

# ECLAIRAGES

## BULLETIN D'INFORMATIONS SANITAIRES STRATÉGIQUES / CAMEROUN

### Editorial:

L'OMS estime que le Cancer aura fait 84 millions de morts entre 2005 et 2015 si aucune mesure n'est prise. Plus de 70% des décès surviennent dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Alors que les méthodes de diagnostic et de prévention sont de mieux en mieux connues, le nombre des nouveaux cas de cancer ne cesse d'augmenter chaque année.

Au Cameroun, selon les estimations faites en 2002, 12 000 nouveaux cas sont enregistrés chaque année (MSP/SSS, 2001). En 2008, la prévalence moyenne était estimée à 5,8% (10,5% pour les hommes et 1,1% pour les femmes) (MSP, 2008). Plus de 80% des personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décèdent dans les 12 mois qui suivent le diagnostic (MSP/SSS, 2001).

Nous avons choisi pour ce numéro d'ECLAIRAGES de nous focaliser sur quatre aspects du Cancer qui nous ont semblé importants pour les populations camerounaises, à savoir: stratégies de lutte contre le Cancer du sein, entraves communicationnelles à la prise en charge, facteurs socio culturels d'adhésion ou non à la détection précoce du Cancer, et stratégies prévention et de cessation de la consommation du tabac chez les jeunes.

David YONDO

Vol III N°2 Sept—Oct 2011

## FOCUS SUR LE CANCER

### Sommaire

Lutter contre le cancer du sein	1
Entraves communicationnelles	2
Facteurs socio culturels	3
CDBPS—ACTU	3
Le TABAC et les Jeunes	4

## STRATEGIES POUR LUTTER CONTRE LE CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité dans la plupart des pays sub-sahariens (Ahmedin Jemal et al, 2010). La forte incidence du cancer du sein dans les pays africains serait attribuable à l'adoption de modes de vie occidentalisés. Avec un taux de 27,9 pour 100 000 femmes (Globocan 2010), le cancer du sein est le plus répandu parmi les types de cancers chez les femmes au Cameroun. Le nombre de victimes du Cancer du sein va augmenter si des efforts pour réduire son incidence ne sont pas soutenus; ces efforts sont d'ordre préventifs, curatifs ou en termes de réhabilitation.

1. Les stratégies de prévention visent à limiter l'incidence du cancer du sein en contrôlant l'exposition à des facteurs de risque et en renforçant les résistances individuelles (vaccination ou la chimio prévention). Cela pourrait se faire grâce à;

- L'éducation à la santé sur une base individuelle ou communautaire. Dans les pays en développement, les travailleurs communautaires du secteur de la santé pourraient servir d'outil dans la réalisation de ces derniers. Une étude transversale à Cape Town a montré que les femmes contactées par les Agents de Santé Communautaires étaient plus susceptibles de revenir pour le suivi médical du cancer du col: le nombre de perdu de vue était réduit

de moitié au cours des 24 mois suivant le contact par les ASC contre la forte réduction du nombre de visites observée (de 21% à 6% en 6 mois) chez les femmes lorsqu'elles n'avaient pas été contactées (Brianna M. W, 2010).

- Réduction des substances cancérigènes en milieu professionnel. Un risque d'exposition professionnelle peut être défini comme tout contact avec un potentiel agent cancérigène dit nocif dans un milieu de travail. La probabilité qu'un travailleur développe un cancer est influencée par ; la dose totale des cancérogènes reçue, la puissance de l'agent cancérigène, la présence d'autres expositions (notamment le tabac), et la susceptibilité individuelle.

2. La stratégie curative consiste à détecter le cancer à un stade précoce, lorsque le traitement est plus efficace et moins agressif.

Le dépistage précoce en est la clé. Il implique l'utilisation de tests simples et peu coûteux pour détecter les premiers stades du cancer. La détection précoce par mammographie offre un plus grand nombre d'options de traitement avec augmentation du nombre de vies sauvées, malgré le coût élevé et la réalisation de cette approche dans la plupart des pays en voie de développement.

(à suivre en page 2)

## STRATEGIES POUR LUTTER CONTRE LE CANCER DU SEIN (SUITE)

3. Les mesures de réhabilitation consistent en l'allègement de l'invalidité résultant de la maladie et d'améliorer par là l'état de santé des personnes affectées. Cette réhabilitation inclut le traitement et toutes les tentatives pour restaurer l'autonomie du malade et sa réinsertion dans le tissu social. L'évaluation correcte et la gestion de la douleur sont déterminants pour réussir la réhabilitation. L'une des techniques suivantes est souvent appliquée:

- Utilisation des différents traitements médicaux disponibles: chirurgie (65,10% au Cameroun, Enow Orock-et al.), radiothérapie, chimiothérapie et autres.
- Assistance psychologique: Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les patients du cancer du sein, mais ils ne sont souvent pas reconnus par les oncologues. Ohaeri et al en 1998 ont indiqué que environ 45% des femmes atteintes du cancer du sein et du col ont fait une dépression.

Les cancers du sein dans les pays africains se caractérisent par un stade relativement avancé, qui s'explique en partie

par l'arrivée tardive du malade à la consultation médicale, le diagnostic erroné conduisant à une perte de temps, la technologie médicale limitée pour le dépistage du cancer, le diagnostic et le traitement (JD Kemfang et al, 2011). Les stratégies de dépistage précoce incluent la promotion de la prise de conscience des premiers signes et symptômes et le dépistage par examen clinique des seins.

Violette Claire TAMO

### Bibliographie:

- Breast Cancer Profile in a Group of Patients Followed up at the Radiation Therapy Unit of the Yaounde General Hospital, Cameroon
- J. D. Kemfang Ngowa, J. Yomi, J. M. Kasia, Y. Mawamba, A. C. Ekor-tarh, and G. Vlastos, June 2011
- AnnCommy Ekortarl, Paul Ndom and Alexandra Sacks, A study of patients who appear with far advanced cancer at Yaounde General Hospital, Cameroon, Africa. Enow-Orock G, Ndom P, Yomi J, Doh A, Cancer in the Yaounde population Cameroon, 2007.
- Freddie Bray, Melissa M. Center, Jacques Ferlay, Elizabeth Ward, David Forman Global Cancer Statistics, Ahmedin Jemal, DVM, 2011.

## LA PRISE EN CHARGE DU CANCER : ENTRAVES

Au cours d'une visite « routinière » à son médecin pour « sa maladie » au sein, une dame s'entend dire à la fin de la consultation que lors de sa prochaine visite la semaine d'après, on lui fera une ablation du sein car son cancer progresse vite. Cette dame qui fréquentait le médecin depuis un an apprend en une matinée que sa maladie est un cancer et...

Le cancer comme toutes les maladies à pronostic potentiellement funeste, est un objet de communication problématique dans la relation soignant-soigné. Or la compréhension et la sérénité du malade sont des atouts pour l'adhérence du malade aux traitements souvent longs et parfois très douloureux. Lehman (1977) affirme que l'attitude psychologique joue un rôle déterminant dans l'évolution de la maladie et Greer et al (1990) font le lien entre le déni ou la combativité sur la survie du malade. Ici souvent l'équipe médicale tait le diagnostic ou l'exprime de manière incompréhensible pour le patient et sa famille qui dans leur contact à l'hôpital ne se construisent pas un pronostic heureux. Deux principales attitudes sont courantes chez les malades de cancer : soit l'ignorance, soit le déses-

poir. Les représentations que s'en fait le malade est une résultante de la gêne ou la compassion des professionnels de santé qui lui procurent des soins (laborantins, infirmiers, médecins) à l'hôpital et des savoirs populaires qui globalement se situent entre la perception incurable de la maladie et sa cause occulte. En effet, la représentation populaire du cancer comme incurable et même mortelle à brève échéance est partagée par de nombreux malades et leurs familles qui développent parfois des stratégies de réduction des coûts. Le support économique nécessaire pour la prise en charge de la maladie est problématique surtout que certains traitements sont onéreux.

Cécile Renée BONONO & David YONDO

### Bibliographie:

- Geer, S. Morris, T. (1990), Psychological response to breast cancer and 15 outcomes.
- Momnougui, B. (2010), Le vécu dépressif chez le patient cancéreux du sein : étude de cas, mémoire de master de l'UYI
- Robyr, R. (2002), Etude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale camerounaise, Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève

## FACTEURS SOCIO CULTUELS POUR UNE DETECTION PRECOSE

Dans de nombreux pays en développement, le problème de dépistage précoce du cancer se pose avec acuité. Au Cameroun, plus de 80% des personnes atteintes se font dépister à un stade très avancé de la maladie et la plupart décède dans les douze mois suivant le diagnostic (SSS 2001-2015, 2009). La compréhension de cette problématique suppose l'énumération des facteurs qui incitent ou non au dépistage précoce.

Les données probantes ont montré que parmi les facteurs qui incitent au dépistage précoce du cancer sont d'ordre: sociodémographiques (niveau d'étude élevé, revenu, sexe, âge, proximité des formations sanitaires, exposition aux médias), social (climat familial positif, interactions, cohésion et communication) et relationnel entre soignants et soignés.

Le dépistage précoce est entravé par des facteurs d'ordre sociodémographiques (niveau d'instruction bas, appartenance ethnique, sexe féminin, religions dites de réveil), économiques (liées à la précarité) et pratiques (organisation de la vie quotidienne, obligations familiales et professionnelles).

Par ailleurs, certains facteurs comme l'interprétation culturelle du cancer ne sont pas documentés et dépendent du contexte socioculturel et des croyances associées à la maladie, notamment en Afrique subsaharienne. En effet, la construction culturelle de la maladie est un élément fondamental qui guide le choix des itinéraires thérapeutiques.

Au Cameroun, le faible taux de dépistage précoce du cancer serait lié à certaines croyances populaires telles que: la punition liée à la transgression d'une coutume, le sort jeté, la malédiction, la maladie de la mort ou la fatalité.

L'ignorance des causes réelles du cancer, la négligence, et la perception sociale de cette maladie sont autant d'obstacles au dépistage précoce.

Les données probantes indiquent des stratégies pour inciter les populations des pays en développement au dépista-

ge précoce : (i) Lettre d'invitation postée avec un matériel éducatif; (ii) Appels téléphoniques; (iii) Lettres d'invitation aux examens multiples ; (iv) Visites à domiciles; (v) Activités de formation et rappels directs.

Au Cameroun, plusieurs actions significatives sont en cours: (i) Campagnes de dépistages gratuits du cancer (sein, prostate, col de l'utérus) par le programme national de lutte contre le cancer; (ii) Formation continue des prestataires; (iii) Sensibilisation axée sur la démythification de la maladie, ses causes réelles et les stratégies de la prévention.

Mais malgré ces avancées, beaucoup reste à faire.

**Moustapha NSANGOU et Pierre ONGOLO ZOGO**

### Bibliographie:

- M. BRIDOU et al. (2011) ; Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage de cancer colorectal par le test Hémocult II ; Psycho-oncol. (2011); pp.25-33.
- Bonfill COSP X et al (2009); Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (review); The cochrane collaboration; 32 p.
- E. WERE et al.(2011); Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya; African Health Sciences 2011; 11 (1); pp.58-64

## ACTU CDBPS \*\* CDBPH NEWS

un nouveau service à votre disposition en 2012:

### Rapid Response Service (RRS)

Ce service apporte, en quelques heures voir quelques jours , des preuves évaluées et conceptualisées à l'intention des décideurs et des managers qui en font la demande .

Les réponses rapides sont apportés dans les domaines de l'organisation, du financement et de la gouvernance du système de santé ainsi les stratégies pour impulser les changements

## LES JEUNES ET LE TABAC: PRÉVENTION ET CESSATION

Les cancers les plus fréquents sont dans l'ordre, ceux du sein, du col de l'utérus, du poumon, de la prostate et du foie. Le cancer du poumon est celui qui tue le plus dans le monde avec 1,4 million de décès enregistrés en 2008 (OMS, 2008). Le tabagisme est à l'origine de 30% de tous les cas de cancer du poumon et responsable de plus de 80% des cas chez l'homme et de 20% chez la femme. 44 % des jeunes exposés au tabagisme au Cameroun (MSP, 2008). Les localisations les plus courantes du cancer du poumon attribuées à la consommation du tabac sont : la gorge, la bouche, le pancréas, la vessie, l'estomac, le foie et les reins (OMS, 2008).

Selon la Convention-cadre de l'OMS élaborée en 2003 et ratifiée par le Cameroun en 2005, la propagation de cette épidémie est facilitée par un ensemble de facteurs, dont la libéralisation des échanges commerciaux et les investissements étrangers directs.

Six stratégies (MPOWER) de lutte contre le tabagisme sont indiquées dans cette convention cadre. Ces stratégies, axées sur la réduction de la demande et reposant sur les données factuelles (réduction de la consommation de tabac et amélioration de la qualité de vie) -OMS, 2008- sont :

**Monitoring:** surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ;

**Protecting:** protéger la population contre la fumée du tabac ;

**Offering:** offrir de l'aide à ceux qui veulent arrêter de fumer ;

**Warning:** mettre en garde contre les méfaits du tabagisme ;

**Enforcing:** interdire publicité, promotion et parrainage en faveur du tabac;

**Raising:** augmenter les taxes sur le tabac.

Une évaluation de l'OMS en 2010 a montré que 80% des pays n'appliquent aucune stratégie et que les 20% restant appliquent partiellement l'ensemble des stratégies.

Après ratification de la convention cadre, le Cameroun a commencé à mettre en œuvre le MPOWER en 2008, avec au programme:

**Monitoring:** surveillance de la consommation du tabac avec collecte de données à l'échelle nationale entre 2008 et 2010.

**Protecting:** interdiction de consommation du Tabac dans l'enceinte par plusieurs administrations / institutions.

**Offering:** création des centres de sevrage publics et privés.

**Warning:** réduction production de tabac sur le territoire national par l'encouragement aux activités agricoles rentables;

**Enforcing:** (i) promulgation le 29 Décembre 2006 de la loi sur la publicité qui interdit le mécénat et le sponsoring par les firmes de tabac ; (ii) Arrêté conjoint MINSANTE/MINCOMMERCE du 25 Juin 2007 portant marquage sanitaire des emballages des produits de tabac et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> Juillet 2008;

**Raising:** Promulgation des textes législatifs et réglementaires pour la lutte contre le tabagisme.

Marius Z. VOUKING

### Bibliographie:

- OMS, 2003. Selon la Convention-cadre pour la lutte antitabac.
- Ministère de la santé publique Cameroun, plan d'action national de lutte contre le tabagisme au Cameroun. 2009 – 2011.

Centre pour le Développement des  
Bonnes Pratiques en Santé  
Hôpital central de Yaoundé

Avenue Henry Dunant - Messa Yaoundé 2  
BP 87 Yaoundé - Cameroun

Phone: + 237 220 819 19  
Fax: +237 222 220 86  
Email : cdbpsh@yahoo.fr

[www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)

### Équipe de Rédaction

Dr Pierre Ongolo Zogo, Dr David Yondo, Dr Jean Serges Ndongo,  
Cécile Renée Bonono, Christine Danielle Evina, Violette Claire Tammo, Marius Vouking , Moustapha Nsangou