



Histoire et Analyses des Relations Internationales et Stratégiques

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations Internationales et des Etudes Stratégiques Africaines (ASRIESA)



HARIS DECEMBRE 2024

N°15

Editée par le Laboratoire d'Histoire des Relations Internationales, des Études Stratégiques et Politiques (LAHRIESPO)

Université Alassane OUATTARA

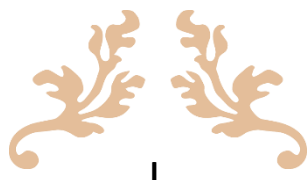
ISSN: 2709-5053

Histoire et Analyses des Relations
Internationales et Stratégiques
(HARIS)

N°015 Décembre 2024

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations
Internationales et des Études Stratégiques Africaines (ASRIESA)

ISSN: 2709-5053



Indexations internationales



<https://reseau-mirabel.info/revue/19498/Haris>



TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23388>

auréHAL
accès aux données
de référence de HAL

<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/224412>



Administration de la Revue

Directeur Scientifique :

Professeur M'BRA EKANZA
Simon-Pierre (Professeur
Emérite du CAMES,
Université Félix Houphouët-
Boigny)

Directeur de Publication :

CAMARA Moritié (Professeur
Titulaire d'Histoire des
Relations Internationales,
Université Alassane Ouattara,
Côte d'Ivoire)

Directeur de Rédaction :

KOUAKOU N'DRI Laurent
(Maître de Conférences
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Coordonnateur de

Publication : SILUE Nahoua
Karim (Maitre-assistant
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Trésorière : YAO Elisabeth
(Maître-assistante en Histoire
économique, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Chargés de diffusion : KEWO

Zana (Maitre-Assistant
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Péleforo Gon Coulibaly, Côte
d'Ivoire),

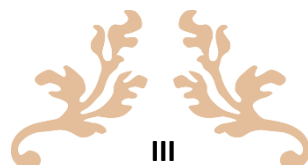
KPALE Boris Claver (Maitre-
Assistant d'Histoire des
Relations Internationales,
Université Alassane Ouattara,
Côte d'Ivoire)

Webmaster : Kouakou
Kouadio Sanguen (Assistant
Département de
Mathématique et
Informatique, Université
Alassane OUATTARA)

Éditeur : Laboratoire
d'Histoire des Relations
Internationales, des Études
Stratégiques et Politiques
(LAHRIESPO), Université
Alassane OUATTARA)

Website : <http://www.revue-haris.org>

Courriels : cerriua01@gmail.com / asriesa2012@gmail.com



Comité Scientifique

-M'BRA EKANZA Simon-Pierre, Professeur Titulaire d'Histoire, Professeur Emérites du Cames (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire)

-KOULIBALY Mamadou, Professeur agrégé d'Economie, (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire)

-Abdoulaye BATHILY, Professeur Titulaire d'Histoire (Université Cheick Anta Diop-Sénégal)

-Jean-Noël LOUCOU, Professeur d'Histoire Contemporaine (Université Félix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire)

-KOUI Théophile, Professeur Titulaire Etudes Ibériques et Civilisations Latino-Américaines (Université Félix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire)

-Francis AKINDES, Professeur Titulaire de Sociologie (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)

-ALLADAYE Comlan Jérôme, Professeur Titulaire d'Histoire (Université d'Abomey-Calavi - Benin)

-SAADAOUI Ibrahim Muhammed, Professeur d'Histoire Moderne et Contemporaine, Université de Tunisie. President de la Tunisian World Center for Studies, Research, and Development et de la Tunisian-Mediterranean Association for Historical, Social and Economic Studies -Tunisie)

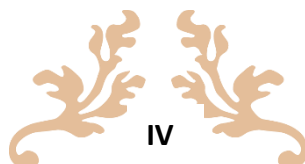
-Ousseynou Faye, Professeur Titulaire d'Histoire (Université Cheick Anta Diop-Sénégal)

-Samba Diakité, Professeur Titulaire de Philosophie (Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire)

-Esambu Matenda -A- Baluba Jean - Bosco Germain, Professeur en Relations Internationales. (Université de Lubumbashi-République Démocratique du Congo)

-ASSI-KHAUJIS Joseph Pierre, Professeur Titulaire de Géographie (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)

-GBODJE Sékré Alphonse, Professeur Titulaire d'Histoire Politique (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)



Comité de Lecture

-BATCHANA Essohanam, Professeur Titulaire d'Histoire contemporaine (Université de Lomé - Togo)

-AKROBOU Agba Ezéquier, Professeur Titulaire d'Etudes Ibériques et Civilisations Latino-Américaines (Université Félix Houphouët-Boigny-Côte d'Ivoire)

-CAMARA Moritié, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales. (Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire)

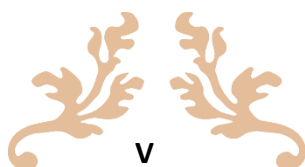
-GUESSAN Benoit, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)

-N'Guessan Mohamed, Professeur Titulaire d'Histoire Politique (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)

-Ernest YAOBI, Maître de Conférences d'Histoire des Religions (Université Félix Houphouët-Boigny-Côte d'Ivoire)

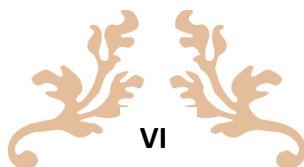
-GOLE Antoine, Professeur Titulaire d'Histoire économique (Université Alassane OUATTARA- Côte d'Ivoire)

-BAMBA Abdoulaye, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)



Adresse aux auteurs

La Revue HARIS paraît 4 fois dans l'Année : Mars, Juin, Septembre et Décembre. Les publications de Juin, Septembre et de Décembre sont libres en termes de thématiques des articles et autres contributions et celle de Mars portera à chaque fois sur un thème précis qui est communiqué six mois à l'avance. La revue ne publie que des contributions inédites et de fonds sur tous les champs de recherches des Relations Internationales et des Études stratégiques. La doxa de la revue porte sur la vision africaine des Relations Internationales mais reste ouverte à toutes les visions et points de vue venant de tous les continents. Les normes de présentation des manuscrits sont celles du CAMES (à consulter sur le site de la revue <http://www.revue-haris.org>). Le manuscrit doit comprendre entre 5000 et 8000 mots et porter les noms et prénoms du ou des auteurs, le nom de l'Institution de rattachement, le mail, et une photo format identité du ou des auteurs.



Sommaire

Serges MEYE NDONG & Christian MESSE MBEGA

Les Représentations des enjeux géopolitiques de la libre circulation des personnes et des biens au sein de la CEMAC : Entre États favorables et États réfractaires.....8-24

ADONI Kpelé Hervé

Les accords entre la Côte d'Ivoire et la France : 1960 à 202025-32

Laurent N'dri KOUAKOU & Hermann Djékoua Ouapo

Analyse de la politique de résilience de l'Ecole ivoirienne de 2002 à 2016.....33-52

Eric Chrisostome N'DO

Penser l'idéal démocratique dans la société contemporaine53-67

Ouanidanga Emmanuel SILUÉ

Que peut le peuple dans une bataille où l'Etat s'en sort ensanglanté ? Regard philosophique sur le pouvoir populaire en contexte de recomposition géopolitique.....68-80

AKPABIE Adoté Akué & KOMBATE Matiéyendou

Fragment de réflexion sur la mortalité chez les personnes souffrantes de cancer au Togo.....81-95

MBA MISSANG Frederick

La fête des cultures entre vivre ensemble et *Nation Branding* du Gabon96-113

Nahoua Karim SILUE & Foto Hervé ASSANVO

Engagement politique des femmes dans les organisations de masse sous le parti unique : Cas de l'Association des Femmes Ivoiriennes (1963-1990).....114-125





FRAGMENT DE REFLEXION SUR LA MORTALITE CHEZ LES PERSONNES SOUFFRANTES DE CANCER AU TOGO

AKPABIE Adoté Akué

Université de Lomé, Département de Sociologie,
levycarlos2@yahoo.fr

KOMBATE Matiéyendou

Université de Lomé, Département de Sociologie,
kombateal@yahoo.fr

Résumé

Au Togo, l'adhésion à la lutte contre les divers types de cancer¹ s'est matérialisée par la mise en place d'un registre destiné à collecter les données sur le cancer en 2016, la construction d'un centre de prise en charge gratuite du cancer pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio et la construction d'un centre de radiothérapie en 2022. Malgré ces engagements de l'Etat du Togo, le nombre de décès enregistré ne cesse de croître. Cette recherche vise à identifier les déterminants de la mortalité croissante des personnes souffrant de cancer au Togo. Elle a pour intérêt d'apporter des explications sociologiques à l'augmentation des décès relatifs à cette maladie et de susciter une meilleure politique de lutte contre le cancer au Togo. Pour atteindre l'objectif de cette recherche, une triangulation des méthodes quantitative, qualitative, et documentaire a été adoptée. Les résultats de la recherche révèlent que la mortalité croissante des cas de cancer au Togo relève de plusieurs déterminants. Il s'agit d'abord, des carences organisationnelles relatives au déficit du personnel soignant qualifié pour la prise en charge des cas de cancer et celui des centres sanitaires qualifiés. L'unique centre étant installé dans la capitale, le recours à celui-ci est tardif. Ensuite, cette mortalité a pour cause des difficultés d'accès aux médicaments anti-cancéreux, dues à leur disponibilité limitée et à leur inaccessibilité au revenu moyen au Togo. De même, le coût du diagnostic et du traitement du cancer échappe à la bourse des patients et de la population togolaise qui bénéficient d'une couverture sociale très insuffisante. Enfin, la représentation sociale du cancer caractérisée par sa dimension magico-religieuse entraîne un itinéraire thérapeutique traditionnel et un retard de recours aux services sanitaires spécialisés.

Mots clés : cancer, déterminants, mortalité, chimiothérapie², radiothérapie³.

Abstract

In Togo, commitment to the fight against the various types of cancer was demonstrated by the establishment of a register to collect data on cancer in 2016, the construction of a free paediatric cancer treatment centre at the Centre Hospitalier Universitaire-Sylvanus Olympio and the construction of a radiotherapy centre in 2022. Despite these commitments by the Togolese government, the number of deaths continues to rise. The aim of this research is to identify the determinants of the increasing mortality of cancer sufferers in Togo. Its aim is to provide sociological explanations for the increase in deaths related to this disease and to encourage a better cancer control policy in Togo. To achieve the objective of this research, a triangulation of quantitative, qualitative and documentary methods was adopted. The results of the research show that the increasing mortality from cancer in Togo is due to several factors. Firstly, there are organisational shortcomings, such as the lack of qualified medical staff to treat cancer cases, and the lack of qualified health centres. As the only centre is located in the capital, patients turn to it late. Secondly, this mortality rate is due to difficulties in accessing anti-cancer drugs, because of their limited availability and inaccessibility to the average Togolese. Similarly, the cost of diagnosing and treating cancer is beyond the means of patients and the Togolese population, who have very inadequate social cover. Finally, the social representation of cancer, characterised by its magico-religious dimension, leads to a traditional therapeutic itinerary and a delay in recourse to specialised health services.

Keywords: cancer, determinants, mortality, chemotherapy, radiotherapy.

¹ Le Cancer est selon l'Institut National du Cancer (2011, p. 102) : « une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon incontrôlée. Ces cellules dérégulées finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne ».

² La chimiothérapie est selon l'Institut National du Cancer (2011, p. 9) : « un traitement qui consiste à utiliser des médicaments contre les cellules cancéreuses. Elle agit sur toutes les cellules cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectées par les examens d'imagerie ».

³ La radiothérapie est selon l'Institut National du Cancer (2011, p. 9) « un traitement qui consiste à utiliser des rayons pour détruire les cellules cancéreuses ».

INTRODUCTION

Après les tourments créés par le SIDA, le monde fait face aujourd'hui de façon inquiétante à une maladie cette fois-ci non transmissible : le cancer. Cette dernière fait partie des maladies non transmissibles en dehors des maladies cardiovasculaires, le diabète, et les maladies respiratoires chroniques. Parmi les maladies qui constituent de véritables préoccupations de santé publique dans le monde, le cancer occupe le second rang avec plus de 21% de décès dans le monde (OMS, 2022) après les maladies cardiovasculaires selon l'Observatoire Mondial de la Santé (2020). Le cancer du poumon est responsable en 2020 du plus grand nombre de décès (1,8 million de décès) ou 18% du total, suivi du cancer colorectal (916000 décès), du foie (830 000 décès), de l'estomac (769000) selon l'OMS (2022).

Au Togo, la situation du cancer est tout aussi préoccupante que dans le reste du monde. En 2020, les nouveaux cas de cancer sont estimés à 5208 personnes des deux sexes (Ministère de la santé, 2021). L'évolution du cancer en 2022 est inquiétante selon les autorités sanitaires du Togo.

En effet, T. Darre⁴ du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus-Olympio de Lomé (CHU-Sylvanus Olympio) déclarait que : « la situation interpelle, parce que pour la seule année 2022, il y a eu un peu moins de 8 000 nouveaux cas pour le Togo. Ce sont des cas qui ont été documentés, en sachant très bien qu'il y a eu une sous-estimation » (Portail officiel de la République togolaise, 2023).

Pour lutter efficacement contre le cancer et réduire le taux de mortalité, le Togo a adopté un certain nombre de mesures depuis 2015. C'est

dans cette optique, qu'un programme national de lutte contre le cancer (PNLC) a été créé par arrêté ministériel. Pour le concrétiser, un plan de lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche multisectorielle et multidisciplinaire a été adopté.

De même, au cours de cette même année, un décret a été pris par le gouvernement pour la création d'un Institut National du Cancer. Pour assurer la mise en œuvre des actions en faveur de la lutte contre le cancer, le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022 a inscrit le problème du cancer dans l'axe 4 et dans le nouveau Plan Stratégique Intégré de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles 2018-2022.

Malgré ces mesures prises par le gouvernement togolais, on note une évolution croissante du nombre de décès lié au cancer. Ainsi, en 2015, les statistiques au niveau national selon le ministère de la santé (2015) chiffrèrent à 2700 le nombre de décès liés aux cancers. Selon les statistiques, au CHU Campus, le nombre de décès est passé de 180 décès en 2016 à 204 en 2020 puis à 278 en 2022 (Rapports d'activités CHU Campus, 2022).

Au cours de la même période, il est passé au CHU Sylvanus Olympio de 195 décès en 2016 à 225 décès en 2020, puis à 358 en 2022 (Rapport d'activités CHU Sylvanus Olympio, 2022).

En général au Togo, en 2020, le nombre de décès est estimé à 3468 personnes des deux sexes (The Global Cancer Observatory, 2021). En 2021, ce nombre est estimé à 3486 personnes des deux sexes (Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, 2021).

⁴ Tchou Darre est le chef de service d'anatomo-pathologie au Centre Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. Il est l'actuel Ministre de la santé et de l'hygiène publique du Togo.

Face à l'augmentation du nombre de décès lié au cancer il est important pour une lutte efficace, que les différents mécanismes mis en place par l'Etat du Togo tiennent compte aussi bien de la dimension médicale de la maladie que celle sociologique. Quels sont alors les déterminants de l'augmentation de la mortalité liés au cancer au Togo ? Cet article n'a pas la prétention de répondre de façon exhaustive à la question, mais de rendre compte d'un fragment de déterminants de la mortalité liée au cancer au Togo.

Méthodologie

Pour identifier les déterminants de la mortalité des personnes souffrant du cancer au Togo, la triangulation de la recherche quantitative, qualitative et documentaire a été utilisée. Sur le volet quantitatif, la recherche s'est basée sur les patients souffrant de cancer, référés au CHU Sylvanus Olympio de Lomé âgés de 18 ans et plus.

Ce centre de santé est choisi parce qu'il reste la seule structure sanitaire publique à abriter un service d'oncologie au Togo. Pour l'identification des enquêtés, la méthode d'échantillonnage non probabiliste notamment, les techniques accidentelle et raisonnée ont été adoptées. La technique accidentelle a été adoptée pour permettre d'avoir accès à des patients aptes à l'administration du questionnaire.

Ainsi, les patients qui sont présents au CHU Sylvanus Olympio pour des raisons de consultation, cures, suivi de traitement ou pour une intervention chirurgicale relatives au cancer ont été retenus. La technique d'échantillonnage raisonnée est adoptée pour le choix des services dans lesquels sont choisis les enquêtés et les patients aptes à répondre. Cette technique a permis de choisir quatre services.

Il s'agit des services d'oncologie, de gynécologie, d'urologie et de chirurgie (générale et viscérale). Le service d'oncologie est choisi parce qu'il est le service spécialisé dans la prise en charge des cancers. Les services de gynécologie et d'urologie sont choisis parce qu'ils s'occupent respectivement des cancers touchant les organes féminins et masculins.

Tous les autres services (odontostomatologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, neurologie) transfèrent leurs patients dans le service d'oncologie pour la prise en charge. Au total 133 patients ont été interrogés selon la répartition suivante :

Tableau 1: répartition par service de la taille de l'échantillon

Service	Effectif
Oncologie	62
Gynécologie	33
Urologie	18
Chirurgie	20
Total	133

Source : données de l'enquête, novembre 2024

La taille de l'échantillon a été arrêtée en fonction du nombre de patient disponible dans la période retenue pour l'enquête. Un questionnaire semi-structuré a été indirectement administré aux enquêtés.

Sur le volet qualitatif, une série d'entretien par le biais d'un guide d'entretien a été réalisée avec 15 personnes relevant du personnel soignant, 20 accompagnants, et le Conseil National de lutte contre le Cancer (CNLC).

Le volet documentaire a consisté à effectuer une revue de la littérature relative à la thématique étudiée et d'accéder aux dossiers des patients hospitalisés et/ou en cure de chimiothérapie dans les services d'oncologie, de gynécologie, d'urologie et de chirurgie.

Pour accéder aux dossiers des patients, une autorisation écrite a été obtenue auprès de la direction du CHU Sylvanus Olympio après vérification des motifs de la recherche et un engagement du chercheur à garantir l'anonymat des données.

Résultats et discussions

1. DES CARENCES ORGANISATIONNELLES À L'ORIGINE DE LA MORTALITÉ GALOPANTE DES PERSONNES SOUFFRANT DU CANCER

Il est reconnu que les cas de cancer lorsqu'ils sont bien pris en charge permettent de diminuer drastiquement sa progression. Pour ce faire, un ensemble de ressources organisationnelles est indispensable notamment, un personnel qualifié suffisant et des centres hospitaliers spécialisés disséminés sur le territoire.

Dans ce contexte, il est établi en Afrique francophone et particulièrement au Togo le déficit du personnel médical qualifié et de centre de santé pour la prise en charge des personnes souffrant de cancer.

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (2023, p. 3) atteste cette situation lorsqu'il estime qu' : « au niveau des systèmes de santé, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les établissements pouvant dispenser des soins oncologiques sont peu nombreux et saturés ». Les résultats des investigations montrent que le CHU Sylvanus Olympio, seul centre de prise en charge des cas cancéreux dispose d'un seul oncologue médical et d'un seul chirurgien oncologue. Dans l'ensemble du pays, l'inventaire du personnel qualifié dans la prise en charge du cancer est très limité.

Ainsi, le Togo ne dispose que d'une seule oncologue médicale, d'un seul oncologue pédiatre et d'un seul oncologue chirurgien pour plus de 8

millions d'habitants. Il ne dispose pas d'infirmier spécialisé en oncologie. Cette situation a des conséquences sur les patients du reste du pays qui à défaut de services et de personnel spécialisé à proximité, remettent à plus tard la sollicitation du centre indiqué situé à plus de centaines de kilomètres. Ils y ont recours à une étape avancée de la maladie.

Un responsable d'une unité de soin du CHU Sylvanus Olympio corrobore ce déficit de personnel de soin qualifié et ces incidences géographiques en ces termes

nous n'avons qu'un seul spécialiste oncologue médical au Togo ; tous les malades des cinq autres régions sanitaires sont obligés de venir à Lomé pour se soigner ; si elle part, nous sommes perdus. Les malades quittent le nord du Togo et viennent se soigner ici parce qu'ils ont appris que le CHU a maintenant un spécialiste.

K. Lawson (2021, p.1) rapporte en confirmation de la situation du personnel hospitalier spécialisé le point de vue de Z. Moumouni, présidente de l'Association Femme sans cancer au Togo : « une autre difficulté, c'est l'insuffisance locale en oncologie. Au Togo, nous n'avons qu'une seule oncologue, médicalement parlant et un seul oncologue chirurgien ».

Dans les services spécialisés comme la gynécologie, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'odontostomatologie, la dermatologie, peu de médecins disposent d'une formation appropriée pour la prise en charge des pathologies cancéreuses.

Tableau 2: répartition des ressources humaines qualifiées

Service	Personnel médical et paramédical		
	Médecin spécialiste	Infirmier	Sage-femme
Oncologie médicale	1	3	0
Urologie	3	4	0
Chirurgie générale	1	4	0
Gynécologie	3	0	6
Total	8	11	6

Source : rapport d'activités du CHU-Sylvanus Olympio, 2022

Comme l'indique le tableau 2, l'institution de référence hospitalière nationale ne dispose que d'un seul médecin spécialiste en oncologie⁵ médicale, et d'un seul chirurgien oncologue. Dans les autres services, les spécialistes (urologue et gynécologue) ne disposent que de formations qualifiantes en oncologie.

Même si ces derniers prennent en charge des patients souffrant de cancer, leurs compétences se trouvent limitées face à certains cas de cancers selon le personnel hospitalier interrogé. Quant au personnel paramédical dont dispose ces différents services en charge des cas cancéreux, l'effectif est déficitaire. Pour illustration, le service d'oncologie ne dispose que de trois (3) infirmiers et le service de gynécologie six (6) sage-femmes.

En France, entre 2017 et 2022, le nombre d'oncologues a augmenté de 30 % selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (2023), entraînant une mortalité inférieure à la moyenne dans l'espace UE. Ce déficit au Togo entraîne

⁵ Oncologie est une spécialité médicale qui prend en charge les tumeurs cancéreuses.

un recours tardif aux spécialistes comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3: répartition des enquêtés selon le temps mis avant le recours aux spécialistes et la disponibilité d'un centre de santé spécialisé à proximité

Temps mis avant le recours aux spécialistes	Défaut de centre de santé spécialisé à proximité	
	Oui	Non
0 Mois- 11 mois	11,3	1,5
12mois - 23 mois	22,6	9,0
24 mois et plus	37,6	18,0
Total	71,4	28,6

Source : données de l'enquête, novembre 2024

Le tableau 3 montre qu'à défaut de centres de santé indiqués à proximité du lieu de résidence, 11,3% des enquêtés estiment avoir mis entre 0 et 11 mois pour recourir aux spécialistes du cancer, 22,6% des enquêtés ont mis entre 12 et 23 mois et 37,6% ont mis entre 24 mois et plus.

Cette situation induit un retard de diagnostic et de référence vers des services et centres indiqués. Les malades pour la plupart, d'après les informations recueillies auprès du personnel hospitalier arrivent chez l'oncologue à un stade très avancé avec un pronostic vital engagé. A ce sujet l'oncologue affirme :

ils sont rares ces patients qui sollicitent ce centre de santé idoine en matière de cancer dès le début de la maladie. Pour ceux qui viennent plus tôt, c'est tard avec des métastases dans plusieurs organes. Je reçois depuis là des patients qui traînent la maladie pendant plus de deux ans dans des hôpitaux sans que personne ne puisse poser le diagnostic. Ce retard de diagnostic est fatal pour les malades.

Selon l'Alliance des Ligues Francophones Africaines et Méditerranéennes (2017, p.8), « les présentations tardives à l'hôpital ont comme conséquences une grande morbidité et une souffrance accrue dues à la progression de la maladie, et impliquent un traitement plus long et donc plus onéreux avec une perte significative de chance de guérison ».

La rareté des centres de prise en charge adéquate des patients souffrant de cancer au Togo, associée à celle du personnel qualifié constituent donc une limite organisationnelle responsable de la mortalité significative des patients.

Ces manquements organisationnels ne sont pas les seuls responsables d'une prise en charge tardive du cancer et des décès, il faut compter aussi avec les représentations de la maladie et son itinéraire thérapeutique.

2.LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CANCER PROPULSENT LA MORTALITÉ DES PATIENTS

En Afrique et au Togo en particulier, dès l'apparition d'une maladie, diverses sources sont soupçonnées.

Ces sources vont des perturbations psycho-physiologiques aux sources exogènes relevant des actions de l'adversité des humains ou du surnaturelle (P.L. Ajavon, 1992). L'observation des communautés togolaises dans leur rapport à la maladie montre qu'elle est étiquetée comme une perturbation psycho-physiologique ou d'origine sociale à partir des symptômes, l'origine inconnue et de l'inefficacité des traitements proposés.

Si selon le personnel hospitalier interrogé, un cancer « est une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et qui se multiplie de façon anarchique

pour en produire des cellules dites anormales », la source de cette transformation est difficile à expliquer.

L'incapacité du praticien hospitalier à répondre à la question de l'origine de ce dérèglement contraint les communautés togolaises à rechercher des explications dans les méandres magico-religieux (Y. Jaffiré et J.P. Olivier de Sardan, 1999).

Presque la moitié des enquêtés (49,37 %) attribuent à leur cancer une origine mystique, tandis que pour 14,78 % leurs cancers seraient une punition divine (Karma). Moins de 10 % des enquêtés affirment que leur cancer est d'origine naturelle.

La propension des patients à lier le cancer au mystique relève d'une tradition dans la conscience collective des communautés togolaise essentiellement animiste ou syncrétiste, en face d'une maladie inhabituelle ou de sources inconnues rattachées à la mort. Un médecin témoin de cette représentation du cancer chez les patients hospitalisés déclare :

nous rencontrons toutes sortes d'interprétations lorsqu'on annonce le diagnostic de cancer à un patient, chez la majorité des patients c'est d'abord un silence total, ensuite c'est un long moment de déception. Très peu de malades acceptent cette maladie comme étant une maladie naturelle, ils rattachent presque tous leur mal à la sorcellerie ou l'envoûtement. D'autres par contre se culpabilisent d'avoir été eux-mêmes à l'origine de la maladie pour les mauvais actes qu'ils auraient commis.

Lorsque les individus rattachent à leur maladie des causes mystiques, le recours à la médecine moderne vient comme un dernier rempart contre la mort ; car les maladies naturelles se soignent à l'hôpital et les maladies mystiques se soignent chez des praticiens traditionnels.

Nombreux sont ceux qui se retrouvent dans les centres de délivrances, chez les féticheurs, chez les prêtres vodou, chez les exorcistes ou chez les prêtres et surtout chez les pasteurs après l'annonce du diagnostic du cancer. Le déni de la cause naturelle du cancer est très accentué dans les consciences collectives. D. Kassamba et O. Koultoum (2015, p.4) illustrent cette représentation en ces termes :

certains attribuent la cause de leur souffrance à la sorcellerie. Mais en réalité ce n'est que chez le devin que tout se clarifie. Comme vous le savez, quand d'autres tombent malades, ils font le tour de tous les devins. Eux aussi, ils disent ce qu'ils ont diagnostiqué.

La même source relève que :

quand un malade arrive, on lui pose un certain nombre de questions. L'intéressé va finir par s'exclamer qu'il s'est querellé avec quelqu'un. Il dira qu'il s'est promené partout en quête de soins chez tous les tradipraticiens. On lui demande également s'il n'a pas oublié et mangé leur interdit s'ils en ont ?

Ces différentes illustrations sont confirmées sur le cancer au Togo par les investigations auprès du personnel hospitalier en charge de cette pathologie. Un médecin enquêté déclara : « les accompagnants des malades viennent parfois nous voir pour qu'on les aide à être vite libéré, parce qu'ils disent que le cancer est l'œuvre d'un sorcier et ils doivent amener le malade au village. Lorsque le malade s'y oppose, ils l'abandonnent à l'hôpital ». Un autre médecin rapporte :

au cours du mois de mars, j'ai reçu une femme en consultation qui trainait un sein pourri, après tous les examens, le diagnostic de cancer de sein a été posé. Lorsque je lui ai annoncé qu'elle souffrait de cancer, elle a commencé par pleurer et ensuite elle me dit que c'est sa voisine qui est à l'origine de ce mal (...), elle me dit l'année surpassée, je me suis disputé avec

ma voisine et le lendemain j'ai constaté qu'il y avait une petite boule dans mon sein droit, et quelques mois après ça a commencé par grossir. Je suis rentré au village chez un guérisseur pour me soigner, il m'a fait des scarifications sur ce sein pour essayer d'enlever la boule, mais ça n'a pas marché.

A travers les données issues de cette enquête, il est indéniable que les représentations que les malades et leur entourage se font du cancer est à l'origine des décès enregistrés alors que, le cancer se soigne comme le dit l'oncologue : « le cancer se soigne lorsque le diagnostic est vite posé et le traitement bien adapté. Le malade peut être sauvé car, j'ai des malades en rémission qui viennent pour le contrôle depuis trois ans.

Mais le retard de consultation et ou de la prise en charge conduit souvent à la mort ».

L'accès aux médicaments de traitement d'un cancer vient accroître la chance de mortalité d'un patient déjà éprouvé par un diagnostic et itinéraire thérapeutique d'entame précaires.

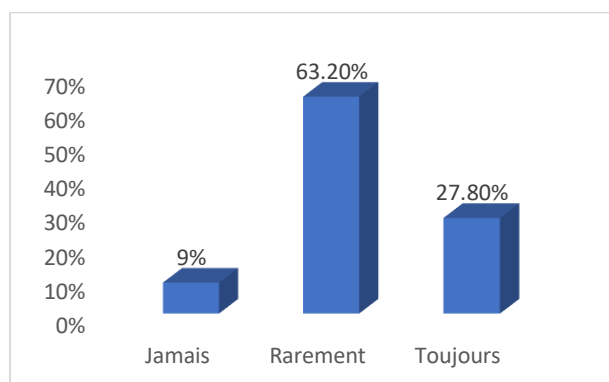
2.LA MORTALITÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE CANCER : UNE RÉSULTANTE DE L'ACCÈS DIFFICILE AUX MÉDICAMENTS ET DES INVESTISSEMENTS ONÉREUX REQUIS

Les soins relatifs au cancer sont de divers ordres et requièrent divers médicaments. L'on peut distinguer principalement la chimiothérapie injectable, la chimiothérapie orale, la radiothérapie et les médicaments contre les effets indésirables des traitements anti-cancéreux. La chimiothérapie est basée sur des médicaments bien que ce ne soit pas un passage obligé pour tous les patients. La chimiothérapie est un traitement de cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses.

C'est un traitement général qui agit dans l'ensemble du corps et permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation dans le corps, même si elles sont isolées et ne sont pas détectables par les examens de diagnostic. Les médicaments de chimiothérapie sont administrés le plus souvent par perfusion, ou parfois par voie orale sous forme de comprimés. La disponibilité de ces médicaments constitue un défi majeur dans la réduction de la mortalité en matière de cancer au Togo.

Les pharmacies hospitalières publiques ne disposent pas de ces médicaments comme l'ont affirmé 100 % des patients enquêtés. Tous les patients sous chimiothérapie s'approvisionnent dans les officines privées. Pour 63,20 % des patients enquêtés, c'est de façon aléatoire qu'ils ont accès à ces médicaments dans les officines privées au moment où 9 % affirment n'avoir jamais trouvé des médicaments anticancéreux lorsqu'ils leur sont prescrits (tableau 4).

Tableau 4: expériences des enquêtés sur la disponibilité des médicaments dans les officines privées



Source : données de l'enquête, novembre 2024

L'indisponibilité de ces produits dans les officines est liée à leur inaccessibilité du point de vue financier en rapport avec le revenu de la population togolaise. Cette réalité est révélée par un pharmacien enquêté à ce propos :

les pharmacies privées devraient normalement disposer de ces médicaments, mais le coût est tellement élevé que leurs responsables ont peur de faire la commande sans avoir de preneur. Pour les pharmacies publiques, pendant longtemps, le cancer a été relégué au second plan, ce n'était pas une priorité pour l'Etat. Ce qui était urgent, c'était la commande des médicaments antirétroviraux, antituberculeux, les antipaludéens, car on considérait que le VIH, la tuberculose et le paludisme tuaient plus. Il faut ajouter que beaucoup de partenaires financent plus ces maladies que toute autre maladie au monde.

Les propos du pharmacien enquêté montrent que sans l'appui de l'Etat et des partenaires techniques et financiers dans la lutte contre les maladies à fort taux de mortalité comme le cancer, les médicaments sont inaccessibles à la population. Cette situation a entraîné la rupture du traitement chez 20,8% des patients enquêtés tandis que d'autres passent une commande par le biais des pharmacies privées (60,4%) ou dans les pays voisins (18,7%).

La Ligue Nationale contre le Cancer (2020, p.7) corrobore la question d'accès aux médicaments dans les centres hospitaliers en ces termes :

les établissements hospitaliers sont donc particulièrement exposés au risque de pénuries de médicaments contre le cancer, car les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur sous forme injectable y sont plus systématiquement délivrés. Or, ces médicaments injectables sont davantage concernés par les problèmes de tensions et de ruptures d'approvisionnement.

La même source met en exergue la portée de cette situation de pénurie de médicaments en indiquant que « l'indisponibilité d'un seul médicament

peut ainsi toucher de très nombreuses personnes.

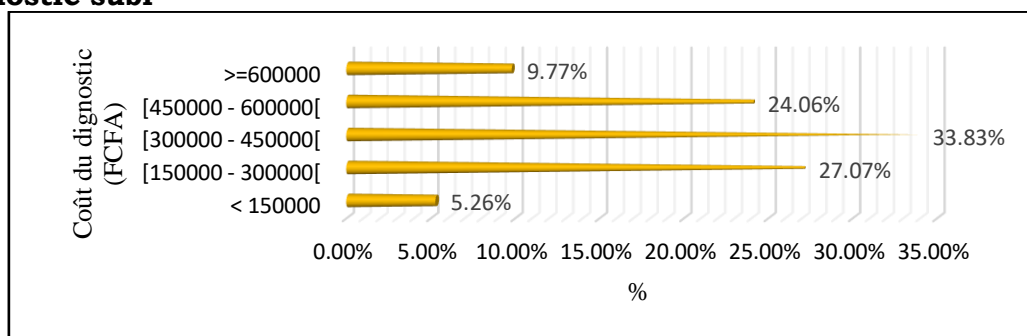
Par conséquent, l'effectif de personnes malades soignées pour un cancer qui sont confrontées aux pénuries de médicaments augmente de façon exponentielle au fur et à mesure que le phénomène progresse » (Ligue Nationale contre le Cancer, 2023, p.9). Dans les circonstances de métastase, la chimiothérapie est mise à l'épreuve dans le contexte de pénurie de médicaments avec des risques de mortalité. La fréquence de cette pénurie comme au Togo est indissociable de la hausse de la mortalité relative au cancer.

L'accès difficile au traitement anti-cancéreux au Togo se décline également par le coût onéreux du diagnostic et du traitement. Ces derniers constituent de lourdes charges pour les patients atteints du cancer et déterminent leur expérience de vie au Togo. Le coût de diagnostic et de traitement d'un cas de cancer au

Togo exacerbe la mortalité relative à cette maladie.

En effet, l'identification du cancer est généralement faite dans deux situations : la première concerne le dépistage lors des campagnes de sensibilisation (col de l'utérus et de sein dans le cas du Togo), la seconde, est celle qui est faite après une série de consultations médicales. Cette recherche n'a pris en compte que ceux qui se trouvent dans la seconde situation, car dans la majorité des cas, les dépistages effectués lors des sensibilisations sont gratuits. Le coût moyen du diagnostic est compris entre [300 000 – 450 000] F CFA comme l'indique le graphique n°1. Plus du quart des enquêtés ont donc effectué des dépenses comprises dans cet intervalle avant de connaître le mal dont ils souffraient.

Graphique 1: répartition des enquêtés selon leur estimation du coût moyen du diagnostic subi



Source : données de l'enquête, novembre 2024

Ce coût élevé de diagnostic se justifie d'une part par le fait que la plupart des patients se prête à cet exercice à partir d'au moins 1 mois

selon les enquêtés (tableau 3) et d'autre part, par le fait que la majeure partie des examens paracliniques sont faits dans les structures sanitaires privées (tableau 5).

Tableau 5 : répartition des enquêtés selon le lieu de réalisation des examens paracliniques

Examen para clinique	Lieu de réalisation des examens para cliniques			Total
	CHU-Sylvanus Olympio	Autre structure sanitaire publique	Structures sanitaires privées	
Examens sanguins	18,80%	13,53%	67,67%	100%
Radiographies	31,82%	22,73%	45,45%	100%
Scanners	0%	5,49%	94,51%	100%
Echographies	9,02%	11,28%	79,70%	100%

Source : données de l'enquête, novembre 2024

Le coût moyen minimal pour le diagnostic est compris dans un intervalle de [150 000 – 300 000] F CFA tandis que le coût moyen maximal est supérieur ou égal à 600 000 F CFA. Ce coût excessif n'est pas sans conséquence sur l'issue de la maladie comme l'affirmait l'oncologue : « plusieurs malades viennent ici après avoir dépensé beaucoup d'argent, or la biopsie et surtout le bilan d'extension coûtent chers.

Dès qu'ils finissent de faire le bilan et tu leur tends l'ordonnance de chimio, ils disparaissent, car l'argent est fini, après tu apprends qu'ils sont morts ». Un médecin spécialiste soutient l'expérience de l'oncologue :

au Togo, le diagnostic du cancer est très élevé, lorsque vous demandez le bilan d'extension aux malades, certains commencent et arrêtent parce qu'ils n'ont plus de moyens financiers pour continuer ; d'autres ne commencent même pas le bilan, lorsqu'ils demandent les prix des analyses et du scanner ou d'IRM, ils ne reviennent plus vers vous. Lorsqu'on les ramène c'est souvent dans un état grave et il n'y a plus rien à faire. Ils finissent par

mourir comme ça par faute de moyens.

Dans un pays où le revenu moyen par mois et par habitant en 2022 s'élève à 83 dollars, soit 51.447 F CFA selon la Banque mondiale (JDN 2022), déboursé entre [150 000-600 000] F CFA pour le diagnostic d'une maladie est inaccessible au Togolais moyen.

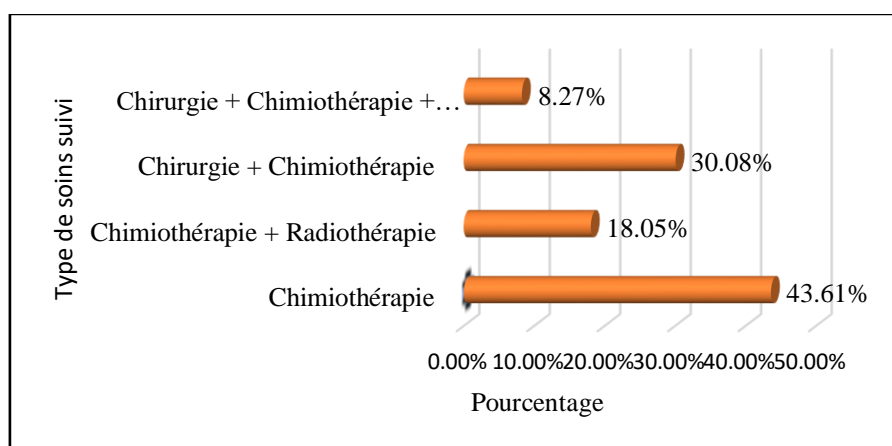
Sur le volet traitement, la réalité n'est pas différente. La structure des coûts financiers du traitement du cancer à la suite d'un diagnostic histologique comporte les frais des bilans pré et post-thérapeutiques, les frais des ordonnances pré et post-chimiothérapie, les frais de l'ordonnance des médicaments anticancéreux pour la chimiothérapie et éventuellement les frais des interventions chirurgicales et de radiothérapie, sans occulter les frais d'hospitalisation.

Différents types de traitements ont été réalisés par les malades enquêtés dans le cadre de cette recherche comme le montre le graphique n° 2.

En fonction du type et du stade d'évolution de leurs cancers, 43,61 % ont suivi uniquement la chimiothérapie comme traitement tandis que 30,08 % ont subi une intervention chirurgicale en plus de la chimiothérapie. Par contre, 18,05 % ont bénéficié d'une radiothérapie associée à une chimiothérapie.

Moins de 9 % ont réalisé au cours de leur maladie un traitement comprenant la chimiothérapie, la chirurgie⁶ et une radiothérapie.

Graphique 2: répartition des enquêtés selon le type de soins reçus



Source : données de l'enquête, novembre 2024

Comme le montre les tableaux 6, le nombre minimum de séances de chimiothérapies prescrites est de quatre (4) et certains patients réalisent treize (13) séances et plus.

Tableau 6 : Nombre de séances de chimiothérapie prescrites

Nombre de séances de chimiothérapie prescrites	(%)
4 à 6 séances	37,59
7 à 9 séances	24,06
8 à 9 séances	13,53
10 à 12 séances	15,04
13 séances et plus	9,77
Total	100

Source : données de l'enquête, novembre 2024

Parmi les patients qui ont réalisé ce traitement, 60,71 % affirment avoir raté une (1) séance et 14,29 %, quatre (4) séances et plus (tableau 7).

Tableau 7: Nombre de séances de chimiothérapie manquées

Nombre de séances de chimiothérapie manquées	%
1 séance	60,71
2 séances	16,67
3 séances	8,33
4 séances et plus	14,29
Total	100,00

Source : données de l'enquête, novembre 2024

Pour justifier ces ratées, plusieurs patients (57,14 %) ont évoqué les moyens financiers limités comme principale raison.

⁶ Selon l'Institut National du Cancer (2011, p. 102), la chirurgie comme traitement contre le cancer consiste à « enlever une tumeur et

éventuellement, les ganglions proches de l'organe atteint ».

Pour illustration, les enquêtés affirment avoir dépensé une somme comprise entre [3 000 000 - 4 500 000] F CFA pour se soigner. Seulement deux enquêtés sur les 133 affirment avoir dépensé moins de 1 500 000 F CFA pour le traitement.

Certains patients (17,86 %) évaluent le coût moyen du traitement dans une tranche comprise entre [4 500 000 - 6 000 000]. Le coût moyen maximal s'élève à 6 000 000 F CFA et plus, ce qui ne permet pas à plusieurs patients de se soigner selon les propos de ce spécialiste :

le coût du traitement est très élevé au Togo. Il n'y a aucune subvention de l'Etat, les médicaments sont chers, les séances de radiothérapie sont chères. Plusieurs patients

abandonnent le traitement en chemin parce qu'ils ne peuvent pas payer les soins et peu d'entre eux ont une assurance maladie.

D'ailleurs, la couverture de l'assurance maladie au Togo est de 8% de la population (C. Djade, 2023, p.1). C'est pourquoi, les patients sont pour la plupart sans couverture sociale rendant les soins irréalisable ou possible. Ainsi, 64,66 % des patients enquêtés n'ont pas de couverture sociale et se voient dans l'obligation de compter parfois sans succès sur des solidarités, cotisations familiales, l'église, prêts bancaires, et vente de biens (tableau 8).

Tableau 8 : répartition des enquêtés selon les stratégies financières adoptées face aux dépenses onéreuses du cancer

Stratégies financières	Fréquence	Pourcentage
Cotisation familiale	18	13,53
Cotisation familiale et Demande d'aide à l'église	12	9,02
Cotisation familiale et Vente de biens	20	15,04
Demande d'aide à l'église	15	11,28
Prêt bancaire	32	24,06
Vente de mes bijoux	9	6,77
Vente d'un terrain	12	9,02
Utilisation de mes épargnes	10	7,52
Autres	5	3,76
Total	133	100,00

Source : données de l'enquête, novembre 2024

En l'absence de soutien financier, nombreux sont ceux qui abandonnent le traitement comme l'affirment un infirmier : « certains commencent le traitement, après deux ou trois mois, ils abandonnent par faute de moyens. Ça fait pitié, car en leur laissant partir, tu sais qu'ils ne reviendront plus ; ils ne reviennent plus, non parce qu'ils continuent les

soins ailleurs, mais parce qu'ils sont morts ».

Dans cette même dynamique, Z. Moumouni, présidente de l'Association Femme Sans Cancer au Togo rapporté par K. Lawson (2021) atteste de ce coût inaccessible aux personnes souffrant de cancer lorsqu'elle déclare que « le traitement est très couteux, donc réservé aux nantis ».

Sans soutien financier et sans assurance maladie, plusieurs malades sont condamnés à mourir.

CONCLUSION

Longtemps considéré comme l'apanage des pays à haut revenu, le cancer n'épargne plus aucun pays aujourd'hui.

Les statistiques mondiales montrent que tous les pays sont touchés par ce fléau qui ne cesse de causer des décès dans toutes les couches socio-économiques. Au Togo, plusieurs facteurs sont incriminés dans la survenue des décès pourtant évitables.

Il s'agit notamment, des carences organisationnelles de prise en charge du cancer au Togo, l'accès limité aux médicaments anticancéreux, des coûts onéreux du diagnostic et du traitement ; des représentations sociales du cancer entraînant des pratiques thérapeutiques traditionnelles nocives et un recours tardif aux services compétents.

Pour lutter efficacement contre ce problème de santé publique, il est nécessaire d'intensifier la sensibilisation et rendre accessible le processus de prise en charge du cancer.

Des études supplémentaires sur les couches les plus vulnérables au cancer seraient des contributions indéniables aux sensibilisations et à l'amélioration de la sécurité sociale en matière de lutte contre le cancer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AJAVON Lawoetey-Pierre, 1992, « Conception et représentation de la maladie en Afrique Noire traditionnelle : le cas des GEN-MINA du Togo », *Revue de Medecines et Pharmacopees Africaines*, p. 125-133.

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE CAMPUS, 2016,
rapport annuel d'activités.

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE CAMPUS, 2020,
Rapport annuel d'activités.

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE CAMPUS, 2022,
Rapport annuel d'activités.

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE SYLVANUS
OLYMPIO, 2016, *Rapport annuel
d'activités.*

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE SYLVANUS
OLYMPIO, 2020, *Rapport annuel
d'activités.*

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE SYLVANUS
OLYMPIO, 2021, *Rapport annuel
d'activités.*

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE SYLVANUS
OLYMPIO, 2022, *Rapport annuel
d'activités.*

CENTRE INTERNATIONAL DE
RECHERCHE SUR LE CANCER, 2020,
*Rapport sur l'observatoire international
sur le cancer.* Lyon. Google Scholar.

CENTRE INTERNATIONAL DE
RECHERCHE SUR LE CANCER, 2023.
Résultat de l'étude sur le cancer du
sein en Afrique subsaharienne.
[Consulté le 6 /12/2024/].
[https://www.iarc.who.int/wp-
content/uploads/2023/05/IARC_Evid
ence_Summa](https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2023/05/IARC_Evidence_Summa)

DJADE Charles, 2023. Au Togo une
assurance maladie pour tous en 2024.
[Consulté le 2 /12/2024/].
[https://www.jeuneafrique.com/15025
52/societe/au-togo-une-assurance-
maladie-pour-tous-en-2024/](https://www.jeuneafrique.com/1502552/societe/au-togo-une-assurance-maladie-pour-tous-en-2024/)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER,
2011, *Comprendre la chimiothérapie*,
collection Guides patients Cancer info,
INCa,

JDN, 2022. Salaire moyen au Togo.
[Consulté le 2/12/2024].
[https://www.journaldunet.com/busin
ess/salaire/togo/pays-tgo](https://www.journaldunet.com/business/salaire/togo/pays-tgo)

KASSAMBA Diaby, KOULTOUM
Oumou, 2015, *Analyse conceptuelle et
traductibilité des termes de maladie
dioula*, thèse de doctorat, Universiteit
Leiden.

LAWSON Kayi, 2021. Plus de 3000
togolais sont morts de cancer.
[Consulté le 02/12/2024].
[https://www.voaafrique.com/a/plus-
de-5000-togolais-sont-morts-du-
cancer-en-2020/5765362.html](https://www.voaafrique.com/a/plus-de-5000-togolais-sont-morts-du-cancer-en-2020/5765362.html)

LIGUE NATIONALE CONTRE LE
CANCER, 2020. Pénuries de
médicaments : une perte de chance
pour tous les malades. Focus sur le
cancer. [Consulté le 6/12/2024].
[https://www.ligue-
cancer.net/sites/default/files/docs/sy
nthese de letude de losc.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/synthese_de_letude_de_losc.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTE, 2015. Plan
cancer Togo 2016-2020. [Consulté le
2/12/2024].
[https://www.iccp-
portal.org/system/files/plans/TGO_B
5_Draft%20z%C3%A9ro%20Plan%20C
ancer%20Togo%202016-2020.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/TGO_B5_Draft%20z%C3%A9ro%20Plan%20Cancer%20Togo%202016-2020.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTE, 2021. Plan
cancer Togo 2022-2025. [Consulté le
2/12/2024]
[https://www.iccp-
portal.org/system/files/plans/Plan%2
0Cancer%20Togo%202022-](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Plan%20Cancer%20Togo%202022-)

2025_31_10-2.pdf#page=11&zoom=100,90,94
OMS, 2022. Cancer. [Consulté le 2/12/2024].
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2021. Outils de visualisation des données pour explorer la charge mondiale du cancer en 2022. [Consulté le 2/12/2024].
<https://gco.iarc.fr/today/en>

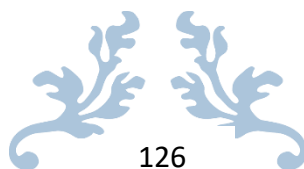
PORTAIL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE TOGOLAISE, 2023. Cancer plus de 7000 cas recensés au Togo en 2022. [Consulté le 2/12/2024].
<https://www.republiquetogolaise.com/sante/0612-8672-cancer-plus-de-7-000-cas-recensees-au-togo-en-2022#:~:text=Partager%20sur%20%3A,le%20minist%C3%A8re%20de%20la%20sant%C3%A9>

JAFFIRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999, *la construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris : Presses Universitaires de France.

Numéro 015 Décembre 2024
Histoire et Analyses des Relations Internationales
et Stratégiques (HARIS)

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations
Internationales et des Études Stratégiques Africaines (ASRIESA)

ISSN: 2709-5053





HARIS N°15 Décembre 2024