



## Original Research

## Itinéraires Thérapeutiques des Femmes Atteintes de Cancer du Sein dans Deux Hôpitaux Universitaires de Yaoundé

*Therapeutic routes for women with breast cancer in two university hospitals in Yaoundé*

Essiben Félix<sup>1,2</sup>, Monda Elisabeth<sup>1</sup>, Batoum Véronique<sup>1</sup>, Atenguena Etienne<sup>1,3</sup>, Ngo Dingom Madye Ange<sup>2</sup>, Mossus Tatiana<sup>1</sup>, Shu Nchang Abinwe<sup>1</sup>, Essi Marie-José<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Faculty of Medicine and Biomedical Sciences (FMSB), The University of Yaoundé I (UYI), Cameroon

<sup>2</sup> Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

<sup>3</sup> Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun

**Auteur correspondant :**

Essiben Félix,  
[essibenx@yahoo.com](mailto:essibenx@yahoo.com),  
 (237) 675024885

**Mots clés :** itinéraire thérapeutique, cancer du sein, recours, parcours de soins, Yaoundé

**Keywords:** treatment pathways, breast cancer, decision to seek care, Yaounde

### RÉSUMÉ

**Introduction.** Dans notre contexte, les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes d'un cancer du sein sont pluriels, et pourraient expliquer la prise en charge tardive de la maladie. Nous avons voulu identifier les recours thérapeutiques de ces patientes de même que leurs motivations en vue d'améliorer la stratégie pour un diagnostic précoce. **Matériel et méthodes.** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée pendant 5 mois du 27 décembre 2018 au 8 mai 2019 dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé. Les recours thérapeutiques de 145 femmes atteintes de cancer du sein ont été explorés. Les données quantitatives ont été analysées avec le logiciel IBM-SPSS et les données qualitatives transcrites dans le corpus textuel. **Résultats.** Le délai de recours aux soins était supérieur à 6 mois pour 29,6% (43/145) des patientes. Le délai moyen de recours à la Biomédecine était de 8,54±1,7 mois. La Biomédecine était sollicitée en 1<sup>ère</sup> intention par 64,1% (93/145) des patientes. En 2<sup>ème</sup> intention, 31% (45/145) des patientes allaient ailleurs qu'à l'hôpital. Cette démarche était souvent motivée par la conviction de l'efficacité thérapeutique du recours, la représentation de la maladie par les patientes, la peur du diagnostic ou du traitement et le manque de moyens financiers. **Conclusion.** Les itinéraires thérapeutiques dans le cancer du sein étaient imbriqués et ont révélé l'ignorance des patientes, leur désarroi ou leur insatisfaction à trouver une solution à leur problème. Une sensibilisation des populations et des différents acteurs identifiés pourrait améliorer le recours à la Biomédecine.

### ABSTRACT

**Introduction.** In our setting, existing treatment pathways for women with breast cancer could explain the late onset of care. We therefore aimed to identify the treatment options available to them, and their motivation to seek care so as to propose a strategy which facilitates early access to diagnosis and treatment. **Material and methods.** This is a descriptive cross-sectional study carried out over 5 months from December 27, 2018 to May 8, 2019 in two university hospitals in Yaounde. The care pathways of 145 women with breast cancer were explored. Quantitative data was analyzed with the IBM-SPSS software while qualitative data was transcribed textually for further analysis. **Results.** Overall decision to seek care was above 6 months for 29.6% (43/145) of these patients, while the mean time to access biomedical care stood at 8.54 ± 1.7 months. Biomedicine was requested in first intention by 64.1% (93/145) of the patients, while 31% (45/145) of patients sought alternative therapies. The later was often motivated by being convinced of the therapeutic effectiveness of these remedies, patients' perception of their ailment, fear of the potential diagnosis or its treatment and financial limitations. **Conclusion.** Care-seeking pathways for breast cancer patients were cumbersome, and revealed patients' ignorance, the dismay at finding out about their disease or their dissatisfaction regarding available solutions to their problem. Raising awareness among populations and key stakeholders could improve the demand for and use of biomedicine.

### INTRODUCTION

Le cancer du sein féminin est devenu le premier cancer dans le monde avec 11,7% de nouveaux cas en 2020 devant le cancer des poumons [1]. Son incidence évolue rapidement passant de 1,7 millions à 2,3 millions entre 2012 et 2020 [1,2]. L'Afrique subsaharienne est l'une des régions du monde où cette augmentation est la plus remarquable. Le cancer du sein est la 5<sup>ème</sup> cause de décès par cancer dans le monde et 88% de ces décès

surviennent en Afrique subsaharienne [3], révélant la faiblesse des infrastructures sanitaires. Le cancer du sein constitue ainsi un problème majeur de santé publique, justifiant des actions de prévention, de dépistage et de recherche thérapeutique.

En 2020, le cancer du sein représentait 34,1% de nouveaux cas des cancers chez la femme au Cameroun qui a une population jeune [4]. Selon Essiben et al [5], 31% des femmes vivant avec le cancer au Cameroun ont moins de 40 ans. Le cancer du sein est plus agressif

chez les femmes jeunes de race noire [6–8], surtout lorsqu'il est diagnostiqué tardivement. Plus de 80% des cancers du sein sont diagnostiqués à un stade avancé [9]. Ceci compromet gravement le pronostic de la maladie. En effet, la plupart des patientes vont décéder dans les 12 mois qui suivent le diagnostic [9].

Les raisons du diagnostic tardif sont nombreuses et parmi elles le retard à la consultation évoqué par de nombreux auteurs [5,10]. En général, les recours aux soins sont multiples en contexte africain. Il peut s'agir de l'automédication, de l'ethnomédecine ou de la biomédecine[11]. La tradithérapie et les traitements spirituels sont aussi parmi les choix possibles. Les motifs du recours sont divers et pourraient être influencés par le vécu individuel, l'avis d'un proche, ou l'accessibilité tant financière que géographique. Les choix pourraient aussi être motivés par la peur du traitement conventionnel tel que la chirurgie qui ampute la femme d'un organe de féminité [10].

En Afrique en général et en particulier au Cameroun, les itinéraires thérapeutiques sont problématiques car elles ne sont pas bien documentées[12,13]. La présente étude visait à décrire les itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes du cancer du sein à Yaoundé ainsi que leurs motivations devant ces différents recours thérapeutiques afin d'identifier aux fins de sensibiliser les différents intervenants.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive mixte, quantitative et qualitative, qui s'est déroulée pendant 5 mois, de Janvier à Mai 2019, au service d'oncologie de l'Hôpital Général de Yaoundé et au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Nous avons recruté les femmes suivies pour un cancer du sein dans ces deux formations sanitaires et pouvant s'exprimer en anglais ou en français. Nous avons exclu celles dont l'état général était altéré, celles présentant une pathologie chronique ou ne jouissant pas d'une bonne santé mentale.

L'échantillon calculé à l'aide de la formule de Schwartz était d'une taille minimum de 60 personnes.

Les sujets remplissant les critères d'inclusion ont été verbalement invités à prendre part à notre étude. Une fiche d'information précisant le but, la procédure, les bénéfices, les contraintes et risques de la participation à l'étude a été soit expliquée et remise soit lue à la patiente afin d'obtenir son consentement. Après avoir obtenu une clairance éthique du comité d'éthique institutionnel et les autorisations des responsables des hôpitaux identifiés pour l'étude, les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de renseignements prétextée. Un entretien individuel a également été effectué à partir d'un guide de questions ouvertes, enregistré puis transcrit.

Nous avons collecté des données sociodémographiques (âge, niveau d'étude, statut matrimonial, statut professionnel, aire culturelle, niveau de revenus), des données cliniques (parité, histoire familiale de cancer, stade de la maladie, statut thérapeutique, le traitement en cours), des données sur le 1<sup>er</sup> recours (circonstances de

découverte, délai de consultation, type de recours et motif de recours, motif d'abandon, utilisation de médecine complémentaire, représentation de la maladie), les données sur le second recours (type de recours, délai de séjour, motif de recours, délai de consultation, motif d'abandon, utilisation de médecine complémentaire) et les données sur la biomédecine (motif de recours, délai de prise en charge, médecine complémentaire)

L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel IBM-SPSS version 20 pour Windows. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de fréquence. Les variables quantitatives ont été présentées par leur moyenne et leur écart-type. Les données qualitatives collectées sur bandes magnétiques ont été systématiquement transcrites en verbatim. Toute l'information a été conservée en corpus textuel sous forme écrite. Les données verbales d'observation directe ont été restituées par verbatim. Nous avons calculé le délai moyen de consultation c'est-à-dire la durée entre l'apparition des symptômes et la consultation chez le médecin.

## RÉSULTATS

Sur 178 femmes contactées, 145 ont participé à l'étude car 19 d'entre elles ont opposé un refus et 14 fiches de collecte de données étaient invalides.

### Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I montre les caractéristiques sociodémographiques des patientes. L'âge moyen était de 42 ans  $\pm$  12,1. La plupart des femmes étaient âgées de 45 ans et plus (57,2% ; 83/145), avaient un emploi (82,1% ; 119/145), étaient originaires des régions montagneuses (44,8% ; 65/145) et forestières du pays (39,3% ; 57/145) et avaient un niveau de revenus modeste.

**Tableau I : données sociodémographiques**

Variables	N	%
<b>Age</b>		
25-34 ans	24	16,6
35-44 ans	38	26,2
≥45 ans	83	57,2
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	31	21,4
Mariée	79	54,5
Veuve/divorcée	28	19,3
Union libre	7	4,8
<b>Profession</b>		
employée	119	82,1
non employée	26	17,9
<b>Aire culturelle</b>		
Côte	10	6,9
Forêt	57	39,3
Grassfields	65	44,8
Sahel	8	5,5
Savane	5	3,4
<b>Niveau d'étude</b>		
Aucun	10	6,9
Primaire	30	20,7
Premier cycle	37	25,5
Second cycle	22	15,2
Supérieur	46	31,7
<b>Revenu mensuel</b>		

**Tableau I : données sociodémographiques**

Variabiles	N	%
< 100.000F	49	33,8
100.000 à 299.999F	77	53,7
300.000 à 499.999F	17	11,7
> 500.000F	2	11,4

**Caractéristiques cliniques des patientes**

Le tableau II montre les caractéristiques cliniques des patientes. Les grandes multipares étaient le plus représentées (34,5% ; 50/145). La majorité des patientes étaient à un stade III (46,9%) et 22,1% (32/145) avaient une histoire familiale de cancer de sein. La plupart des patientes étaient en cours de traitement (95,2% ; 138/145) et plus souvent sous chimiothérapie (91,7% ; 133/145).

**Tableau II : répartition des patientes en fonction du profil clinico-pathologique**

Variabiles	Effectifs (n)	Fréquence (%)
<b>Parité</b>		
Nullipare	14	9,7
Primipare	19	13,1
Paucipare	32	22,1
Multipare	30	20,7
Grande multipare	50	34,5
<b>Antécédent familial</b>		
oui	32	22,1
non	113	77,9
<b>Stade clinique actuel du cancer</b>		
Stade II	18	12,4
Stade III	68	46,9
Stade IV	30	20,7
Mastectomie	29	20
<b>Traitement actuel</b>		
Mastectomie totale	4	2,8
Chimiothérapie néo-adjuvante	65	44,8
Chimiothérapie adjuvante	68	46,9
Surveillance	7	4,8

**Circonstances de découverte du cancer et délai de consultation**

La majorité des femmes (67,6% ; 98/145) ont découvert la maladie par la présence d'un nodule au sein à l'autopalpation (figure 1).

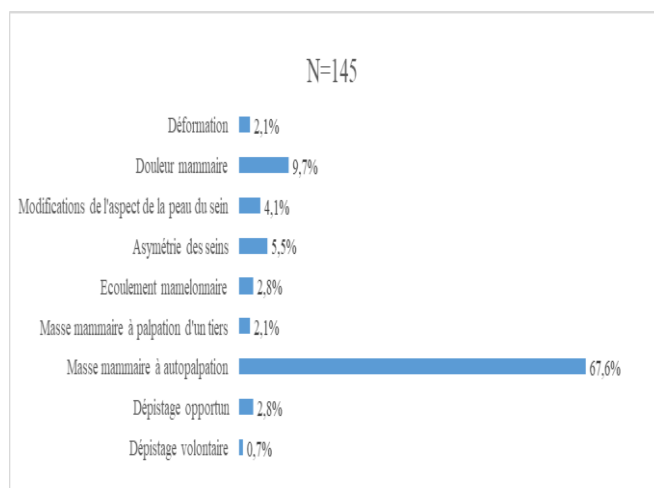


Figure 1 : Répartition des circonstances de découverte du cancer du sein

La figure 2 montre le délai de consultation. Le délai moyen de consultation chez un spécialiste était de 8,54 mois avec les extrêmes de 1 jour et 10 ans. La majorité des patientes (70,3% ; 102/145) avaient vu un spécialiste dans les 6 premiers mois suivant la découverte des premiers symptômes.

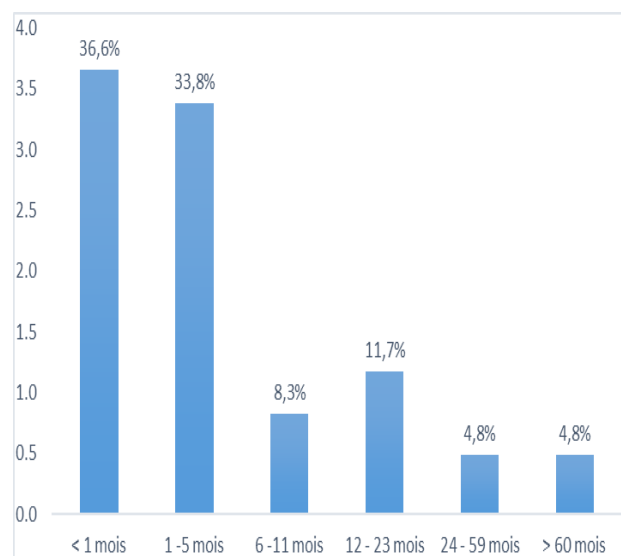


Figure 2 : Répartition en fonction du délai de recours au spécialiste

**Différents recours**

La figure 3 montre la distribution du 1<sup>er</sup> recours. La plupart des femmes (64,1% ; 93/125) s'étaient rendues à l'hôpital en 1<sup>ère</sup> intention. L'abstention thérapeutique représentait 25,5% (37/145) des cas et 4,8% (7/145) des cas ont consulté un tradipraticien.

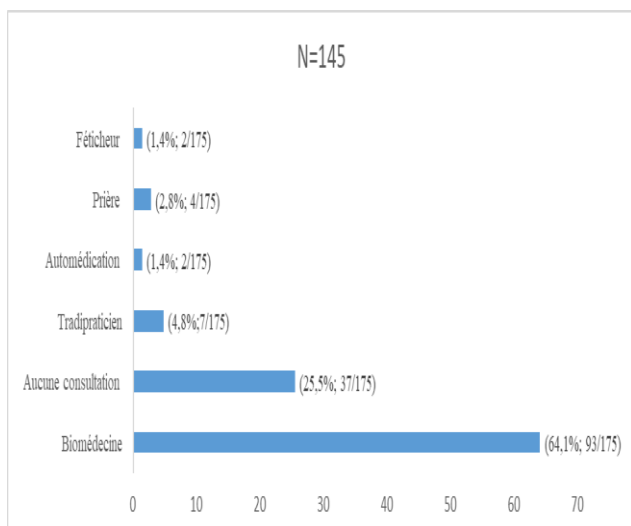


Figure 3 : Distribution des patientes en fonction du 1<sup>er</sup> recours

En deuxième recours, la majorité des femmes (40,0% ; 30/75) ont sollicité la biomédecine et 33,3% (25/75) d'entre elles ont consulté un tradipraticien. (Figure 4)

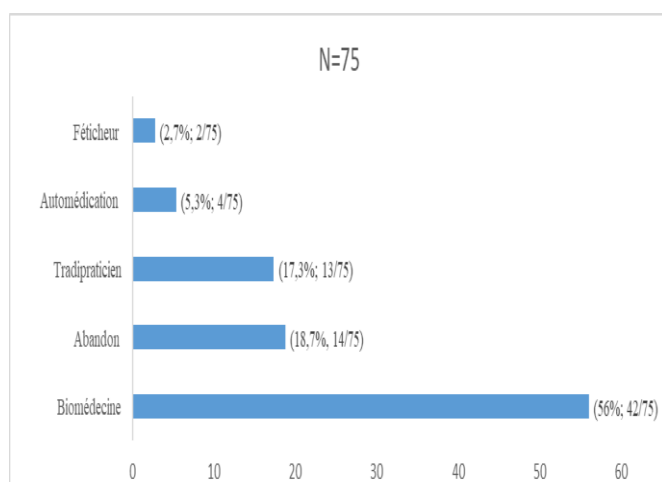


Figure 4 : distribution des patientes en fonction du 2<sup>ème</sup> recours

Le troisième recours était hospitalier pour la plupart des femmes concernées (87,9% ; 29/33). (Figure 5)

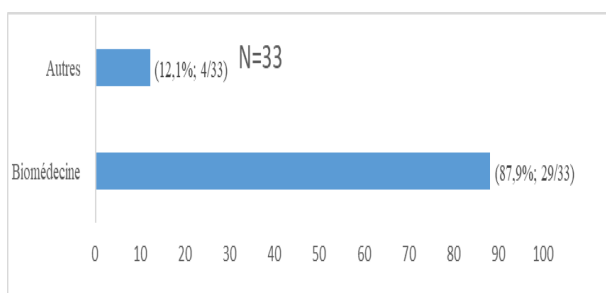


Figure 5 : distribution des patientes en fonction du 3<sup>ème</sup> recours

### Associations thérapeutiques à la Biomédecine

Nous avons observé que 35,2% (51/145) des femmes associaient d'autres traitements à la Biomédecine. Ces traitements étaient souvent de la pharmacopée traditionnelle (51% ; 26/51) Tableau III.

Tableau III : Répartition en fonction de l'association thérapeutique en biomédecine

Variabes	Effectifs (n)	(%)
Automédication à la pharmacopée traditionnelle	26	51,0
Compléments alimentaires	15	29,4
Tradithérapie	8	15,7
Traitement religieux	2	3,9
Total	51	100

### Motifs de choix de recours

Le tableau IV montre la répartition des patientes en fonction des motifs de choix des différents recours. Ces motifs étaient divers. Ils étaient difficiles à exprimer. La raison qui a poussé les femmes à s'abstenir de traitement était en grande partie l'ignorance de la dangerosité de la maladie. Elles déclaraient « je savais que ce n'était rien et ça allait passer » ou encore « je suis allée à l'hôpital et on m'a dit de ne pas m'inquiéter, que ce n'est rien de grave ».

Les recours à l'ethnomédecine et au traitement spirituel étaient motivés par « l'efficacité thérapeutique du soignant ». Ainsi des femmes qui se sont rapprochées d'un tradipraticien et d'un féticheur rapportaient : « on m'a dit que ce tradipraticien a guéri une personne ayant aussi un cancer du sein et la personne qui me l'a dit m'a certifiée qu'il a vu cette dernière guérir complètement » ; ou alors incriminaient une tierce personne « on m'a dit que c'est quelqu'un qui m'a lancé ça, j'y suis donc allée pour trouver la solution ».

Le choix du recours à la biomédecine était en majorité guidés par une décision personnelle c'est à dire les opinions, les connaissances et l'éducation de la patiente. Certaines déclaraient « on m'a appris que quand tu es malade, tu vas à l'hôpital » et d'autres « j'ai appris à l'école que si tu sens une boule dans le sein faut aller à l'hôpital ». Et encore « à la télévision et à la radio on conseille que dès qu'on sent une boule dans le sein faut aller à l'hôpital ». En outre « quand je suis malade je vais à l'hôpital au moins pour savoir ce que j'ai »

Tableau IV : Répartition des motifs en fonction des choix de recours

Recours	Motifs	Premier recours % (n <sub>1</sub> )	Second recours % (n <sub>2</sub> )
<b>Abstention thérapeutique</b> n <sub>1</sub> = 37 n <sub>2</sub> =14	Ignorance de la dangerosité de la maladie	70,3 (26)	28,6 (4)
	Peur	10,9 (4)	14,3 (2)
	Manque de moyens financiers	10,9 (4)	28,6 (4)

**Tableau IV : Répartition des motifs en fonction des choix de recours**

Recours	Motifs	Premier recours % (n <sub>1</sub> )	Second recours % (n <sub>2</sub> )
<b>Automédication pharmacopée traditionnelle</b> n <sub>1</sub> =2 n <sub>2</sub> =3	Efficacité thérapeutique	100 (2)	66,7 (2)
	Bénignité	---	33,3 (1)
<b>Prière</b> n <sub>1</sub> =4 n <sub>2</sub> =0	Efficacité thérapeutique	100 (4)	---
<b>Tradithérapie</b> n <sub>1</sub> =7 n <sub>2</sub> =25	Efficacité thérapeutique	85,7 (6)	96,0 (24)
	Soulagement	14,3 (1)	
	Manque de moyens financiers		4,0 (1)
<b>Féticheur</b> n <sub>1</sub> =2 n <sub>2</sub> =0	Efficacité thérapeutique	100 (2)	---
<b>Biomédecine</b> n= 145	Efficacité thérapeutique	79,3 (115)	
	Inefficacité des autres recours	10,3 (15)	
	Conseil de la famille	3,4 (5)	
	Conseil d'un professionnel de santé	2,8 (4)	
	Existence des moyens financiers	2,8 (4)	
	Accueil et écoute	0,7 (1)	
	Conseil d'ami	0,7 (1)	

### Itinéraires thérapeutiques des patientes

Les itinéraires thérapeutiques sont représentés à la figure 6. La plupart des patientes sont allées en 1<sup>ère</sup> intention à l'hôpital (93/145 ; 64,1%) mais 24,8% (36 /145) d'entre elles ont eu recours à d'autres soins avant de se réviser. Nous avons observé que 22,8% (33/145) des patientes dans leurs itinéraires thérapeutiques ont changé de soignants au moins à 2 reprises.

### DISCUSSION

Le cancer du sein est souvent diagnostiqué à un stade avancé et nous avons recherché les raisons qui pourraient expliquer cette situation. Le retard au recours à la biomédecine est une cause majeure de la prise en charge tardive.

#### Profil socio démographique et clinique

Notre population d'étude était aussi jeune que celle décrite dans d'autres séries africaines [14,15]. Le cancer du sein atteint les femmes jeunes dans notre milieu car environ 1 femme sur 3 a moins de 40 ans [5,10]. Elles ont globalement un niveau d'études élevé mais un niveau socio-économique bas. La décision d'aller en

consultation est souvent retardée par des considérations financières. La majorité d'entre elles ont un revenu mensuel modeste équivalent à moins de 300.000frs CFA (500 euros). Malgré qu'elles soient souvent lettrées, leur faible capacité financière réduit leur pouvoir de décision sur leurs problèmes de santé.

Le délai de consultation long est souvent incriminé [5,10,14,16,17] malgré que 67,6% des femmes ont découvert leur maladie à l'autopalpation des seins. Au Cameroun, il n'y a pas de programme national de dépistage du cancer du sein. Ceci a pour conséquence la découverte des masses lorsqu'elles sont déjà volumineuses. Contrairement aux trouvailles de Zannou al au Bénin [14], pour qui 95,2% des femmes n'avaient aucune connaissance sur l'autopalpation des seins. L'ignorance de la signification de la présence d'une masse dans le sein qui est exceptionnellement douloureuse d'emblée amène les femmes à minimiser la gravité du problème. Selon notre étude, 25,5% des femmes s'abstenaient de tout traitement au moment où elles découvraient un problème sur leur sein.

Le délai moyen de consultation en biomédecine dans notre étude était long, 8,54 mois en moyenne et pourrait s'expliquer par l'ignorance des patientes [18,19]. Ce temps écoulé entre le premier symptôme et la consultation du spécialiste avait souvent servi à explorer d'autres recours thérapeutiques.

#### Itinéraires thérapeutiques

Différentes trajectoires thérapeutiques étaient observées chez les patientes à la recherche de soins. Contrairement à Zannou au Bénin [14] qui avaient trouvé que la tradithérapie était le 1<sup>er</sup> recours des patientes atteintes du cancer du sein, la majorité de nos patientes recouraient d'abord à la Biomédecine. Mais celles-ci pouvaient être rattrapées par des considérations sociétales et recourir secondairement à d'autres soins ou à les associer à la biomédecine. Toutefois, 79,3% des patientes étaient convaincues de l'efficacité de la Biomédecine à soigner le cancer.

L'abstention thérapeutique était le deuxième recours le plus fréquent. Du fait de l'ignorance de la maladie, le cancer du sein est parfois considéré comme une pathologie banale [20]. Les patientes se donnent le temps d'apprécier l'évolution de la maladie avant de solliciter de l'aide. Des femmes ayant débuté par l'abstention thérapeutique, plus de la moitié se sont rendues par la suite à l'hôpital et le reste chez le tradithérapeute ou alors ont débuté une automédication du fait de l'aggravation de la maladie. La tradithérapie était plus importante lors du second recours. Ces résultats sont inférieurs à la fréquence de 54% décrite au Bénin en 2015 [14].

#### Motifs de recours

En tant que premier recours, les femmes allaient à l'hôpital par curiosité pour découvrir la cause de leur symptôme ou de leur maladie. Elles déclaraient aller d'abord à l'hôpital pour au moins savoir ce qui se passe. Dans un deuxième temps, elles y allaient car elles pensaient que c'est à l'hôpital qu'on peut soigner leur maladie. Pour elles, l'hôpital était l'endroit adéquat pour

avoir une solution à leur problème et être guéries. Elles comptaient sur l'efficacité du traitement.

En deuxième recours, ce sont en majorité les femmes qui s'étaient abstenues de traitement pour voir l'évolution de leur maladie. Elles allaient à l'hôpital quand la maladie s'était aggravée. Pour celles qui avaient déjà pris d'autres traitements, elles se rendaient à l'hôpital par inefficacité des autres traitements reçus. Nous avons constaté que le choix de la biomédecine était guidé par leurs connaissances personnelles sur la maladie et son traitement.

Les raisons qui ont motivé des femmes à s'abstenir de tout traitement étaient dominées pour le 1<sup>er</sup> recours, par l'absence de douleurs qui signifiait pour elles que la maladie était sans gravité et donc ne justifiait pas la prise d'un traitement. Ceci représentait 70,3% des motifs d'abstention thérapeutique. Selon Landolsi et al en Tunisie [20], l'absence de douleurs les rassurent. La peur du diagnostic et le manque de moyens financiers étaient également été évoqués pour justifier le non recours aux soins. Certaines femmes ayant un niveau intellectuel élevé redoutaient de se rendre à l'hôpital de peur de voir confirmer le cancer et d'être obligé de subir des traitements agressifs pour leur féminité et par conséquent, repoussaient au mieux cette échéance.

Deux raisons principales emmenaient les patientes à abandonner la biomédecine et/ou à se tourner vers la tradithérapie ou le fétichisme. Il s'agissait du manque de moyens financiers du fait du faible pouvoir d'achat et de décision des femmes. Il s'agissait aussi de la représentation que les femmes se faisaient de la maladie. Les considérations métaphysiques vont amener les femmes à penser que la médecine conventionnelle ne saurait apporter une solution adéquate à leur problème. Invoquer leurs ancêtres et recourir à leur traitement d'antan serait la solution. De plus, les tradipraticiens seraient plus accueillants et les soins moins coûteux.

Notre étude a présenté certaines limites. La difficulté pour certaines femmes d'avouer certains types de recours au détriment de la biomédecine ceci par culpabilité ou par gêne pourraient apporter des distorsions dans certains itinéraires thérapeutiques. Avoir eu recours au fétichisme par exemple pourrait être frustrant et stigmatisant surtout que nous appartenions à leur équipe de soignant.

## CONCLUSION

Les femmes atteintes d'un cancer du sein à Yaoundé ont des recours aux soins pluriels. Les différents recours étaient la Biomédecine en majorité mais aussi la tradithérapie, l'automédication à la pharmacopée traditionnelle, le fétichisme, la spiritualité (église) ou simplement une abstention thérapeutique. Les itinéraires thérapeutiques des patientes étaient imbriqués et marqués par un abandon à un moment ou à un autre des soins hospitaliers soit pour des raisons financières soit à la recherche d'un soutien auprès d'un autre soignant (tradipraticien, prêtre, féticheur). Les choix de ces recours étaient motivés par l'efficacité thérapeutique, la peur du diagnostic voir du traitement, la capacité financière et par les connaissances des patientes.

Les itinéraires thérapeutiques ont révélé l'ignorance des patientes, leur désarroi ou leur insatisfaction à trouver une solution à leur problème. La triade ignorance, indigence et habitudes socioculturelles détermine les itinéraires thérapeutiques des patientes. Une sensibilisation de la population générale et des intervenants dans les itinéraires thérapeutiques des patientes pourraient réduire le recours tardif à la biomédecine.

## CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions les responsables et le personnel de l'hôpital général de Yaoundé et de l'hôpital gynéco-obstétrique de Yaoundé qui nous ont permis de réaliser cette étude. Nous n'avons reçu aucun financement d'individus ou d'institutions pour mener cette étude.

## RÉFÉRENCES

- [1] Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020. ONU Info 2020. <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572> (accessed December 22, 2021).
- [2] 2. OMS. Dernières statistiques mondiales sur le cancer – IARC. [https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr223\\_F.pdf](https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr223_F.pdf) n.d.
- [3] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
- [4] Globocan. Cancer au Cameroun. 2020 <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/120-cameroon-fact-sheets.pdf>.
- [5] Essiben F, Foumane P, Meka EJ, Tchakounté M, Dohbit JS, Nsahlai C, et al. Descriptive analysis of 192 cases of breast cancer occurring before age 40 in Yaounde, Cameroon. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6:2704. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20172898>.
- [6] Lee MK, Varzi LA, Chung DU, Cao M, Gornbein J, Apple SK, et al. The Effect of Young Age in Hormone Receptor Positive Breast Cancer. *BioMed Res Int* 2015;2015:1–6. <https://doi.org/10.1155/2015/325715>.
- [7] Anders CK, Fan C, Parker JS, Carey LA, Blackwell KL, Klauber-DeMore N, et al. Breast Carcinomas Arising at a Young Age: Unique Biology or a Surrogate for Aggressive Intrinsic Subtypes? *J Clin Oncol* 2011;29:e18–20. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.28.9199>.
- [8] Chollet-Hinton L, Anders CK, Tse C-K, Bell MB, Yang YC, Carey LA, et al. Breast cancer biologic and etiologic heterogeneity by young age and menopausal status in the Carolina Breast Cancer Study: a case-control study. *Breast Cancer Res*

- BCR 2016;18. <https://doi.org/10.1186/s13058-016-0736-y>.
- [9] Orock GE E, P N, As D. Current cancer incidence and trends in Yaounde, Cameroon. *Oncol Gastroenterol Hepatol Rep* 2012;1:58–63. <https://doi.org/10.5530/ogh.2012.1.14>.
- [10] Kemfang Ngowa JD, Yomi J, Kasia JM, Mawamba Y, Ekortarh AC, Vlastos G. Breast Cancer Profile in a Group of Patients Followed up at the Radiation Therapy Unit of the Yaounde General Hospital, Cameroon. *Obstet Gynecol Int* 2011;2011:1–5. <https://doi.org/10.1155/2011/143506>.
- [11] Senoum B. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Bénin Université de Cocody Abidjan - DEA [en ligne] 2002 [consulté le 24/10/2018]; 1: 16 Consultable à l'URL :[https://www.memoireonline.com/04/08/10/08/m\\_determinants-itineraire-therapeutique-sud-benin3](https://www.memoireonline.com/04/08/10/08/m_determinants-itineraire-therapeutique-sud-benin3).
- [12] Keubo FRN, Mutarambirwa HD, Tatepong AMN, Delphine NS. La symptomatologie physique et vécu psychologique dans le cancer du col utérin : interrogations à partir de trois cas cliniques au Cameroun. *Rev Int Soins Palliatifs* 2019;34:91–5.
- [13] Sando Z, Mayemi E, Dina Bell E, Atangana P, Mendimi Nkodo J, Ndoumba A, et al. Tumeurs à Cellules de la Granulosa de l'Ovaire : À Propos de deux Cas. *Health Sci Dis* 2015;16.
- [14] Zannou B, Prudencio RCT. Itinéraire thérapeutique et retard à la consultation des patientes atteintes du cancer du sein au centre national hospitalier et universitaire Hubert K.Maga Cotonou (Benin). *RAFMI* 2015 ; 2 : 24-28.
- [15] Ly M, Diop S, Sacko, M, Baby M, Diop CT. Cancer du sein : facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique des usagers d'un service d'oncologie médicale à Bamako (Mali). *CARPHA* 2002 ; 89: 323-6
- [16] Aloulou S, El Mahfoudi A, El Omrani A, Khouchani M. Facteurs liés au diagnostic tardif du cancer du sein: expérience du CHU Mohammed VI Marrakech. *Pan Afr Med J* 2015;21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.162.4363>.
- [17] Benbakhta B, Tazi M, Benjaafar N, Khattabi A, Maaroufi A. Déterminants des délais patient et système de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein au Maroc, 2013. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique* 2015;63:191–201. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.03.121>.
- [18] Toure 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. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2013;41:696–700. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2013.08.019>.
- [19] Gi M. Experience with breast cancer in Zimbabwe. *J R Coll Surg Edinb* 1993;38:75–8.
- [20] Amel L, Selma G, Rym C, Imen C, Leila BF, Mafram H, et al. [Reasons of diagnosis delay of breast cancer in Tunisian women [160 patients in central region of Tunisia]. *Tunis Med.* 2010; 88(12):894-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21136356/>.

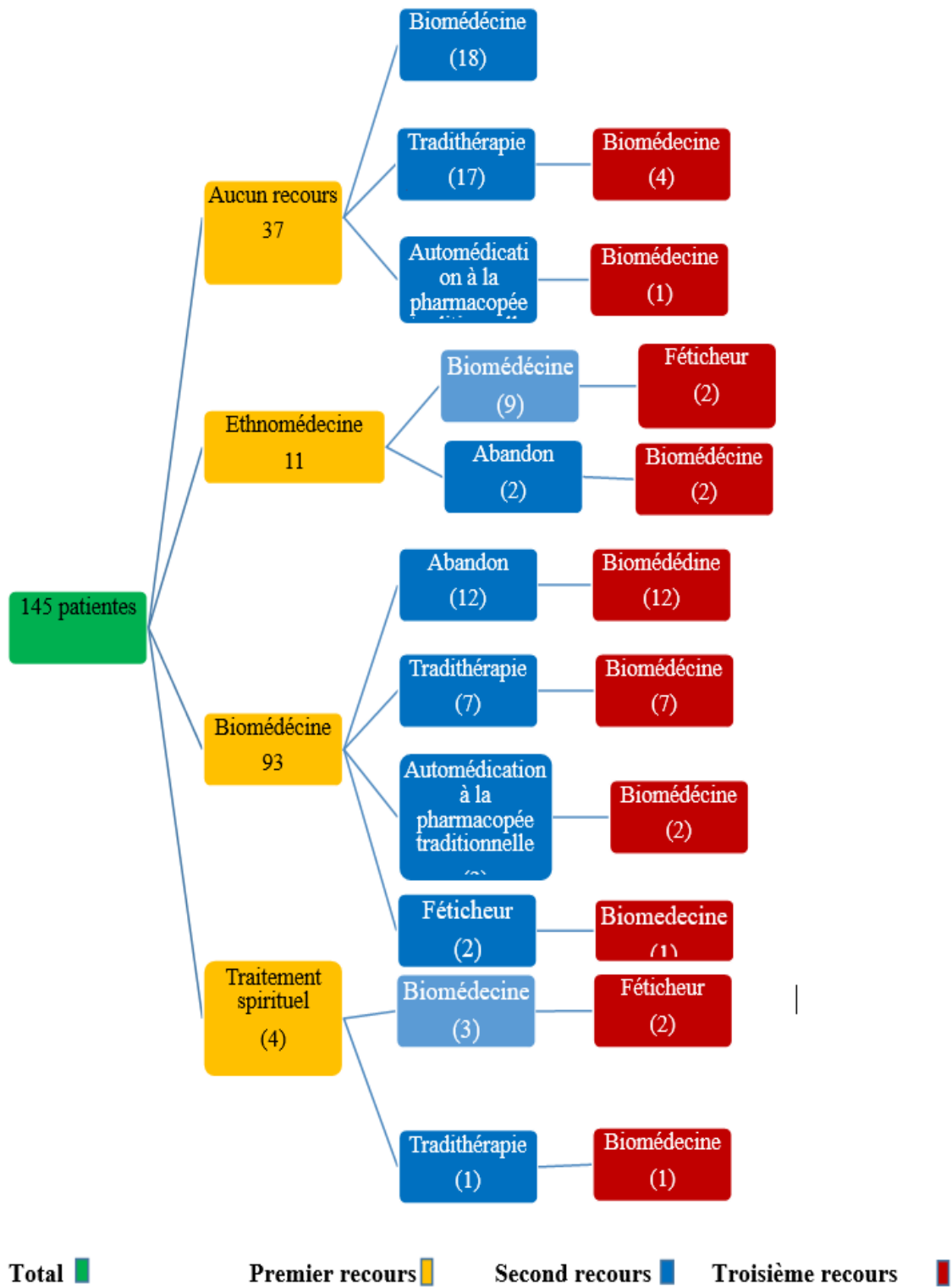


Figure 6 : Itinéraires des patientes