

Facteurs d'influence de l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein en Europe, Afrique Subsaharienne et Amérique Latine : une revue de littérature

Factors influencing the therapeutic pathway of breast cancer patients in Europe, Sub-Saharan Africa and Latin America: A literature review

Bintou FOMBA^{1*}, Fatou DIAWARA¹, Bakary DIARRA¹, Oumar SAMASSEKOU², Tieman COULIBALY³, Cheick Bougady TRAORE⁴, Pierre Adégné TOGO⁵, Madani Ly⁶, Amy Delson⁷, Samba DIOP³, Adama DIAWARA³, Mamadou Sounkalo TRAORE³, Mahamadou TRAORE², Akory AG IKNANE¹.

DOI: 10.53318/msp.v14i2.3049

Affiliation des auteurs

- 1-Institut National de Santé Publique/Mali
- 2-Faculté de médecine et d'odontostomatologie /Bamako
- 3-Département Santé Publique
- 4-Service anatomopathologie/Hôpital Point G.
- 5-Service chirurgie générale/Hôpital Gabriel TOURE
- 6-Forum médical Mali
- 7-Fondation Susan Kumen

*Auteur correspondant : Bintou FOMBA, E-mail : binetasegou@gmail.com, Tél : (+223) 83004000

Résumé

Introduction : Cette étude a examiné les facteurs d'influence du parcours thérapeutique des patientes atteintes d'un cancer du sein dans trois régions distinctes : l'Europe, l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine. Elle visait à mettre en évidence les différences, les similitudes, les forces et faiblesses des facteurs d'influences des voies thérapeutiques dans ces régions. Le parcours thérapeutique comprend les étapes de diagnostic de la maladie jusqu'aux traitements reçus. **Méthodes :** Cette analyse s'est basée sur un examen complet de 51 articles et rapports sur 85, publiés entre 2008 et 2022, intégrant des données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des systèmes de santé nationaux et de revues internationales à comité de lecture. L'analyse était axée sur les facteurs favorisant ou défavorisant à l'itinéraire thérapeutique des patientes. **Résultats :** L'analyse a révélé que les influences se résument en facteurs socio culturels, économiques et politiques. L'application des recommandations de l'OMS avait favorisé une orientation des itinéraires de la zone Europe vers le dépistage précoce depuis 2014. L'Afrique subsaharienne demeurait en retard à cause de la faiblesse de données de bases factuelles sur le cancer du sein, L'Amérique Latine avait adopté des politiques d'appropriation des stratégies par les patientes, pour le choix d'un itinéraire adéquat. Les facteurs d'influence en Europe et Amérique constituaient des forces en majorité. **Conclusion :** La recommandation principale pour les zones Afrique subsaharienne et Amérique latine était l'élaboration de politiques axées sur les spécificités des pays.

Mots clés : Itinéraire, soins, femmes, cancer du sein

Abstract

Introduction: This study examined the factors influencing the therapeutic pathway of breast cancer patients in three distinct regions: Europe, sub-Saharan Africa and Latin America. It aimed to highlight the differences, similarities, strengths and weaknesses of the factors influencing the therapeutic pathways in these regions. The therapeutic pathway includes the stages from diagnosis of the disease

to the treatments received. **Methods:** This analysis was based on a comprehensive review of 51 articles and reports out of 85, published between 2008 and 2022, integrating data from the World Health Organization (WHO), national health systems and international peer-reviewed journals. The analysis focused on the factors promoting or hindering the therapeutic pathway of patients. **Results:** The analysis revealed that the influences are summarized in socio-cultural, economic and political factors. The application of WHO recommendations had promoted an orientation of the routes of the European zone towards early screening since 2014. Sub-Saharan Africa remained behind due to the weakness of evidence-based data on breast cancer. Latin America had adopted policies of appropriation of strategies by patients, for the choice of an adequate route. The influencing factors in Europe and America were forces in the majority. **Conclusion:** The main recommendation for the sub-Saharan Africa and Latin America zones was the development of policies focused on the specificities of the countries.

Keywords: Route, care, women, breast cancer.

I-Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'évolution des maladies non transmissibles a connu une augmentation ces 15 dernières années, provoquant près de deux tiers des décès dans le monde. Les maladies principalement concernées par cette situation sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques (1). Ce constat a suscité au niveau international, la prise de résolutions clés à travers la cible 3.4 de l'objectif 3 des Objectifs de développement durable (ODD) à savoir, « d'ici à 2030, réduire d'un tiers par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée dû à des maladies non transmissibles » (1). Les recommandations de l'OMS portent sur des stratégies et des actions agissant sur les principaux facteurs de risque qui sont le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Ces recommandations concernent

principalement les pays à faible revenu qui portent à 80%, la charge des différentes pathologies (1).

Concernant le cancer, le conseil exécutif de l'OMS recommande aux Etats membres, la promotion de la recherche en vue d'améliorer le socle de connaissances pour prévenir et combattre la maladie. Cette recommandation spécifique vient du constat de l'insuffisance des connaissances sur la pathologie en général et particulièrement dans la zone Afrique (2).

L'un des problèmes de la prise en charge du cancer dans cette zone, serait le suivi de l'itinéraire thérapeutique des patients, qui devrait permettre aux systèmes de santé d'élaborer des politiques et stratégies de dépistage précoce, afin d'inverser la tendance du recours tardif aux soins du cancer et le taux élevé de mortalité surtout dans les pays à faible revenu (2).

Selon le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) de l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'augmentation de la fréquence de la maladie est de plus en plus importante, spécifiquement le cancer du sein, qui constituait 11,7% de nouveaux cas en 2020 et se classe ainsi en première catégorie en termes d'incidence et de mortalité dans 159 et 110 pays du monde respectivement. En 2020, le nombre de décès dû au cancer du sein est estimé à 685 000, dont 70% dans les pays à faible revenu (3).

Ce constat révélait la nécessité, pour les Etats, de mettre en œuvre la recommandation de l'OMS relative à la recherche sur les bases factuelles de la maladie, afin d'élaborer des politiques de prise en charge adéquates.

Plusieurs références indiquent que les actions et méthodes basées sur les avis et opinions des patients permettent d'orienter les stratégies nationales en termes d'efficacité, d'efficience et améliorent la capacité des communautés en termes de prise en charge des affections (4,5). Ces références mettent en évidence la nécessité pour les Etats de développer des outils de suivi et d'analyse qualitative afin de pouvoir élaborer des politiques et stratégies performantes.

Par ailleurs, les résultats d'autres études indiquent que, plus tôt le cancer est repéré, moins le traitement est coûteux et plus grandes sont les chances de guérison (2,6). L'élaboration des politiques performantes permet de réduire les effets des problèmes liés au recours tardif aux soins. Les expériences, de mise en œuvre et d'évaluation de politiques de prise en charge du cancer du sein expérimentées par la Fondation Susan Komen au Brésil, Panama et autres pays de l'Amérique latine entre 2012 et 2014 en sont des preuves. Les caractéristiques de ces expériences font parties des résultats du présent article.

II-Méthodes

Pour mieux appréhender le problème, il s'avérait nécessaire de faire un état des lieux du niveau de connaissance des facteurs d'influence, des itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein dans différentes régions du monde, afin de faire ressortir les caractéristiques, les différences et similarités en fonction des forces et des faiblesses. L'analyse était axée sur la

recherche des facteurs favorisant ou défavorisant à l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein. C'est à cela que s'est attelé cet exercice. Cette démarche nous a permis d'analyser les systèmes de prise en charge des régions, et de mettre en lumière les mécanismes ou facteurs déclencheurs de l'élaboration de politiques de prise en charge du cancer du sein.

Type d'étude : Cet article est une revue de la littérature sur les facteurs d'influence de l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein dans les trois régions.

Documents ciblés

Ce travail de synthèse a été réalisé avec des rapports et articles parus dans des revues nationales ou internationales qui ont porté sur la problématique. Ces articles ont été choisis selon les critères de leur publication entre 2009 et 2022 dans une revue à comité de lecture, des articles rapports et documents de référence de l'Organisation mondiale de la santé, des systèmes et politiques de santé des pays, et avoir un lien étroit avec le sujet.

Mode de collecte d'analyse des revues et rapports

Parmi les travaux exploités, figurent les revues et rapports de l'ONU sur les maladies non transmissibles : revue ONU/INFO, Journal. Afr. Cancer, Elsevier Masson SAS, American Society of ClinicalOncology, John LibbeyEurotext, Revue Susan G. Komen for the cure, le PanAfrican Medical Journal, la revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Niger, les rapports HAS/Haute Autorité de la Santé de la France, et de l'Institut National du Cancer/République Française, Globocan/Pays.

Documents exploités : Au total 51 articles et rapports sur 85 ont été analysés sur la base des critères de documents ciblés.

L'analyse des facteurs d'influence a été effectuée selon les caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique des patientes dans les trois zones de l'étude. Les forces et faiblesses des différents facteurs ainsi que leur comparaison en lien avec l'évolution de la Mortalité ont été présentées dans un tableau de synthèse.

III-Résultats

Caractéristiques des facteurs d'influence des itinéraires des patientes dans les trois régions

Le tableau I présente une synthèse des informations des différentes références qui ont été utilisées pour analyser les facteurs d'influence des itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein dans les trois zones. Les informations relatives à l'Afrique subsaharienne font ressortir des faiblesses au niveau de l'ensemble des facteurs d'influence des itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein ; ce qui est en défaveur d'une baisse de la mortalité dans cette zone. L'Amérique latine, qui partage en majorité les mêmes réalités socioculturelles et démographiques avec l'Afrique subsaharienne, occupe une position intermédiaire en termes d'élaboration de politiques plus performantes dont la force principale est l'existence de programmes ciblés, utilisant des bases de données portant sur le vécu de la maladie des patients et les avis des communautés, avec des mécanismes

d'évaluation des stratégies. L'effet de ces stratégies est visible à travers la baisse des taux de mortalité dans ces zones entre 2014 et 2022. La zone Europe est beaucoup plus en avance, car ayant commencé à appliquer les recommandations de l'OMS avant les autres, en renforçant la connaissance sur les techniques de prise en charge à travers des programmes réévalués et des études plus approfondies. Cependant un ralentissement de l'évolution taux de mortalité est perceptible entre 2020 et 2022 dans cette zone.

3.1-Europe

L'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein en Europe était lié à l'évolution de la connaissance sur la maladie et les stratégies de prise en charge. Avant 1950, cet itinéraire avait beaucoup de similarité avec la situation actuelle de l'Afrique subsaharienne qui est caractérisée par l'utilisation de la médecine non conventionnelle comme premier recours aux soins par les patients, un retard au dépistage précoce et l'insuffisance des infrastructures et équipements nécessaires à la prise en charge. Les influences se résument en facteurs socio culturels et politiques de prise en charge par les Etats. Les différentes évolutions décrites par les références ci-après en sont des exemples.

Selon une étude du Centre d'Analyse Stratégique de 2012, près de 70% des européens ont fait appel à une thérapie non conventionnelle pour le cancer et autres pathologies, durant leur vie, et 25% d'entre eux y font recours chaque année. La méconnaissance de la maladie par les patients et l'insuffisance des équipements ont engendré une augmentation de la mortalité due au cancer du sein, qui constitue 28% des cancers dans la région Européenne de l'OMS (7).

En Europe, la mortalité due au cancer du sein a connu des fluctuations. C'est ainsi que les évolutions, caractérisées par une augmentation suivie d'une baisse, allait de 14,74 décès pour 100 000 habitants en 1994 à 13,01 pour 100 000 en 2009. Cependant cette fluctuation ne concernait pas la Norvège et la Suède, (8). Une étude menée par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) publiée en 2010 dans le « British Medical Journal » a révélé des disparités dans la mortalité due au cancer du sein dans 30 pays européens (8). La mortalité avait baissé de 20% dans 15 pays, mais était restée stable et avait augmenté en Europe centrale entre 1989 et 2006. Les chiffres varient entre 45% de réduction en Islande et 17% de hausse en Roumanie. Les principales diminutions concernaient l'Angleterre et les pays de Galles 35%, Ecosse 30%, Irlande du Nord 29%, Suède 16%, France 11, Finlande 12%. Par contre, la mortalité avait continué de croître dans certains pays comme la Grèce, la Bulgarie et la Lituanie (8).

Selon l'OMS, en 2012, des données factuelles collectées dans des pays à revenu élevé ont indiqué que le dépistage par mammographie pourra réduire la mortalité imputable au cancer du sein, à condition que les Etats élaborent des politiques ou stratégies basées sur l'acquisition des compétences, du financement et des infrastructures de

prise en charge, avant d'enclencher le processus de dépistage (8).

Une bonne planification à la base des programmes de dépistages permettra une réduction de 20%, en termes de mortalité de la maladie chez les femmes âgées de plus de 50 ans. Pour s'inscrire dans cette dynamique, la plupart des pays de l'union Européenne ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du sein axés sur la mammographie régulière, pour une meilleure orientation des itinéraires thérapeutique des populations vers les objectifs de ces programmes (9).

A partir de 2004, l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein en Europe a progressivement évolué à travers l'élaboration de politiques et la mise en œuvre des programmes de prise en charge du cancer. Ces programmes sont souvent nationaux, régionaux, ou sous régionaux, comme « European Breast Cancer Screening » et le réseau EBCN subventionné par la Commission européenne, le programme national de dépistage du cancer en France. Cette démarche a été adoptée par les Etats, afin de sortir de la tendance générale du diagnostic à un stade avancé, pour la baisse de la mortalité, malgré la complexité et le coût élevé de ce modèle de dépistage. Par ailleurs, la potentialité du risque élevé des effets nocifs par rapport aux bienfaits fait l'objet de controverse (9).

La conséquence de l'adoption des recommandations de l'OMS par les Etats, est que les itinéraires thérapeutiques des patientes ont été fortement influencés par des politiques de dépistages légiférées et évaluées après une mise en œuvre des stratégies et programmes continuellement réorientées pour l'atteinte des objectifs de dépistage précoce, au profit d'un plus grand nombre de population. L'exemple de la politique de prise en charge du cancer adoptée par la France en 2004, en est une preuve (10).

En France, le pourcentage de dépistage précoce est alors devenu de plus en plus élevé, tendant vers les 70% recommandé par les évaluations de la mise en œuvre du Programme National de Dépistage Organisé. Les objectifs de ce programme étaient fixés par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi avait pour but, la réduction des cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi ceux diagnostiqués, en vue d'atteindre un taux de couverture du dépistage de 80 %, pour les femmes de 50 à 74 ans (10).

Les grands axes de cette stratégie du dépistage :

- **L'orientation des patientes** par catégories de patientes ;
- **Le programme de dépistage organisé** en termes de chiffres, de modalités, de populations cibles, de détermination des acteurs, de dépistage organisé et détection individuelle, d'évolution du dépistage organisé du cancer du sein, d'évolution de l'installation des mammographies autorisées dans le cadre du dépistage organisé ;
- **Les réponses aux questions** qui contextualisent la nécessité de réévaluation régulière du programme de dépistage à travers des études, en vue de la réorientation de la stratégie.

Ces trois axes sont soutenus par différentes activités et actions qui doivent concourir à l'atteinte des résultats (Exemple "Le programme de dépistage organisé des cancers du sein - Dépistage du cancer du sein")

En termes de résultat, 53% des femmes de la population cible (2,5 millions) ont participé au dépistage organisé en 2012. Ce taux était resté en deçà des recommandations (fixées à 70%). Les programmes de dépistages ont bénéficié, par la suite, de renforcement par des stratégies spécifiques ciblées recadrant la place du médecin généraliste en ce qui concerne l'information des femmes sur le dépistage organisé du cancer du sein.

L'efficacité du dépistage du cancer du sein était reconnue à travers la sensibilité et la spécificité du test qui étaient élevées. Les cancers identifiés étaient majoritairement de petite taille (53% des cancers identifiés) ou des carcinomes in situ (17%) (11).

3.2-Afrique subsaharienne

Le nombre de décès dû au cancer du sein en 2020 est estimé à 685 000, dont 70% dans les pays à faible revenu (3).

L'Afrique subsaharienne se classe dans cette catégorie de pays à faible revenu. Le taux de mortalité imputable à cette pathologie dans cette région est de 12,3% avec une incidence de 16,1%(12). Ce taux élevé de mortalité est dû à plusieurs facteurs, en lien avec l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein dans la région Afrique subsaharienne. Ces facteurs seront décrits à travers les aspects culturels, socioéconomiques et politiques, en fonction des résultats d'études.

Facteurs culturels

L'influence culturelle se manifeste par la difficulté de définition et de compréhension en termes linguistiques du mot cancer en tant que pathologie. Ce qui explique la méconnaissance et la banalisation de la pathologie (13,14).

Par ailleurs, les croyances culturelles et religieuses sont à la base de représentations courantes. Elles sont largement favorables à la pratique de la médecine traditionnelle comme premier recours aux soins. C'est ainsi que le cancer est souvent perçu comme le mauvais sort, une malédiction (15,16).

Facteurs socioéconomiques

Plusieurs références classent ces facteurs en deuxième position. Ils mettent en exergue le bas niveau de vie des populations des pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, qui comptent 60% des pauvres sur le plan mondial (17). Près de 41% à 60% de ces populations sont pauvres en fonction des pays et vivent en milieu rural, dans des zones géographiquement éloignées des structures de soins ou de prise en charge (18). Environ 80% de ces populations sont dépourvues d'assurance santé. En outre, les patients n'ayant pas les moyens pour se soigner entraînent leurs familles et communautés dans une situation de précarité. Cette précarité se manifeste à travers des dépenses catastrophiques de santé, à la charge des familles et les communautés de vie des patientes. (19).

Facteurs politiques en lien avec l'offre de soins

Les facteurs politiques s'expliquent par le choix politique des Etats orienté vers des secteurs, selon leurs priorités et vision du développement. Ces facteurs se traduisent non seulement par le bas niveau d'instruction et un taux élevé d'alphabétisation dans ces pays 35% (20), mais également par des politiques et stratégies internationales et nationales peu adaptées et peu réalistes. Dans la lutte contre la pathologie, les stratégies mettant en rapport le coût et l'efficacité sont presque inexistantes et insuffisantes en termes d'acquisition en infrastructures, équipements, ressources humaines, prévention (Faiblesse du système de prise en charge à travers l'inexistence de centres avec des compétences et équipements performants, activités de promotion de la santé, d'information de sensibilisation pour la connaissance de la maladie en vue d'un diagnostic précoce et meilleure orientation des patientes vers des itinéraires thérapeutique adéquats) (13). Il existe également dans ces pays une faible utilisation des compétences pluridisciplinaires par les institutions de santé (21).

3.3-Amérique latine

Certaines caractéristiques des facteurs d'influence des itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein de cette région de l'Amérique sont similaires à celles de l'Afrique subsaharienne. Les influences des facteurs culturels, socioéconomiques et politiques y sont également des obstacles majeurs, pour le choix de l'itinéraire thérapeutique adéquat. Le niveau de vie des populations est également très bas dans certaines zones, avec des représentations culturelles et religieuses entravant une bonne perception et une bonne compréhension de la maladie. La position socioculturelle des femmes au sein des communautés constitue un déterminant majeur à leur accessibilité financière aux soins de santé (22).

En outre, il existe dans cette région une disparité au niveau du dispositif organisationnel et sanitaire de lutte contre le cancer du sein. Les stratégies des systèmes de santé de ces pays sont prioritairement axées sur l'accessibilité géographique, à travers la décentralisation des centres de dépistages et de prise en charge au premier niveau. Cependant, la connaissance de la maladie, qui dépend d'une meilleure sensibilisation et d'une bonne information pour orienter le choix thérapeutique des patientes, reste un défi à relever. Il en va de même pour la capacité des centres de prise en charge (22). L'étude du Panama en 2014, indique une insuffisance et une mauvaise répartition du personnel qualifié, ainsi que la problématique liée au coût de déplacement des patients à l'entrée du continuum des soins du cancer du sein dans certaines régions.

D'autres pays, comme le Brésil, ont légiféré à travers l'adoption d'une Politique Nationale de Lutte contre le Cancer du Sein prenant en compte la prévention de la maladie. Une étude au Salvador (Brésil), en 2014, a révélé la méconnaissance des populations de la législation et des droits de la santé, malgré un engagement fort du gouvernement pour la priorisation des unités de santé de

base. Pour la gestion du cancer du sein, cette priorisation avait pour objectif, une meilleure participation des communautés à l'identification des besoins en communication et à la prise de décision en termes de planification, à commencer par les soins de santé primaires au premier niveau. Les activités découlant de cette planification étaient principalement orientées sur la promotion du dépistage précoce pour réduire le diagnostic tardif. Selon l'étude du Salvador, la méconnaissance des communautés de leurs droits de citoyen et des dispositifs du système des soins du cancer du sein a influencé les itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein (23).

Par ailleurs, l'étude de Sao Paulo (Brésil), en 2012, a identifié trois types d'obstacle qui influencent l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du sein (24). Il s'agit d'obstacles systémiques : (insuffisance d'infrastructures, de logistique et de formation insuffisante du personnel), difficultés financières (frais de médicaments, insuffisance d'équipements de diagnostic et de radiothérapie), problèmes environnementaux (le problème de transport et la méconnaissance sur les effets des traitements). L'étude a recommandé un renforcement des capacités des populations à travers des études d'analyse approfondie des obstacles financiers et environnementaux, de la participation des leaders communautaires et des autres acteurs du système de santé pour un meilleur accès aux soins. Des stratégies étaient déjà en cours pour le renforcement des mécanismes de financement et d'acquisition de certains équipements de mammographie et de radiothérapie (passation de marché à travers des fournisseurs tiers) (24).

Malgré les différents obstacles à l'accès aux soins, les stratégies et actions du gouvernement brésilien ont influencé l'itinéraire des patientes, avec des résultats qui vont de 5 à 8% de patientes diagnostiquées aux phases III et IV de la maladie au moment de l'étude.

La synthèse des caractéristiques des facteurs d'influence des itinéraires dans les trois zones a permis de mettre en lumière les forces et faiblesses des différents types de facteurs en lien avec l'évolution de la mortalité dans certains pays. Un tableau représentant ces forces et faiblesses a été annexé à cette étude.

IV-Commentaires et discussion

Notre étude présentait certaines limites. Les pays des trois zones concernées ne sont pas au même niveau dans le processus de prise en charge du cancer de sein. Cette inégalité d'approche apparaît surtout dans l'initiative d'élaboration d'outils de suivi ou d'évaluation qualitative auprès des échantillons de patientes afin d'analyser les itinéraires thérapeutiques et élaborer des politiques de prise en charge adéquate. Cette situation rendait la comparaison difficile car les outils de mesures des facteurs d'influence étaient différents, d'où l'utilisation par les auteurs de divers types de documents avec des critères clés. Des pays à revenu élevé comme la France, ou moyen comme le Brésil disposent de données

spécifiques d'évaluation qualitative des itinéraires thérapeutiques des patientes. Les données utilisées pour l'Europe et l'Amérique latine proviennent de programmes ciblées par la thématique.

Cependant, dans notre pays tout comme ceux de l'Afrique subsaharienne dispose de faibles bases de données factuelles, ne permettant pas de décrire de façon approfondie l'itinéraire des patientes du cancer du sein d'où la recommandation de l'OMS qui invite les Etats à faible revenu de renforcer le socle de la connaissance à travers des bases factuelles. C'est ainsi que la majorité des références analysées dans le présent article donne des résultats généraux pour la zone Africaine particulièrement, d'où l'établissement des critères de sélection.

Des études qualitatives actuellement en cours au Mali pourront fournir des informations spécifiques sur l'itinéraire des patientes de ce pays. Au cours des investigations, nous n'avons pas rencontré d'études similaires analysant les facteurs d'influence des itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein.

Cependant, certaines études comme celle de Ginsburg et al. en 2020, ayant traité des thématiques différentes, présentent des résultats qui ont des points communs avec les nôtres. Cette étude fait l'analyse de l'interrelation entre les problèmes d'accessibilité géographique, financier, communauté de vie, qui sont des conséquences de la faiblesse des politiques en lien avec l'offre de soins (25). En outre, l'étude, réalisée à Lima, au Pérou par Silvana MM et al. en 2021, expérimente le « Navigateur », un guide d'orientation des patientes du cancer du sein, dans les structures de prise en charge au Pérou. Cette expérience est une réponse aux problèmes d'organisation des services et de stratégie de communication adaptée aux besoins des patientes (26).

Par ailleurs l'étude sur la perceptions, le diagnostic et le traitement du cancer du sein réalisée à Carthagène-Colombie par Atas CIAIQ en 2018, indique la peur du diagnostic positif comme système « autobloquant », empêchant certaines femmes d'aller en consultation en présence de signes du cancer du sein. La connaissance de ces facteurs « autobloquant », est une opportunité pour le système de prise en charge d'élaborer des politiques de communication adéquate, afin de sensibiliser les populations sur la nécessité du diagnostic précoce (27).

V-Conclusion

Dans les zones concernées par l'étude, plusieurs facteurs influencent les itinéraires thérapeutiques des patientes du cancer du sein. Ces facteurs peuvent constituer des forces ou des faiblesses pour l'atteinte des objectifs en termes de dépistage précoce pour réduire au maximum le taux élevé de diagnostic à un stade tardif.

Certains pays de l'Amérique latine, comme le Brésil, sont en avance sur la zone Afrique subsaharienne, en termes de mise en place de mécanismes pour lutter efficacement contre le cancer du sein. Cependant, selon les données de l'OMS, le taux de mortalité reste élevé dans la plupart de ces pays comme en Afrique subsaharienne. Pour de

meilleurs résultats, chaque pays doit élaborer son approche programme ou décentraliser en fonction des spécificités de leur système de santé simple ou complexe.

VI-Références bibliographiques

1. WHO. Plus Sain, Plus juste, plus sûr- l'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017. 2017.
2. Dangou JM, Sambo BH, Moeti M, Diarra-Nama AJ. Prévention et lutte contre le cancer dans la région africaine de l'OMS : un appel à l'action. *J Afr Cancer* 2009. 2009;1:56-60.
3. Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 | ONU Info. In 2020 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572>
4. Engelmann MM, Keller H, Banzhoff ND, Kronen T. Medical decision making-Shared decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. 2010 Elsevier Irel Ltd. 2010;0738-3991.
5. Rousset G. Les conditions d'intervention des associations de santé dans le processus décisionnel des instances hospitalières et de santé publique. 2008 Elsevier Masson SAS. 2008;1765-4629.
6. Runowic CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RI, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *Am Cancer Soc Am Soc Clin Oncol*. 2016;34(6).
7. Humblot JF. Itinéraires thérapeutiques de patients franc-comtois atteints du cancer- Anthropologie sociale et ethnologie [Doctorat en anthropologie]. [Reunion]: », Université de la Réunion; 2020.
8. OMS/Bureau régional l'Europe. Maladies non transmissibles. 2012. Maladies non transmissibles-Cancers-Dépistages précoce des principaux cancers-Cancer du sein. Disponible sur: <https://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/highlights/cancer-control.html>
9. Jusot F, Goldzahl L. Les Déterminants du Recours Régulier au Dépistage du Cancer du Sein en France. *Rev Fr D'économie* 2016. 2016;XXXI(4):109 à 152.
10. HAS/Autorité de la santé 2015. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Dépistage et prévention du cancer du sein. 2015;
11. Institut National du cancer. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
12. WHO/Globocan. Sub saharan Africa hub. 2020;
13. Ly M, Ly A, ., Rodrigues M, Loriot Y, Deberne M, Boudou-Rouquette P, et al. Le cancer en Afrique, un nouveau défi sanitaire. Exemple du Mali et de l'association Oncomali. *Bull cancer-John Libbey Eurotext*. 8 août 2010;97(8).
14. Zannou , DM, Prudencio R, Azon-Kouanou A, Agbodanbé K, Vigan , J, Houngré C, et al. Itinéraire Thérapeutique et Retard à la Consultation des Patientes Atteintes de Cancer du Sein au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Maga, Cotonou-Bénin. *RAFMI* 2015. 2015;24-8.
15. Touré M, Nguessan E, Bambara AT, Kouassi YKK, Dia JML, Adoubi I. Facteurs liés au Diagnostic Tardif des Cancers du Sein en Afrique-sub-saharienne: cas de la Côte d'Ivoire. *Elsevier Masson SAS* 2013. 2013;41(12):696-700.
16. Traoré ST. Cancer du sein au Mali: Anatomie Clinique et Suivi », [Bamako (ML)]: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie; 2008.
17. Banque Mondiale. Le Rapport 2020 sur la Pauvreté et la Prospérité Partagée-Revers de Fortune. 2020.
18. Kouassi B. Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest [Internet]. Éditions Karthala, 2008. Paris; 2008. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/tem.1171>
19. Berger F, Doussau A, Gautier C, Gros F, Asselain B, Reyalc F. Impact du statut socioéconomique sur la gravité du diagnostic initial de cancer du sein. *Rev D'Epidémiologie Sante` Publique*. 2012;60.
20. Banque Mondiale. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) - Sub-Saharan Africa [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SE.ADT.LI.TR.ZS?locations=ZF>
21. Gueye SMK, . Gueye M, Coulbary SA, Diouf A, Moreau JC. Problématique de la prise en charge des cancers du sein au Sénégal: une approche transversale. *Pan Afr Med J*. 2011;121-40.
22. Fondation Susan G Komen. Estudio Cualitativo, Descriptivo Para Investigar Barreras y Oportunidades en la Atencion de Salud de Cancer de Mama de Las Mujeres Rurales e Indigenas de Panam . Panama: Fondation Susan G Koment; 2014.
23. Fondation Komen S.G. Pathways Barriers for Breast Cancer Patients in Salvador: An Assessment of the Breast Cancer Situation from Screening to Treatment. Salvador: Fondation Susan G Komen; 2014.
24. Fondation Susan G. Kumen for the cure. Breast health Care System Assesment-Sao Paulo/Brésil. Brésil; 2012.

25. Ginsburg, al. Breast cancer early detection: a phased approach to implementation. HHS Public Access. 15 mai 2020;(126(Suppl 10)):2379-2393.
26. Silvana MM, Luis EF. Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: Un estudio cualitativo en Lima, P erú. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2021;14(4).
27. Atas CIAIQ. Barreras de acceso, percepciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: Análisis de casos Cartagena-Colombia. Atas CIAIQ2018. 2018;Volume 2.

Tableau I : facteurs d'influence des itinéraires thérapeutiques et évolution de la mortalité

	POLITIQUES,	ECONOMIQUES	CULTURELS,	EVOLUTION DE LA MORTALITE/CANCER /SEIN
EUROPE	<p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de Politiques Nationales de lutte contre le cancer du sein légiférées et mise en œuvre à travers des stratégies et actions. • Approche Programmes (<i>stratégies de dépistage et de prise en charge parallèle au système de santé existant</i>). • Stratégies de communication permettant la compréhension et l'orientation des patients vers les structures de dépistages. • -Cycles d'évaluations planifiées et réorientations des stratégies et actions. 	<p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement et subvention des Programmes de dépistage du cancer du sein par l'Etat et les politiques de couverture universelle. • Accessibilité financière et géographique assurée pour les populations cibles grâce à la déconcentration des structures de dépistage et de prise en charge. • Approche qualité des soins assurée par le renforcement du plateau technique aux différents niveaux du système de santé. <p>Analyse des rapports coûts efficacité, efficacité des actions des programmes pour déterminer les bénéfices et les limites.</p>	<p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effets des influences socio-culturelles réduits par les stratégies de communication et d'évaluation des politiques et programmes (<i>voire pourcentage du dépistage des programmes</i>). <p>Environ 70% des européens font appel à une thérapie non conventionnelle durant leur vie, 25% d'entre eux y recourent chaque année (<i>Centre d'Analyse Stratégique 2012</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • France : Les cancers identifiés à travers les programmes étaient majoritairement de petite taille (53 % des cancers identifiés) ou des carcinomes in situ (17 %) en 2015. -Mortalité: 40 et 62 pour 100,000 en 1991 et 7,6% en 2020 / Contre 7,7% en 2022. • Allemagne: -Mortalité: 45 et 75 pour 100,000 en 1991 et 8,2% en 2020/ Contre 8,1% en 2022. • Danemark: -Mortalité: 50 et 95 pour 100,000 en 1992 et 6,5% en 2020/Contre 6,5% en 2022 • Pologne: -Mortalité: 7, 4% en 2020/ Contre 7,3% en 2022

AFRIQUE SUBSAHARIENNE	<p>Faiblesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiques de lutte contre le cancer du sein en phase de démarrage. • Inexistence d'une force juridique 	<p>Faiblesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement insuffisant de l'Etat, pour finaliser ou évaluer les politiques et les mettre en œuvre. <p>Nombre de partenaires réduit</p>	<p>Faiblesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte influence culturelle et religieuse dans la représentation de la maladie. • Tradipraticien, comme premier recours aux soins chez les patientes du cancer du sein. <p>Méconnaissance de la maladie à plusieurs niveaux et zones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mali : 83% des cas sont diagnostiqués à la phase III et IV de la maladie, avec une Mortalité: 13,9 % en 2019/ Contre 12, 6% en 2022 • Gabon: -Mortalité: 10, 4% en 2020/ Contre 10,3 en 2022 • Kenya: -Mortalité: 11,5% en 2020/ Contre 12,2 en 2022 • Afrique du sud: -Mortalité: 8,3% en 2020/ Contre 8,1 en 2022
AMERIQUE LATIME	<p>Force :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de Politiques Nationales de lutte contre le cancer du sein légiférées mise en œuvre à travers des stratégies et actions. • Système de prise en charge intégré au système de santé global avec un continuum de soins qui a ses entrées spécifiques dans certains pays. <p>Faiblesse: Insuffisance de stratégies de communication des politiques pour une meilleure appropriation du concept de dépistage précoce par les populations.</p>	<p>Force:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financement de l'élaboration et évaluation des politiques et stratégies assurée par l'Etat fondations.... • Rapport coût efficacité important en termes de financement de la santé à travers le système intégré. • Niveau de plateau technique moyen et décentralisé au premier niveau. <p>Faiblesse: Mauvaise répartition des compétences et du plateau technique au premier niveau au Panama....</p>	<p>Faiblesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influence des croyances culturelles liées à la position et rôle des femmes, créant un obstacle aux soins dans certaines zones. • Faible connaissance de la maladie dans certaines zones. <p>Réduction du pourcentage de population faisant recours au dépistage et aux soins dans ces zones spécifiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brésil 2014: -6% était dépisté au stade III et 5% au stade IV (<i>étude kumen 2012</i>) -Mortalité: 16,8% en 2014 /Contre 8% en 2022 • Panama: -Mortalité: 14% en 2014 /Contre 7,9% en 2022 • Argentine: -Mortalité: 19,6% en 2014/Contre 9,2% en 2022 • Venezuela: -Mortalité: 10,5% en 2014/ Contre 9,3% en 2022

NB: Pour la zone Europe, les taux pour 100,000 des années 1990 sont dans les intervalles d'âges de **45-54 ans et 55-64 ans**. Les taux proviennent du rapport **OMS/Bureau régional l'Europe 2012« Maladies non transmissibles-Cancers-Dépistages précoce des principaux cancers-Cancer du sein »** et de Globocan profil cancer des pays.