou la sorcellerie alors pour les maladies dites surnaturelles l'on devrait se référer à d'autres type de soin que ceux proposés par les hôpitaux.

Pour aller plus loin, Ryan (1998) soutien que dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est fréquent que l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle à l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants.

Adjamagbo et Al. (1999) montrent que dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, la recherche auprès d'un thérapeute naturel, d'une explication ou d'une protection magique pour une maladie « n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques ».

Aussi, pour Da Rocha Pereira 1973 la médecine s'avère parfois impuissante pour faire face à un processus de guérison alors le malade se met dans les mains de Dieu pour qu'Il le guide dans ce monde compliqué qu'est la guérison.

L'étude fait ressortir ici que ce sont les représentations que les acteurs, malades se font de leur maladie qui orientent leurs itinéraires thérapeutiques. Les malades se dirigent vers les hôpitaux quand ils considèrent leur maladie comme naturelle, ils se dirigent vers la religion ou les thérapeutes traditionnels quand ils considèrent leur maladie comme surnaturelle ou mystique ou spirituelle mais aussi pour maximiser leur chance de guérison face à une maladie chronique, ils n'hésitent pas à associer médecine moderne et traditionnelle.

CONCLUSION

L'étude sur les représentations et les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus s'est déroulée dans la commune de Treichville.

L'objectif de cette étude est l'identification des productions idéologiques autour du cancer du col de l'utérus et l'analyse des logiques sociales qui sous-tendent le choix pluriel d'itinéraires thérapeutiques par les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.

Pour saisir cette réalité sociale, l'on a mobilisé la théorie de la représentation sociale et l'usage de plusieurs techniques appropriées aux études qualitatives ont été nécessaires pour collecter des données capables de donner des réponses aux questions que soulève l'étude.

Pour mener l'étude, plusieurs techniques de collecte des données ont été utilisées, notamment la recherche documentaire, l'observation directe, l'entretien individuel à travers la méthode de recherche qualitative dans laquelle s'inscrit l'étude et l'analyse de contenu nous ont permis d'identifier les productions idéologiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et de voir si leur choix pluriel d'itinéraires thérapeutiques s'explique par les différentes représentations qu'elles se font de leur maladie. Ainsi, l'analyse des données a permis d'indiquer les représentations que les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus se font de leur maladie (le cancer du col est perçu comme une maladie qui renvoie à la mort physique et sociale, au déshonneur de la femme à la peur et il est aussi perçu comme une maladie surnaturelle, mystique). Par ailleurs, ces représentations sur la maladie influencent le choix de l'itinéraire de soins des malades qui recourent soit à la médecine moderne, à la médecine traditionnelle ou à la combinaison de ces deux médecines mais aussi à la religion pour leur guérison.

Au regard de ce qui précède, pour la prise en charge thérapeutique de la maladie, il convient de prendre en compte les représentations que les patientes et leur entourage ont de leur maladie car ce sont ces représentations qui les orientent dans leur choix de parcours de soins.

En traitant de la question des représentations et itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, sous un angle sociologique, ce présent travail se veut une contribution à la réflexion scientifique sur les questions des représentations et des itinéraires thérapeutiques empruntés par les malades en général et les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES DE METHODOLOGIE

- Blanchet (A) et Gotman (A), 2013, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, 2^{ème} édition Nathan, Paris.
- Combessie, J-C., 1999, La méthode en sociologie, 2^{ème} édition, Paris : La Découverte.
- Durkheim, E., 1993, Les règles de la méthode sociologique. Paris : Quadrige.
- N'da, P., 2000, Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats. Comment réaliser un mémoire, une thèse, en Sciences Sociales et en Education, Edition n° 4995, PUCI.
- N'Da, P., 2006, Méthodologie de recherche : de la problématique à la discussion des résultats, 3^{ème} édition, EDUCI.
- Quivy R. et Van Campenoudt L., 2011, Manuel de recherche en sciences sociales, 4^{ème} édition, DUNOD, Paris.

II. OUVRAGES SCIENTIFIQUES

- Adam, P. et Herzlich, C. 1994, Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris: Nathan.
- Benoist, J., 1996, Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical, paris : les éditions KARTHALA, médecine du monde pp 520.
- Benoist, J., 1998, La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture, Le pédiatre, vol XXXIV, n°169, pp 12-16.
- Benoist, J., 2004, Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster, *Dans L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, Vol. 5, n° 2, 277-286.
- Herzlich, C., 1969, 1992, Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Éditions de l'École pratique des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Herzlich, C., 1970, Santé et maladie (Analyse d'une représentation sociale), Layahe: Mouton, coll.
- Herzlich, C., 1988, Préface à l'ouvrage Cancer et culture, Saillant F.
- Miles, B.M, et Huberman, A.M., 2013, Analyse des données qualitatives. Bruxelles, Belgique : De Boeck, 2^e édition, 626p.

- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L., 2006, Manuel de recherche en sciences sociales. 3^e édition Dunod, Paris.
- Seca J.M., 2002, Les représentations sociales. Armand Colin, Paris.
- Yoro, B.M., 2010, Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine. Recherches Qualitatives, Vol. 29, n°2, 57-67.
- Yoro, B.M., 2012, Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. Recherches Qualitatives, Vol. 31, n°1,47-61.
- ZEMPLÉNI, A., 1982, Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. Archives des sciences sociales de la religion 54. 11. pp 5-19.

III. MEMOIRES, THESES ET ARTICLES

- Bekolo, E., 2007, La relation thérapeutique dans les interférences entre la biomédecine et la tradipratique. Une lecture anthropologique à l'hôpital Laquintinie et à l'Africain clinique de Douala (Cameroun). Mémoire pour le D.E.A en anthropologie mention santé, Université de Douala.
- Entressengle-Bardon H., 2009, Quelles sont les représentations du cancer et de ses traitements chez des migrants originaires d'Afrique du Nord et d'Europe du Sud ? Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Paris Diderot-Paris 7.
- Konan, A., 2012, Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire). Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine spécialité médecine générale, Université Toulouse III – Paul Sabatier.
- Perrine, M., 2013, Représentation sociale des infections a papillomavirus humaines chez les jeunes femmes de 14 à 19 ans. Thèse préparée pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état, Université Joseph Fourier faculté de médecine de Grenoble.
- Yameogo, D.M.P., 2004, Enjeux culturels et psychopathologiques de la pratique de la thérapie mixte au Burkina Faso. Thèse nouveau régime en vue de l'obtention du doctorat de psychologie. Université Lumière-Lyon II.

IV. WEBOGRAPHIE

2

- Aïach, P., 1980, Peur et image de la maladie: l'opposition cancer/maladies cardiaques, Bulletin du cancer, 67 (2): 183-90.
- Baszanger, I., 1986, les maladies chroniques et leur ordre négocié, janvier –mars, vol.27, n°1, pp 3-77.
- Comité international de bio thétiqye, 2010, La médecine traditionnelle et ses implications éthiques, Rapport n°SHS/EST/CIB-17/10/CONF.501/3. Paris, France.
- Janzen J.M., 1995, La quête de la thérapie au Bas-Zaïre. Paris : Karthala, 287p. (Traduit de l'anglais par Gilles Bibeau, René Collignon, Ellen Corin et Claude Hamonet). Première édition anglaise: The quest for therapy in lower Zaire. University of California Press, 1978.
- Laburthe-Tolra, P. et Warnier, J.P., 2003, Ethnologie, Anthropologie. Presse Universitaire de France, Paris.
- Mongeau, P., 2008, Réaliser son mémoire ou sa thèse. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Saki, T., 2013, dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein : connaissance et attitude des femmes fonctionnaires vues en consultation au CHU de Treichville.

ANNEXES

Annexe 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ETUDE

QUESTIONS DE RECHERCHE	OBECTIFS DE RECHERCHE	RESULTATS
Quelles sont les perceptions socioculturelles autour du cancer du col de l'utérus ?	Identifier les perceptions socioculturelles autour du cancer du col de l'utérus.	<ul style="list-style-type: none">-le cancer ou le spectre de la mort.-Le cancer du col de l'utérus : la « maladie d'en bas ». -Le cancer du col de l'utérus : la « maladie de l'ombre ». -L'ignorance de la maladie ou la méconnaissance de la maladie
Quelles sont les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus ?	Déterminer les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus.	<ul style="list-style-type: none">-les ressources proposées par la médecine moderne dans le traitement du cancer du col. -le recours à la médecine traditionnelle pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus. -la combinaison de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle. -le recours à la religion

**Annexe 2 : GUIDES D'ENTRETIEN POUR L'ENQUETE
EXPLORATOIRE**

**I-GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX MEDECINS
GYNECOLOGUES ET CANCEROLOGUES**

A- GENESE, HISTORIQUE ET DYNAMIQUE DU PHENOMENE

B- CADRE SOCIAUX (INSTITUTIONNEL ? NORMATIF)

**C- SYSTEMES DE RELATIONS/INTERACTIONS DES STATUTS ET
POSITIONS SOCIALES**

**D- PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES (IDEOLOGIES, CROYANCES,
VALEURS, REPRESENTATIONS, PERCEPTIONS...)**

E- PRATIQUES CULTRELLES ET SYMBOLIQUES

F- LES ENJEUX

II- GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX MALADES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DU CHU DE TREICHVILLE

A- IDENTIFICATION DE L'ENQUETER

B- GENESE, HISTORIQUE ET DYNAMIQUE DU PHENOMENE

C- CADRES SOCIAUX (INSTITUTIONNELS, NORMATIF)

D- SYSTEMES DE RELATIONS, INTERACTIONS DES STATUS ET POSITIONS SOCIALE

E- PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES

F- PRATIQUES CULTURELLES ET SYMBOLIQUES

G- ENJEUX

III-GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER (PNLCa)

A- HISTORIQUE, DYNAMIQUE ET STRUCTURE DU PROGRAMME

**B- OBJECCTIFS ET ACTIONS MENEES CONTRE LE CANCER DU
COL DE L'UTERUS**

C- RESULTATS ET CONTRAINTES

D- LES STARTISTIQUES SUR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

E- LES PERSPECTIVES POUR LES PROCHAINES ANNEES

IV- GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PARENTS DES MALADES

A- IDENTIFICATION DE L'ENQUETER

B- GENESE, HISTORIQUE ET DYNAMIQUE DU PHENOMENE

C- CADRES SOCIAUX (INSTITUTIONNELS, NORMATIF)

D- SYSTEMES DE RELATIONS, INTERACTIONS DES STATUS ET POSITIONS SOCIALE

E- PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES

F- PRATIQUES CULTURELLES ET SYMBOLIQUES

G- ENJEUX

Annexe 3 : IMAGES ET PHOTOS

Photos : col de l'utérus normal et col de l'utérus atteint de cancer



Source: (internet)

Photo : CHU de Treichville



Source : Chécroua Doria (2018)

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	2
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ABBREVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION.....	7
PRÉMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.9	
I- CADRE THEORIQUE	10
I-1- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	10
I-2- APPROCHE CONCEPTUELLE	11
I-2-1- La représentation.....	12
I-2-2- Itinéraires thérapeutiques	13
I-3- PROBLEMATIQUE	14
I-3-1- Le contexte de l'étude.....	14
I-3-2- Constats de recherche	16
I-3-3- Problème de recherche	17
I-3-4- Questions de recherche	18
I-4- REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE	18
I-4-1- Les représentations sociales sur le cancer du col de l'utérus	18
I-4-2- Le choix des itinéraires thérapeutiques.....	20
I-4-3- Les caractéristiques des pratiques thérapeutiques	21
I-5- CADRE DE REFERENCE THEORIQUE	23
I-6- OBJECTIFS DE L'ETUDE	27
I-6-1- Objectif général.....	27
I-6-2- Objectifs spécifiques.....	27
I-7- MODELE D'ANALYSE	27
I-7-1- Hypothèse de recherche	27
I-7-2- Définitions des concepts	27
I-7-2-1- La médecine moderne.....	28
I-7-2-2- La médecine traditionnelle	29
I-7-2-3- Combinaison de la médecine moderne et traditionnelle	29

I-7-3- Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche	30
--	----

II- LES ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE 35

II-1- DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION	35
II-1-1- Le champ géographique	35
II-1-2- Le champ social	37
II-2- LES TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES	38
II-2-1- Les techniques de collecte des données.....	38
II-2-1-1- La recherche documentaire	39
II-2-1-2- L'observation directe	40
II-2-1-3- L'entretien individuel et approfondi	40
II-2-1-4- L'enregistrement et la retranscription des données du terrain	41
II-2-2- Les outils de collecte des données.....	42
II-2-2-1. Le guide d'entretien.....	42
II-2-2-2- La grille d'observation souple.....	43
II-3- METHODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	43
II-4- CONDITIONS SOCIALES DE L'ENQUETE	44
II-4-1- La préparation de l'enquête de terrain.....	44
II-4-2- Le déroulement de l'enquête définitive.....	44
II-4-3- Les difficultés rencontrées.....	45
II-4-4- Impact des difficultés sur les résultats.....	46

DEUXIÈME PARTIE : LA PRÉSENTATION DU TERRAIN DE L'ÉTUDE 47

I- LE CHU DE TREICHVILLE 49

I-1- OBJECTIFS DU CHU-T	49
I-2- FONCTIONNEMENT DU CHU-T.....	50
I-2-1-COMPOSITION DES SERVICES ADMINISTRATIFS GENERAUX.....	50
I-2-2- SYSTEME DE GESTION DES MALADES.....	54
I-2-3- LES SERVICES DU CHU-T	55

II- LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU DE TREICHVILLE..... 56

II-1- Le personnel et les services offerts	57
II-1-1- Personnel médical et paramédical	57

II-1-2- Les prestations de services	57
III- LE SERVICE DE CANCEROLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE....	59
TROISIEME PARTIE : LA PRESENTATION DES RESULTATS DE L ETUDE.....	61
I- LES PRODUCTIONS IDEOLOGIQUES AUTOUR DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	62
I-1- Le cancer ou le spectre de la mort.....	62
I-2- Le cancer du col de l'utérus : la « maladie d'en bas »	63
I-3- Le cancer du col de l'utérus : la « maladie de l'ombre »	64
I-4- Le cancer du col de l'utérus : Maladie d'origine divine	65
I-5- L'ignorance ou la méconnaissance du cancer du col de l'utérus.....	66
II- LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES FEMMES ATTEINTES DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	67
II-1- Les ressources proposées par la médecine moderne dans le traitement du cancer du col	67
II-2- Le recours à la médecine traditionnelle pour la prise en charge du cancer du col de l'utérus.....	69
II-3- La combinaison de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle.....	71
II-4- Le recours à la religion	72
III- RESULTATS DISCUTES.....	73
III-1- Les productions idéologiques sur le cancer du col de l'utérus.....	73
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	84
TABLE DES MATIÈRES	91