




Mémoire
Présenté par
Ndéye Fatou CISSE

Université Cheikh Anta-Diop
Faculté des Lettres et Sciences
Humaines Département
SOCIOLOGIE

**Cancer du col de l'utérus : comportements à risque,
connaissances et représentations des femmes**

ANNEE ACADEMIQUE

2011-2012



UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT SOCIOLOGIE

Mémoire de Maîtrise

**Cancer du col de l'utérus : Comportements à
risque, Connaissances et Représentations des
Femmes**

Présentée par :

Ndéye Fatou CISSE

Sous la direction de :

M.Sylvain.L.FAYE

Année universitaire 2011/2012

Remerciements

A ma chère maman

Qui a toujours été présente, son amour, ses encouragements nous donnent envie de braver tous les obstacles de la vie pour faire de toi la maman la plus heureuse et la plus fière de toute

A mon cher papa

Qui a toujours cru en ces filles, ce papa qui est toujours à l'écoute de ces filles. Merci papa!

A toute l'équipe de CODESRIA pour avoir bien voulu subventionner ce mémoire

A mon Directeur de mémoire Monsieur le Professeur Sylvain. L. FAYE pour son écoute, sa disponibilité. Merci d'avoir développé en nous le goût de la perfection. Veuillez recevoir mes remerciements et ma gratitude pour l'aide et le temps que vous m'avez consacré

A tous les professeurs et étudiants du département de sociologie

A Monsieur le Professeur Abdou Aziz KASSE, cancérologue et Président de l'association Prévenir pour son soutien incondicional, son entière disponibilité. Qu'il reçoive ici la marque de ma gratitude

A tous les membres de l'association Prévenir pour leurs conseils, soutiens et encouragements

A Monsieur le Professeur Mamadou DIOP, Directeur de l'Institut National du Cancer, pour nous avoir autorisés de mener l'étude dans ledit institut

A tout le staff médical de l'Institut National du Cancer, particulièrement aux secrétaires médicaux Henri Diédhiou et Fatou CISSE

A tout le staff médical de la clinique des Mamelles

A Madame Sakho sage femme d'Etat à la maternité de Yeumbeul

A Cheikh DIOP coordonnateur des relais communautaires de la commune de Yeumbeul

Au Directeur de l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF)

A Monsieur Abdou Aziz Mandiang pour ses conseils et encouragements

A Monsieur Amath Wone chef laboratoire ASBEF

A M.CHEIKH Diédhiou de l'IPDSR pour m'avoir inspirée !

Dédicaces

Je dédie ce travail à

Mon papa et à ma maman

A mes sœurs Oulimata CISSE, khady CISSE, Nafissatou CISSE

A mes frères Bachir CISSE, Mouhamad Makhtar CISSE, Abdou Aziz CISSE

A mes cousines Fatou SY, Mame Nafi SY, Fatou Bintou SY, Rokhaya SY, Fatou DIAW, Awa SYLLA, Coumba CISSE

A mes neveux Mame Maodo CAMARA, Ami Collé NDAO

A mes tantes Alimatou SY, Ndèye NIANG

A mes oncles Mame Goor CAMARA, Habib DIOP, Mansour NIANG, Ahmad SY

A mes amies Mariétou BA, Diama NDAO, Mame Sokhna DIEDHIOU

A mes camarades de promotion Binta FOFANA, Gnagna SOW, Oumar NIANG

Qu'ils trouvent ici mon amour éternel !

Cadre théorique

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Introduction

Représentant statistiquement la population la plus importante au Sénégal, les femmes constituent plus de la moitié de la population sénégalaise (51,2% pour la population de fait et 50,8% pour la population de droit)¹. Ces dernières en plus d'être la proie des aléas liés à la maternité, au VIH/SIDA, elles sont quotidiennement traquées par les maladies gynécologiques dont le cancer du col de l'utérus.

Ce dernier qualifié de maladie sexuellement transmissible constitue une menace lourde sur la vie des femmes. Cette maladie est d'autant plus insidieuse qu'elle demeure presque inconnue par la majorité de la population. Les représentations de celle-ci sur la maladie, fait que le cancer du col de l'utérus prend des proportions inquiétantes au regard des chiffres avancés par l'Institut National du cancer sis à l'hôpital Aristide le Dantec. En effet, le cancer du col de l'utérus devient le premier cancer au Sénégal à côté du cancer de la prostate, du sein et de la foie avec un taux de prévalence estimé entre 1700 et 2000 nouveaux cas par an, avec une mortalité avoisinant les 70 et 80% d'après l'Institut National du cancer.²

Cette situation alarmante est, d'une part imputable au retard à prioriser le cancer en tant que problème de santé publique, selon le Docteur THIAM lors des sixièmes journées scientifiques de l'hôpital Principal de Dakar.³ D'autres parts, la tendance à associer la maladie avec l'apparition de symptômes, avec la douleur, est un élément non moins déterminant dans la prolifération de cette maladie quasi asymptomatique à ses débuts.

Cependant, la situation du cancer au Sénégal comme dans beaucoup de pays en voie de développement s'explique par une multitude de facteurs. D'où l'impérieuse nécessité d'aborder le cancer au-delà des instances biomédicales. Autrement dit, la mise en évidence des multiples facteurs permettant d'appréhender la maladie dans sa dimension socioculturelle, nécessite que l'on s'éloigne un peu des concepts ou des discours relatifs à la biomédecine.

Aussi les discours anthropologiques et sociologiques relatifs à la santé et à la maladie demeurent-ils encore actuels et prestigieux dans l'analyse et dans l'identification des représentations et des comportements des individus par rapport à la maladie et à la santé.

Ces dernières respectivement perçues par les individus comme la différence distinguant le pathologique du normal, sont souvent chargées de connotation et des sens qui rendent compte de l'état de connaissances des individus sur une maladie donnée.

¹ Résultats du 3ème recensement général de la population et de l'habitat de 2002

² www.lematindafrique.com/prévention du cancer du col de l'utérus-premier cancer du Sénégal: du personnel hospitalier formé aux techniques de dépistage et cryothérapie

³ Sources : <http://www.sante.gouv.sn/actualites>

Ainsi, la conception et la mise en œuvre des mécanismes de prévention et de prise en charge pour rendre timide la progression de la maladie est indissociable du processus d'évaluation des connaissances et d'identification des représentations des femmes faites autour de la maladie, de son traitement, etc.

Aujourd'hui d'aucun constatent que les questions de la santé, de la maladie ne doivent plus s'enclorre dans des cadres exclusivement biomédicaux. Elles constituent, en effet, des questions majeures impliquant les dimensions psychosociologiques des soignants mais également celles des soignés. La configuration socioculturelle de la maladie et de la santé dans notre pays explique entre autres les comportements des individus ayant une propension faible à aller recourir aux soins de santé dans le but de se prévenir de certaines maladies asymptomatiques dont le cancer du col utérin.

A travers cette étude il sera question d'évaluer comparativement le niveau de connaissances des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et celui des femmes qui n'en sont pas atteintes et qui constitueront par ailleurs notre groupe témoin. Ce, pour mettre à jour la manière dont le niveau de connaissances des femmes et la perception qu'elles ont sur la maladie varient d'un statut à un autre. Le travail s'articulera autour des trois parties suivantes : le cadre théorique, le cadre méthodologique, l'interprétation des résultats.

I Revue de la littérature :

En parcourant les ouvrages qui traitent des thèmes de la santé publique dont celui relatif à la santé reproductive et sexuelle, on remarque que celle-ci est abordée sous une perspective très biologique quant à l'évocation des causes et conséquences compromettant le fonctionnement du système reproductif des individus. Or l'analyse des problèmes de la santé sexuelle et génésique dans un registre social et culturel des individus, nécessite que l'on s'éloigne un peu de la conception essentiellement biomédicale.

En effet, l'étude des projets et programmes de la santé de la reproduction compte tenu de l'envergure et de la complexité de cette question, mérite que l'on s'appesanti sur les questions socio anthropologiques pour appréhender les représentations construites autour des questions de santé et de maladie.

Au moment où C. HERZLICH aborde la santé et la maladie dans une perspective d'identifier et de situer les représentations qui leur sont associées au plan social, D. FASSIN et Bruno DUJARDIN perçoivent quant à eux les champs de santé et de maladie dans une dimension toute autre.

En effet, D.FASSIN dans ses deux ouvrages, respectivement intitulés *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, et *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et française*, s'est permis de faire une analyse parallèle entre le savoir thérapeutique et le pouvoir avant d'en faire autant entre les problèmes sanitaires et les institutions politiques. C'est autour d'une double polarité que FASSIN est parvenu à démontrer comment et pourquoi le savoir et le pouvoir sont deux choses inséparables. L'étude des rapports entre malades et thérapeutes constitue pour FASSIN une véritable aubaine pour mettre au jour la capacité du savoir plus particulièrement de celle relative à la thérapie à générer le pouvoir. Lors de son séjour (1984-1986) à Pikine⁴ une véritable scène urbaine outre son statut de banlieue, FASSIN a surmonté les obstacles liés à la précarité de cette banlieue pour y élire un laboratoire. Lequel laboratoire lui a permis d'appréhender et de situer principalement les histoires de maladie et de thérapie «sur le marché de la santé» (Gilles BIBEAU, 1993.)

La maladie constitue un évènement dans la vie d'un individu et de celle de son environnement familial. Elle conduit par conséquent l'individu et les acteurs de ce dit environnement à aller à la quête de la guérison. C'est à partir de cette quête de guérison et de protection que FASSIN considère le pouvoir thérapeutique comme le prototype de tout pouvoir dans la

⁴ Un des quatre départements de la région de DAKAR.

mesure où cette quête de guérison est la concrétisation des stratégies élaborées par l'individu et son entourage social pour faire face au malheur, à la souffrance et enfin à la mort.

Ainsi tout individu dépositaire d'un savoir servant à assurer et à garantir la guérison aux personnes qui en manifestent le besoin est perçu d'une manière différente de ce que Gilles BIBEAU appelle les hommes ordinaires. FASSIN, explique ce dernier cherche à démontrer à travers le pouvoir qui émane du savoir thérapeutique, le rôle ou ce que BIBEAU nomme la complicité des gens ordinaires ou des classes subalternes dans le maintien des institutions de thérapie et du pouvoir de ceux qui en sont dépositaires. Aussi dans son article sur l'ouvrage de FASSIN, affirme t-il que « *cette complicité entre le haut et le bas conférerait à tout pouvoir une assise sociale que bien des études ont eu tort de négliger.* »⁵ L'évidence de ce constat a été manifeste lorsque FASSIN entame le risque d'opérer une rupture en prenant la distance par rapport à une anthropologie médicale orientée sur l'étude des rituels de possession par les esprits, sur les procès de sorcellerie. En effet, FASSIN s'est engagé dans une approche plus innovante en s'introduisant dans les dispensaires publics, dans les cabinets privés de consultation de la médecine libérale, dans le réseau de vente illégale de médicaments arrangé par la confrérie mouride, dans la congrégation de la religion catholique. A l'issue de son investissement dans ces institutions de thérapie, FASSIN en conclue que ces acteurs dans le monde de la thérapie tirent leur légitimité du consensus social, (Gilles BIBEAU, 1993.) C'est de là qu'il faut chercher la source de pouvoir qu'il s'évertue à associer avec le savoir.

Tout pouvoir suppose la jouissance d'une certaine autorité et par voie de conséquence l'imposition d'une certaine violence. C'est sous ce rapport que dans la deuxième partie de l'ouvrage, FASSIN met en relief l'aspect ou la dimension relative à la violence. En effet, entre celui qui détient le savoir thérapeutique et celui ou ceux qui en font recours, s'expriment toujours les rapports de domination. D'où les propos de Gilles BIBEAU pour expliquer en substance que la rencontre d'un savoir et d'un non savoir occasionne souvent l'imposition plus ou moins autoritaire du diagnostic et du traitement.

Cependant, la documentation des questions relatives à l'impact des représentations sociales et culturelles sur la santé et la maladie a pris une importance dans la littérature de FASSIN. Bien que ces questions soient présentes, l'approche au moyen de laquelle celles-ci ont été posées, demeurent toutefois différente chez FASSIN. En effet, explique Gilles BIBEAU dans son article, que c'est en relation avec la configuration des itinéraires thérapeutiques des malades

⁵ Anthropologie et Sociétés, vol. 17, n° 1-2, 1993, p. 253-260. <http://id.erudit.org/iderudit/015260ar>

que ces dites représentations ont été abordées par FASSIN. Il revient ainsi à ce dernier de placer ces représentations socioculturelles dans des logiques de quêtes de guérison qui se matérialisent par l'errance et la multiplicité des recours thérapeutiques successifs ou parallèles.

Dans un autre registre, les questions de santé et de maladie sont discutées en relation avec les institutions politiques. Dans l'investissement de ce champ, les travaux de Bruno Dujardin et ceux de D. FASSIN sont d'un intérêt actuel. Quand le second s'est contenté d'expliquer que la situation sanitaire d'un pays rend compte de celle de nos institutions politiques, le premier est allé un peu plus loin en affirmant que les disfonctionnement et les disproportions notées de part et d'autres dans la gestion des structures sanitaires traduisent l'inadéquation de la formation des professionnels de santé aux besoins réels des populations. Aussi parle-t-on de gâchis stratégiques aussi observés dans les pays du Nord que ceux du Sud (Bernard HOURS, 2004.).⁶ Dans son ouvrage intitulé *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Bruno DUJARDIN tient un ton plus ou moins dénonciateur quant à ce que Bernard HOURS appelle des « *malentendus mortifères entre institutions médicales et malades.* » Aussi esquisse-t-il des voies de solution quand il se permet de proposer la participation de plusieurs types d'acteurs pour un meilleur ajustement des institutions médicales aux différents contextes. Cela est d'autant plus vrai qu'il importe selon FASSIN de prendre en considération les facteurs politico-géographico-culturels auxquels est soumise la santé.

Les problèmes évoqués par Bruno DUJARDIN prennent la forme d'épreuve chez FASSIN. En effet, FASSIN, dans son ouvrage identifie quatre épreuves auxquelles est soumise la santé. Les deux premières épreuves concernent respectivement la transcription dans le corps des disparités sociales et la configuration de l'espace thérapeutique. La troisième épreuve correspond à la manière dont le gouvernement engage la gestion collective de la santé et FASSIN y pose en même temps les questions d'exclusion et d'inclusion qui résultent des politiques de santé. Lesquelles politiques constituent des sources de pressions qui d'une manière ou d'une autre annulent la participation de l'individu dans la cité en lui imposant un modèle de citoyenneté. Il revient ainsi à FASSIN de considérer cet état de fait comme relatif à la quatrième épreuve.

⁶ Bernard HOURS, « Bruno Dujardin, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue* », *Bulletin Amades* : <http://amades.revues.org/index615.html>

En partant du biologique au social, Bruno DUJARDIN assimile la santé au champ politique où il faut agir au delà des bonnes intentions pour le modifier. Et pour y arriver, Bruno DUJARDIN recommande d'adapter les programmes ou politiques de santé aux besoins et attentes des populations. Par conséquent, force est de concevoir des mécanismes permettant de mettre en œuvre une gestion inclusive de la santé. Une telle approche reviendra à donner une nouvelle configuration des relations entre professionnels de santé et populations ou patients. Dans cette perspective, il sera question d'impliquer les populations dans le fonctionnement des institutions médicales en les rendant moins passif dans le processus de prise en charge thérapeutique. Aussi importe t-il, conseille Bruno DUJARDIN d'être à l'écoute des patients pour rendre davantage conformes les politiques de santé aux besoins de ces derniers.

Partant du constat inspirateur du journaliste africain à l'adresse des médecins « ...*Si on ne souffre pas de la maladie qui vous intéresse, alors, on peut mourir !* » (Josiane C. Tantchou Yakam, 2003.) Bruno DUJARDIN montre comment les politiques de santé peuvent se solder en échec si les prises de décision émanent uniquement des professionnels de santé. La prise en compte de l'opinion des populations sur la gestion de la santé qui les concernent autant que ceux qui les traitent de leur maladie, devient pour Bruno DUJARDIN un impératif pour une harmonisation des offres de soin et les attentes de ceux qui les reçoivent. Lesquels soins sont administrés pour éradiquer le mal qui a assailli le corps.

Cependant, l'administration de ces soins au corps n'est pas sans effet désagréable sur ce dernier. C'est le cas dans le traitement des maladies chroniques comme le cancer où les soins infligés au corps dépérissent progressivement ce dernier, bien que ces soins entrent dans le cadre d'une quête de guérison.

Le cancer du col de l'utérus est une maladie d'autant plus destructrice que le corps de la femme est mis à l'épreuve des soins thérapeutiques dont les effets compromettent la valeur sociale que le corps représente dans une culture ou dans une société donnée.

En effet, Le corps est le premier instrument naturel de l'homme dont l'usage technique varie d'une culture à une autre, d'une époque à une autre. L'expression culturelle émanant des techniques d'usage du corps, conduit Marcel MAUSS à déconstruire les formules biologiques dans la description de l'usage du corps et de ses organes⁷. Dans la littérature anthropologique, le corps est conçu comme un moyen pour l'individu de mettre à jour son appartenance et son identité culturelle. Il constitue une matière d'identité individuelle mais aussi collective. C'est un espace où l'individu est identifié, reconnu et nommé pour être classé

⁷ Marcel Mauss, Sociologie et anthropologie : « Les techniques du corps »

dans un groupe bien déterminé à un espace bien déterminé. Aussi revenait-il à Merleau-Ponty d'affirmer que le « *corps est l'instrument général de la compréhension du monde.* » Une manière de considérer le corps comme un support de communication, d'une envergure telle que tout usage du corps ou toute expression corporelle émise par l'individu constitue un message symbolisant soit le bonheur, le bien être, l'aisance, soit la souffrance, la douleur. En tant qu'il constitue une réalité changeante, le corps reste et demeure un outil d'évaluation, d'identification et de différenciation en termes de positions et de statuts sociaux.

Dans la société sénégalaise, autant le corps est un instrument de valorisation culturelle et sociale, autant il constitue un instrument d'expression de la douleur, de la souffrance ou de toutes autres formes d'expression marquant l'absence d'aisance sociale. De ce point de vue, toute pratique et tout comportement tendant à rendre le corps attrayant, quoiqu'ils coûtent en termes de dommages compromettant la santé, ne sont pas pour autant bannis de la réalité quotidienne des individus. C'est sous ce rapport que les pratiques relatives aux « xessal » ou à la dépigmentation, aux modes de gavage appelés en wolof « mbéla » constituent des stratégies de mise en valeur du paraître, de l'apparence élaborées dans le but d'acquiescer de l'estime sociale.

Ces pratiques sont souvent observées au risque d'être la proie des maladies à soins très coûteux ne garantissant pas pour autant une curabilité effective. Ainsi entre le choix de conforter sa position sociale pour d'avantage réussir son intégration sociale par l'entretien du corps, au prix des comportements et de pratiques nocifs à la santé et le choix de protéger son corps de toute incidence dérivant de ces comportements et pratiques nocifs à la santé, la réalité observée montre que la femme sénégalaise tient davantage au premier choix jugé plus opérationnel comme critère de reconnaissance sociale. Faudrait-il en conclure que le corps est plutôt une propriété collective dont les modes d'entretien et les modes d'usage sont culturellement déterminés. Par conséquent, toute attitude conformiste à ces normes d'usage du corps socialement et culturellement déterminées, prédisposera la femme à jouir de l'estime, de la reconnaissance, de prestige sociale. Ce qui rend aisément compréhensible l'attitude des femmes vis-à-vis de leur corps, à mettre en épreuve ce denier dans le but de mieux remplir le profil le mieux courtisé dans le marché matrimonial, dans leur vie conjugale ou dans tout autre espace où l'apparence est un déterminant de taille dans les critères d'insertion et d'intégration sociale.

Cependant, les enjeux socioculturels gravitant autour de la notion du corps se croisent avec ceux relevant de la biomédecine. En effet, dans une société où l'apparence, le paraître occupe

une place prépondérante dans le tissu des relations sociales, les techniques d'usage du corps sont à l'épreuve des assauts des maladies dont celles cancéreuses. Or le profil à risque tel que dépeint par les institutions biomédicales par rapport aux maladies cancéreuses assaillant les organes les plus intimes des femmes telles que le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus etc. est un profil que présentent bon nombre de femmes dans notre société. Parmi les éléments constitutifs de ce profil à risque, ceux relatifs à l'entretien et à l'usage du corps avec les techniques de dépigmentation « xessal », les techniques des gavages « mbeelax » sont entre autres facteurs prédisposant les femmes à présenter le profil à risque.

Outre l'usage du corps à des buts esthétiques, le corps de la femme est sujet à des obligations socialement et culturellement déterminées. La socialisation de la femme dans la société sénégalaise incline cette dernière à investir son corps à des tâches, à des formes d'activités qui pour la plupart du temps abîment son corps. En effet, la division du travail en tant qu'un des mécanismes de socialisation et de différenciation des sexes, est d'une configuration telle que les tâches ménagères telle que la cuisine, le linge, les corvées d'eau, la recherche de charbon de bois, la transformation des céréales en des produits comestibles etc. moyennant une technique et une énergie physique, la gestion de la progéniture sont des activités socialement construites et perçues comme des activités féminines. Cette division du travail basée sur la reconnaissance sexuelle atteste de la réalité du corps en tant qu'un objet qui cesse d'être l'instrument de réflexion des instances biomédicales pour devenir un objet de réflexion devant mettre à jour les dimensions sociales et culturelles que renferme le corps.

Dès l'instant où le corps cesse d'être uniquement une réalité biologique pour devenir ce qui symbolisera la culture et le caractère social de l'individu et de sa communauté, il conviendra de soutenir que chaque société, chaque culture construit son propre corps.⁸ Aussi David le BRETON a-t-il raison d'affirmer que le corps est une réalité changeante d'une société à une autre. Dans cette perspective conceptuelle du corps, David le BRETON perçoit celui-ci comme une propriété collective et non comme un objet isolé en soi.⁹ Ainsi dans les communautés à allégeance holiste, l'homme n'existe que dans ses relations avec les autres membres de la communauté, son corps n'est pas selon l'analyse de David le BRETON portée sur la communauté canaque, définie comme une réalité autonome. Le corps devient dès lors l'objet d'une recherche constante pour l'individu de satisfaire aux canons qui traversent sa société. Chaque société produit son corps et l'entretien socialement déterminé de celui-ci, contraint les femmes à faire face à des risques sanitaires.

⁸ Marème DIA THIAM, *Beauté et pratique corporelle des femmes dans la commune de Thiès*

⁹ David le BRETON, *Anthropologie du corps*

Cette exposition au risque d'être une victime de ces maladies cancéreuses, ne conduit pas pour autant à une disparition ou à une réduction impressionnante des attitudes et pratiques jugées propices par les institutions biomédicales au foisonnement des facteurs causant le cancer.

Cette situation non moins paradoxale suscite l'intérêt porté aux réflexions relatives à la perception du risque du moment où le danger est réel et où les conditions favorisant son existence ne cesse de croître.

L'analyse de la perception des risques dans le domaine de la santé sous une perspective culturaliste est indissociable de celle portée sur les institutions et structures sociales qui orientent et légitiment les conduites et les comportements des individus. Ces derniers ne considèrent ou ne conçoivent comme risque que ce qu'il est permis par ces dites institutions de considérer comme risque. Le risque est dès lors perçu moins comme une construction technique que comme une construction sociale. Ainsi les comportements et les conduites des individus face aux menaces, risques et dangers qui traquent leur santé ne sont appréhendés qu'en relation avec les institutions et structures sociales en vigueur. Toute conduite contraire aux normes définies par les institutions et entraînant des aléas au niveau de la santé est sujette à ce qu'on appelle une accusation sociale. C'est ainsi que la perception sociale sur le risque d'attraper le VIH/sida rend compte des conduites de prévention sélectives légitimées par les institutions sociales. Parmi ces conduites de prévention les plus glorifiées, l'abstinence totale qui est signe de pureté sexuelle demeure l'assurance socialement admise et légitimée par les institutions sociales. Par conséquent toute personne atteinte du VIH/SIDA est perçue comme un déviant qui a enfreint les normes en matière de conduite sexuelle. Ainsi les autres formes de prévention telles que le dépistage, l'usage des préservatifs, ne pas partager des objets tranchants pèsent peu à côté de l'abstinence. Cette dernière est socialement perçue comme la principale conduite devant nous mettre à l'abri des risques d'attraper la maladie. Autrement dit, la personne qui adopte une conduite contraire à ces formes de prévention est perçue comme celle la moins exposée aux risques de devenir séropositive que celle qui tient des activités sexuelles en dehors des liens du mariage.

Ainsi les notions de choix et de sélection très chères à DOUGLAS revêtent à ce titre un intérêt particulier quant à la sélection des comportements et conduites de prévention face aux dangers et aux risques liés aux maladies particulièrement aux maladies sexuellement transmissibles. Les risques en tant qu'une des catégories sociales participant à la formation

de l'ordre social, déterminent également la nature des relations entretenues par les individus dans un contexte donné. En effet, l'approche culturelle adoptée dans l'analyse des perceptions de risque permet de situer la rationalité des conduites sociales, de rendre intelligible la variation de ces conduites d'un contexte à un autre.

Par ailleurs, le postulat suivant lequel, les risques constituent des productions sociales, revient à nier la participation de l'individu dans la production des risques. Dans une telle situation, l'individu est emmené à prendre le risque de céder aux pressions du groupe qui sélectionne et rationalise les situations et les circonstances qui doivent être perçues comme dangereuses. Ainsi dans nos sociétés où la polygamie est socialement et culturellement admise, les femmes sont exposées à des risques sanitaires qui ne sont socialement pas perçus comme des risques. Par conséquent, la femme quoique consciente des risques encourus en ayant un partenaire sexuel qui en dispose d'autres, se trouve dans l'incapacité d'opérer des stratégies pour prévenir les risques sanitaires dont le cancer du col utérin. Elle préfère prendre le risque de se plier aux pressions du groupe que le risque d'être socialement blâmée pour avoir manifesté son désaccord de subir la polygamie aux dépens de sa santé. En d'autres termes, il n'appartient pas à la femme de qualifier son comportement ou celui de son époux de comportement à risque. Cette compétence revient plutôt aux institutions sociales auxquelles elle est affiliée. Ce même si la science et la technique mettent à profit l'identification des profils à risque en ce qui concerne les maladies tels le cancer du col utérin, le sida etc. L'évolution et le progrès jamais soupçonné de ces autres cadres de connaissances que constituent la science et la technique, est telle que la médecine est essentiellement moins caractérisée par sa fonction curative que par sa fonction préventive à travers les techniques de prévention qui sont de plus en plus accessibles aux populations. Ainsi le dépistage précoce est la forme de prévention la plus vulgarisée pour la réduction des risques liés aux maladies sexuellement transmissibles dont le cancer du col utérin, aux maladies infectieuses telles le paludisme.

Les questions qui s'imposent sont dès lors de savoir entre la diffusion des connaissances émanant des institutions scientifiques et techniques et la diffusion des connaissances thérapeutiques socialement et culturellement instituées, laquelle de ces deux instances jouissent plus d'audience, comment les formes de réception varient d'une instance à une autre et comment concilier les deux instances pour une meilleure évaluation et une meilleure gestion des risques sanitaires. Ce souci de prévenir les risques traduit l'expression de la

volonté de coloniser le futur, l'avenir et de s'affranchir de la tyrannie du présent nous dit substantiellement GIDDENS.

Au demeurant, la mise en épreuve de l'approche culturelle dans les situations où les questions de santé prennent progressivement des enjeux de plus en plus importants, est une démarche conduisant à l'identification des formes de connaissances et de représentations qui gouvernent les comportements et les conduites face aux incertitudes et dangers qui donnent forme aux risques. Ces derniers, différemment perçus, sont conçus à partir des univers de significations dont dispose chaque société.

Conscient de cela Mercedes PARDO (2002) évoquait dans son article « *que la gestion du risque implique que les populations affectées soient nécessairement averties, protégées et, surtout, convaincues par les politiques correspondantes, la participation sociale est partie prenante de ladite gestion, et condition nécessaire de son succès.* » exprimées en d'autres termes, les explications de PARDO reviennent à rendre évidente la nécessité de miser sur une gestion concertée des risque.

Par ailleurs, la santé de la reproduction si abusivement réduite à la grossesse, de manière générale à la maternité, doit aborder les autres aspects de la santé des femmes tout autant importants et qui s'étalent sur toute la durée de vie des femmes au-delà de la grossesse et de la reproduction. Les femmes connaissent des souffrances non liées à la grossesse et à la maternité, leurs besoins en matière de santé doivent être donc pris en charge sous l'angle où elles sont identifiées comme des personnes et non seulement sous l'angle des logiques des représentations sociales. Lesquelles représentations perçoivent les femmes que sous deux aspects fonctionnels respectivement relatifs aux fonctions de mères, et d'épouses.

La santé de la reproduction bien que concernant toutes les couches de la population, celle relative à la femme est sensiblement spécifique. C'est dans ce cadre que s'impose la nécessité d'envisager un processus consistant à prioriser les problèmes de santé suivant les sexes. L'introduction de la dimension genre dans la résolution des problèmes de santé n'est pas fortuite. C'est ainsi que l'ouvrage portant sur *le droit à la santé Au-delà de la grossesse et de la reproduction* (Jennifer KITTTS, ROBERTS .1996) établit le postulat selon lequel l'identification et la résolution des problèmes de santé passe nécessairement par la reconnaissance de la différence des sexes.

Cette différence induit des préoccupations d'ordres sanitaires qui diffèrent des hommes aux femmes. Cette différence bien que répondant à des déterminants biologiques, elle trouve

toutefois ses stimulants dans un contexte de rapport de forces influençant la vie des hommes et des femmes. Autrement dit l'expérience d'une maladie est différemment appréhendée, perçue et vécue d'un sexe à un autre. Ici la problématique de la différence des sexes est une variable de taille que l'auteur place au cœur de ses réflexions sur les questions de santé des femmes.

En effet, la dimension genre qui est évoquée non pas par effet de mode, permet de situer avec précision les problèmes propres aux femmes et aux hommes en matière de santé. Au-delà de la différence biologique permettant d'identifier les sexes, la société a forgé des mécanismes sur la base de la culture, de la religion, de l'éducation. Ces dits mécanismes ont pour fonction de favoriser l'identification permettant de reconnaître ce qu'on appelle la différence sociale des sexes à la place de la différence biologique. Cette différence sociale plus influençant et explicative quant aux comportements et pratiques répondant à la socialisation des sexes, joue un rôle non moins important et déterminant dans la gestion et dans le vécu du malade et de sa maladie.

Cette situation traduit que les problèmes de santé ne peuvent être résolus en les abordant sous les seuls angles biomédicaux. Ils constituent des questions transversales où l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont plus que jamais indispensables. C'est à ce titre que les auteurs de cet ouvrage encourage dès l'entame la collaboration entre recherches biomédicales et celles émanant des sciences sociales sur les questions de santé. Cette collaboration permet non seulement d'élargir les perspectives en termes de solutions mais profite également les autorités et décideurs en charge de l'élaboration des politiques et programmes de santé.

Aussi la collaboration entre chercheurs et décideurs est-elle indispensable car c'est sur la base de fiables résultats de recherches qu'il est possible d'élaborer de pertinents programmes de santé. Conscients que la santé de la femme garantit celle de la famille car étant un maillon important de la chaîne de la reproduction, les auteurs de cet ouvrage érigent la santé des femmes comme la priorité des priorités. Ils demeurent convaincus que la santé des enfants donc de toute la famille passe par celle des femmes.

Par ailleurs, le secteur de la santé n'est pas sans être déterminé ou influencé par les autres secteurs comme l'économie, la politique, la culture, le social, la religion etc. L'état de l'un de ces secteurs déteint de manière directe ou indirecte sur celui de santé d'un pays.

Aussi la notion de développement durable, d'éducation, d'inégalité des sexes s'ajoutant aux inégalités et disparités économiques sont des facteurs qui engendrent entre autres les menaces qui guettent au quotidien la santé de la population particulièrement celle des femmes. Pour promouvoir la santé de ces dernières, les auteurs de cet ouvrage misent sur l'adoption d'une approche globale sur la santé des femmes, sur la qualité de vie de celles-ci au-delà des fonctions liées à la fécondité et à la reproduction. Ils dénoncent la manière et l'approche par lesquelles la femme est prise en considération au plan socio médical.

En effet, déplorent les auteurs, la femme n'est identifiée qu'à partir de ses fonctions reproductives, de femmes mères, de femmes épouses avec tout ce que cela comprend comme obligations et soumission pouvant sérieusement compromettre sa santé. Cette situation, s'illustre par de nombreux exemples qui viennent conforter les propos rapportés par les auteurs pour qui « *jusqu'à maintenant lorsque la santé des femmes a reçu de l'attention, la santé des fonctions de reproduction et la santé des femmes ont généralement été comme une seule et même chose.* »¹⁰ Les premières études relatives à la pandémie du SIDA et la situation de la femme, ont voulu prévenir la transmission du virus d'une mère infectée à son enfant. La promotion de la contraception et celle de la planification étaient moins destinées à la santé des femmes qu'au contrôle de la démographie.

La plupart des programmes de santé destinés aux femmes sont orientés vers leurs fonctions de reproduction (planification familiale, contraception etc.) Sous ce rapport, les auteurs rapportent les propos de Richters qui « *a réclamé la déconstruction de l'idéologie selon laquelle l'unique destinée naturelle de la femme est de remplir la fonction biologique de procréation.* » La femme doit être identifiée comme un être humain avec des besoins, des désirs, des responsabilités et non comme des personnes à part entières. La santé de la reproduction abusivement réduite aux fonctions procréatives de la femme, explique souvent les raisons pour lesquelles la santé de la femme est souvent perçue comme quelque chose devant être associée à ses rôles de procréer, de reproduire. Ses souffrances non liées à la maternité, à la grossesse et non moins importante sont souvent reléguées au second plan.

Tous ces points évoqués à l'entame de l'ouvrage et qui entretiennent des rapports directs avec la santé de la femme, ont retenu l'attention des auteurs qui ont traité d'un chapitre à un autre les multiples facteurs dont la combinaison détermine l'état de santé des femmes dans un milieu donné. Au premier chapitre, est mise en évidence la manière dont la santé est une

¹⁰ *Le droit à la santé au-delà de la reproduction et de la grossesse* pp5 (Manderson, 1994)

composante essentielle dans les politiques de développement durable. Ce chapitre intitulé « *différence entre les sexes, santé et développement* » est expressément consacré à l'étude des rapports socioéconomiques hiérarchisés suivant le sexe. En effet les constructions sociales faites autour de ce dernier, attribuent aux femmes un statut social marqué par une situation économique non confortable. La difficulté pour les femmes d'accéder à une éducation de qualité, leurs faibles pouvoirs de contrôle sur les ressources alimentaires et économiques, les conduisent irrémédiablement à une impuissance leur privant de toute décision capable de leur permettre de gérer avec responsabilité leur santé et leur sexualité. Or le développement durable n'est envisageable que si l'on reconsidère et valorise les ressources humaines sans discrimination aucune.

La situation de subordination économique dans laquelle sont tenues les femmes face aux hommes n'est pas quelque chose de fortuite. C'est une des normes inscrite dans le processus de socialisation.

En effet, l'éducation sociale des femmes prévoit que celle-ci soit reconnue par la « *douceur, la passivité, l'émotivité et la beauté physique.* » En revanche l'homme est socialement caractérisé « *par la force, l'affirmation de soi, la rationalité ainsi que des besoins sexuels créés par la biologie.* »¹¹ Ces stéréotypés sexuels qui déterminent la ligne de conduite de chaque sexe, est une des formes de réception des normes socioculturelles partagées dans une société donnée à une époque donnée. Bien que cette situation paraisse s'inscrire dans l'ordre naturel des choses, elle n'empêche pas pour autant les auteurs de penser au redressement des « *déséquilibres dans les rapports de pouvoirs entre les hommes et les femmes.* » Ils demeurent convaincus que ces normes formulées par la société impactent sur les comportements des femmes et des hommes par rapport à leur santé.

Aussi pour le redressement de ces déséquilibres, faut-il promouvoir l'égalité authentique entre les hommes et les femmes en envisageant une convergence des rôles de chacun de ces derniers. Convaincus que la santé des populations particulièrement celle des femmes est un facteur de taille pour aspirer à une économie saine, les auteurs passent à l'identification des problèmes communs à la santé des femmes. C'est ainsi qu'au chapitre 2 de l'ouvrage, ils retiennent quatre points comme étant des problèmes communs à toutes les femmes. Ces quatre points sont la différence des sexes, la corrélation entre éducation et santé, la responsabilité des femmes et le rôle de l'alimentation.

¹¹ *Le droit à la santé au-delà de la reproduction et de la grossesse* pp11

Les rapports de pouvoirs qui traditionnellement animaient les relations entre classes, continuent d'animer les relations entre sexes différents bien que les sources de pouvoirs n'émanent pas des mêmes contextes. En effet, la santé vue sous son angle intersectoriel conduit à lier la différence entre sexes comme formes d'inégalités à d'autres formes d'inégalités. Cette différence des sexes qui accroît davantage la féminisation de la pauvreté, exerce en même temps un effet négatif sur la santé de la femme.

Les normes culturelles stipulent que la femme se doit d'être à mobilité réduite. Ainsi ce n'est pas dans l'ordre des choses de voir une femme mener des activités extra conjugales ou ménagères leur permettant d'avoir des revenus financiers conséquents au moyen desquels elle pourra se prendre en charge quant aux dépenses relatives à sa santé. A cette situation, viennent s'ajouter les divorces, les veuvages, les pratiques de lévirat ou de sororat, l'abandon des adolescentes mères célibataires, les femmes chefs de famille largement due à la migration.

Cette kyrielle de facteurs, influence le choix de vie des femmes qui par instinct de survie peuvent s'adonner à des activités qui leur sont fatales. En effet, l'exploitation des femmes par des activités socialement censurées ou non valorisantes, engendre des attitudes nuisibles à leur santé. Le manque d'estime de soi, d'amour propre à son corps expliquent entre autres la propension faible de ces femmes à recourir aux soins et services offerts pour répondre à leurs besoins en termes de santé.

Cependant, tous ces manquements ne sont pas sans réponses ou solutions appropriées. Aussi celle qui est la plus efficace parmi les solutions, demeure selon les auteurs l'éducation. En effet « *la limitation d'accès à l'éducation, à l'information et à la connaissance, signifie que les femmes sont souvent mal informées sur les questions de santé, sur le fonctionnement de leurs propres corps et sur la façon de se protéger des maladies. Elles sont désavantagées de leur aptitude à reconnaître les signes et les symptômes de la maladie et à prendre des mesures nécessaires* ». Cette pauvreté en matière d'éducation traduit très souvent la production des croyances à des mythes, la production des mauvaises informations qui régissent les comportements nocifs à la santé par des pratiques dangereuses. Cela est d'autant plus évident que les maladies asymptomatiques telles que le cancer du col utérin continuent de faire ravage.

L'éducation accroît non seulement leur amour propre mais force également le respect et la considération du personnel sanitaire à leur endroit. La promotion de la santé reproductive par

la politique scolaire des filles et l'introduction du programme sanitaire dans le curriculum éducatif, constitue une stratégie préventive aux multiples menaces qui guettent et compromettent la santé des femmes.

L'éducation constitue un moyen, un capital de connaissance à partir de laquelle, les femmes peuvent puiser des informations fiables capables de forger en elles des attitudes et comportements responsables. Autrement dit, l'éducation est selon les auteurs, un moyen voire un processus de responsabilisation des femmes en matière de santé. Cet investissement des femmes de responsabilité et d'autonomie, est une source de motivation pour ces dernières à accepter de s'informer sur les choses relatives à la santé et de pouvoir « *traduire cette connaissance au niveau de leur comportement.* »

Par ailleurs, les auteurs identifient la mauvaise ou la sous alimentation comme facteur minant gravement la santé des femmes. Le traitement social de la femme assigne souvent celle-ci le rôle sacrificiel de satisfaire les besoins des autres membres de la famille (époux, enfants, belles sœurs, belles mères, beaux fils, beaux pères). La sous alimentation les rend à être de moins en moins réceptives aux messages d'éducation à la santé.

Par ailleurs, l'intégration de l'étude de la différence des sexes dans le processus de recherche permet d'appréhender le contexte social et structurel qu'installent les institutions socioculturelles relatives à la gestion de la santé et de la maladie par rapport au sexe. L'identification de ces contextes renseigne sur la façon dont les hommes et les femmes font usage des informations après qu'ils aient accès aux sources d'information. Les auteurs perçoivent l'importance d'intégrer la dimension genre dans le processus de recherche dans la mesure où c'est un moyen de saisir, de maîtriser les codes sociaux régissant les comportements et les pratiques respectifs des femmes et des hommes en matière de santé. En d'autres termes le comportement de ces derniers n'est que l'expression de ces codes socioculturels.

La coordination entre spécialistes des questions biomédicales et ceux des sciences sociales est plus que nécessaire dans le processus d'identification et d'appréhension de la pléthore des facteurs influençant les risques sanitaires auxquels s'expose chacun des deux sexes. En effet, explique les auteurs, chaque sexe développe une perception différente des maladies. En guise d'illustration, ils affirment que les femmes ont un seuil de tolérance plus élevé que les hommes par rapport au mal. Elles considèrent par exemple les maux de tête comme quelque chose de normal. Or cette tolérance peut résulter des situations irrécupérables comme dans la plupart des maladies insidieuses.

Ce problème est alourdi par les rapports de pouvoir socialement construits dans les relations entre les hommes et les femmes. La domination masculine socialement acceptée fait que la femme est moins encline à parler de leurs soucis sanitaires devant les hommes qui n'hésitent pas à censurer certaines réponses jugées intimes ou perverses. Dans les réponses fournies par bon nombres de femmes sujettes à des questions sanitaires, on remarque un écart entre leurs intentions et les pratiques, en répondant non pas par ce qu'elles font en réalité mais plutôt par ce qu'elles devront faire pour préserver leur santé. A titre d'exemple, les auteurs affirment la thèse selon laquelle la franchise des réponses des adolescentes sur les questions de sexualité, est en rapport avec l'attente et l'acceptation de la société quant à leurs comportements sur le thème en question.

D'abord le niveau de connaissance dont dispose les femmes et qui est relatif à la capacité de reconnaître les causes, les signes et les symptômes des maladies, est selon l'auteur une variable non sans influence sur la décision des femmes à épuiser les moyens de prévention et de guérison. Ces dernières par manque d'informations fiables risquent de normaliser des choses qui sont loin de les être d'où l'expression du seuil de tolérance évoqué par les auteurs. (KITTS, ROBERTS.1996)

Ensuite, viennent les tabous culturels qui soustraient les femmes à taire leur problèmes de santé surtout quand ceux-ci sont associés à l'appareil génital. En effet, les maladies sexuelles sont souvent mal perçues par la société. Celle-ci les apprécie sous forme de perversion, de licence sexuelle. Cette appréhension qui hante les femmes se traduit par une réticence de ces dernières à aller s'épancher devant les pourvoyeurs de soins surtout quand il s'agit d'un homme. En effet, l'effectif du personnel sanitaire selon que celui-ci est composé plus d'hommes que de femmes, renseigne sur la fréquence de visites des femmes dans les structures sanitaires qui éprouvent de la honte et de l'embarras à parler de leurs souffrances aux hommes pourvoyeurs de soins.

L'autre obstacle identifié est relatif aux comportements de certaines femmes ayant tendance à donner la priorité à d'autres besoins au détriment de ceux correspondant à leur santé. Cette situation est caractérisée par ce que les auteurs qualifient sous l'expression « *d'exigences conflictuelles* ». En effet, le processus de priorisation s'opère face au duel entre les besoins relatifs à la gestion ménagère, aux devoirs conjugaux et les besoins d'ordres sanitaires auquel doivent faire face les femmes. Aussi une femme préfère t- elle aller voir un marabout pour sauver son ménage moyennant une somme parfois hors de sa portée que d'aller faire un dépistage pour prévenir les risques d'être atteinte du cancer du col de l'utérus.

La marginalisation des besoins physiques, psychologique, émotionnels de celles-ci à coté d'autres préoccupations les conduisent à se soigner comme elles peuvent en recourant à des soins de fortune auprès des guérisseurs traditionnels. A défaut de quoi, elles apprennent à vivre avec leur souffrance. Cet acte de sacrifice observé par les femmes pour les autres n'est que l'affirmation et l'intériorisation des normes sociales établies par leur environnement socioculturel qui définit cela comme le rôle d'une bonne épouse, d'une bonne mère de famille.

En réponse à cette situation, les auteurs préconisent l'éducation des filles qui seront les futures épouses ou mères. En effet, l'éducation permettra aux femmes de connaître leur corps, de le valoriser, de retrouver de l'estime en elles mêmes pour pouvoir se reconsidérer comme des personnes capables de protéger leur santé.

Par ailleurs, les auteurs soulignent le problème d'accès aux ressources financières. La difficulté pour les femmes d'avoir à leur portée des soins de qualité est le résultat de leur faible pouvoir de contrôle sur les ressources financières. La dépendance notoire des femmes à l'égard de leurs, époux, oncles ou frères ayant toujours le dernier mot au nom de la hiérarchie construite au sein de la famille, traduit la responsabilité très limitée des femmes de se prendre en charge en matière de santé.

Revenant sur la qualité des soins, les auteurs considèrent que celle-ci reste la plus déterminante sur la fréquence de visites des femmes dans les structures sanitaires. Par qualité des soins, ils laissent entendre la disponibilité des pourvoyeurs de soins, la conduite de ces derniers à l'endroit des patients. Pour les auteurs, la différence de statuts entre patients et pourvoyeurs de soins peut engendrer des rapports de domination au profit du second qui nourrit une perception très différente de celle du patient. Cet écart de perception s'explique par le fait que les deux ne partagent les mêmes « *antécédents culturels* ». Entre celui qui détient la connaissance et celui qui en est dépourvu et qui a impérativement besoin des services du premier, peut naître des conflits dus à une mauvaise communication engendrant une incompréhension mutuelle.

L'indifférence et l'irrespect par lesquels sont traités certains patients conduisent ces derniers à recourir aux guérisseurs traditionnels. En effet, constatent les auteurs, ces derniers fournissent à leurs clients des explications satisfaisantes sur la maladie en question quoique scientifiquement insoutenables comparativement aux informations limitées du personnel des structures de santé. A ce niveau, les auteurs déplorent le déficit de communication dans les services de santé. Au chapitre des obstacles, ceux relatifs à la décentralisation des infrastructures sanitaires, demeurent un impératif pour rendre effectif les soins et services prévus pour répondre aux besoins sanitaires des femmes en matière de santé sexuelle. En

effet, la longue distance faite pour accéder aux structures sanitaires, est une épreuve susceptible d'influencer le comportement des femmes qui peuvent mettre du temps à se familiariser à ces dites structures. Force est de reconnaître donc que la mise en œuvre des dispositifs sanitaires ne suffisent pas pour réduire à néant les menaces qui compromettent au quotidien la santé des femmes. Aussi pour rendre opérationnels ces dispositifs, les auteurs jugent-ils nécessaires la conception de mécanismes capables de stimuler la motivation et l'intérêt des femmes à recourir aux soins sanitaires dès que le besoin se fait sentir.

On remarque, toutefois que la documentation des questions par rapport au titre de l'ouvrage n'a pas permis pour autant de percevoir aisément les réelles préoccupations des femmes au delà de la grossesse et de la reproduction. Bien qu'ils aient mis à profit la pléthore de facteurs jouant un rôle prépondérant dans l'apparition de certaines maladies quant à leur évolution, leur propagation, et leur traitement du point de vue médical ou traditionnel, nous notons un vide dans la documentation des questions précises relatives aux maladies que connaissent les femmes et qui ne sont pas liées à la reproduction et à la grossesse.

La même remarque faite à l'ouvrage précédent est observée dans la revue intitulée *Politique de Population et Santé des femmes rétablir l'équilibre*. Cette revue portant les signatures d'Adrienne Germain et de Jane Ordway a été l'occasion pour les auteurs de développer principalement les problèmes pouvant naître par la surpopulation. En effet, reconnaissent ces auteurs, les femmes principales actrices de la reproduction, ne détiennent pas pour autant le pouvoir de décider sur le contrôle de leur fécondité. Cela est plus constaté dans les pays en voie de développement où l'éducation des filles n'est pas assurée dans son effectivité. Cette absence d'autonomie pour les femmes particulièrement celles des pays en voie de développement, d'esquisser leur propres objectifs en matière de fécondité et de sexualité, est le résultat d'une éducation sociale valorisant la fécondité pour ce qu'elle représente comme richesse et symbole.

Sur le même tempo que l'ouvrage précédent, dans cet ouvrage est déplorée tout autant la démarche des autorités et chercheurs qui ont tendance à négliger d'autres aspects non moins importants et qui sont relatifs à la santé des femmes. Cependant, les auteurs en adressant cette reproche à ces autorités et chercheurs, n'ont pas pour autant pris la peine dans leur documentation de préciser la nature de ces autres aspects de la santé des femmes ne se rapportant ni à la grossesse ni à la santé de leurs enfants. Ces autres aspects relatifs à la santé des femmes sont entre autres le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, la fistule. La plupart des programmes et politiques de santé abordent la santé de la femme sous l'angle où elle est identifiée comme mère ou future mère. Autrement dit, les relations de parenté sont des

critères sélectionnés dans la prise en charge des femmes en matière de santé. Ainsi celles qui sont en dehors de ces critères verront leurs préoccupations en matière de santé reléguées au second.

Les auteurs de la revue, ont pris en considération le problème de la fécondité à un niveau tel que les menaces qui traquent au quotidien les femmes sur le plan sanitaire comme les MST sont passées sous silence. Le niveau de fécondité très élevé dans les pays en voie de développement où les ressources économiques sont très limitées préoccupe plus les auteurs. Cette importance portée à la nécessité de revoir à la baisse le niveau de fécondité dans ces pays, justifie le postulat établi par les auteurs pour qui la maîtrise de la fécondité est un préalable pour que les femmes soient à l'abri de tous les maux compromettant à la fois leur santé maternelle mais aussi sexuelle.

Tous ces déterminants associés au niveau élevé de la fécondité n'est que selon les auteurs la conséquence produite par le niveau d'éducation très bas des filles qui se représentent comme des êtres devant éternellement être à la remorque des hommes (époux, fils, oncle, frère). Seule l'éducation, demeure la mesure de taille pour s'engager à améliorer le niveau de connaissances relatives aux moyens qui permettent aux femmes de gérer en toute responsabilité leur santé et leur sexualité.

Cependant, les problèmes de santé des femmes ne se réduisent pas aux taux élevés de la fécondité. Il existe d'autres maux dont souffrent les femmes. Ce qui semble ne pas préoccuper les auteurs qui se sont limités à lister les problèmes relatifs à la maternité et à la fécondité.

Les pays gangrenés par d'interminables maux dont la plus tenace demeure la pauvreté, voient ses femmes infligées par les soubresauts qui en découlent.

En effet, plusieurs cas de figure ont été dressés par les auteurs et dont chacun revêt une singularité selon la situation socio économique et culturelle propre à chacun de ces pays du « tiers monde ». Les femmes, affirment les auteurs, ont en commun l'expérience de vivre dans un environnement où elles sont dépossédées de leurs droits fondamentaux, où elles sont victimes de pratiques traditionnelles nocives à leur santé, où elles font l'objet de stigmatisation, d'ostracisme ou d'exclusion sociale au cas où elles ne sont pas au rendez vous des attentes sociales par rapport à leurs statuts de mères ou d'épouses. Ces fonctions traditionnellement reconnues comme celles révélant par excellence les conditions de femme dans la société, font que les autres besoins non moins importants de la femme ne sont pas en effet perçus comme des besoins primordiaux.

Malgré l'effort des auteurs à esquisser des formes solutions, ils ont manqué l'occasion de mettre l'accent de manière vraiment explicite sur les menaces actuelles gangrénant la santé reproductive des populations particulièrement celle des femmes dont plus de la moitié sont exposées au risque de porter le virus causant le cancer du col de l'utérus dès les premiers rapports sexuels.

En revanche, l'ouvrage intitulé *La lutte contre le cancer du col de l'utérus guide des pratiques essentielles*, renseigne plus ou moins sur les aspects techniques, psycho-sociaux et culturels que présente ce type de maladie sexuelle et dont la progression est imputable à certaines représentations socioculturelles que la société construit autour des maladies liées à la sexualité.

Contrairement à l'ouvrage précédent, le second ouvrage qui a été mis à notre profit ne s'est pas contenté de nous livrer une explication strictement technico-médicale de la maladie quant à son apparition, son étiologie, son évolution, son traitement, sa prise en charge.

Il a, en effet, mis en évidence tous les éléments qui peuvent d'une façon ou d'une autre avoir un impact de nature directe ou indirecte sur l'évolution du cancer du col de l'utérus. De ce point de vue, cet ouvrage qui est réalisé sous la direction de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), se révèle être une source d'information très précieuse dans l'étude du cancer du col de l'utérus sous de multiples angles.

Aussi, présente-t-il en premier lieu, les recommandations de l'OMS sur la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Même si ces recommandations proposées impliquent l'expertise médicale, elles ne demeurent pas pour autant suffisantes. Ces recommandations ne peuvent être exécutées que si l'on tient garant l'implication des autorités et décideurs présents à la fois aux instances administratives, politiques, sociales et culturelles.

Cette synergie d'actions que requiert la résolution des problèmes de santé reproductive est aisément perçue comme un impératif par les auteurs de cet ouvrage car s'étant rendu compte de la méconnaissance de cette maladie aussi bien des autorités, des populations que des professionnels de santé (sages femmes, infirmiers etc.). Pour camper la situation statistique de cette maladie sexuellement transmissible, on nous informe que le cancer du col utérin touche plus de 80% des femmes dans les pays en voie de développement, la plupart à un stade avancé. Dans les pays en voie de développement, on estime à 95% le pourcentage des femmes n'ayant jamais bénéficié d'un dépistage de cancer du col utérin. Autrement dit sur 100 femmes, il n'y a que 5 qui ont la chance d'être épargnées du cancer du col. Cette situation jugée alarmante constitue un signal, une alerte du danger, des incidents qui peuvent découler de la progression silencieuse de cette maladie. C'est sous ce rapport que les auteurs de cet

ouvrage tiennent l'argument suivant «*compte tenu de sa complexité, la lutte contre le cancer du col exige un travail d'équipe et une bonne communication entre les prestataires des différents niveaux de soins* »

Même si l'on s'accorde au fait que la lutte contre le cancer requiert une synergie d'actions et une bonne communication, cette communication ne doit pas seulement se limiter entre les prestataires de soins, elle doit se faire au niveau extra hospitalier en sollicitant le recours des médias qui peuvent constituer des instances de relais pour la transmission des informations nécessaires pour une bonne prise de conscience de l'importance du dépistage régulièrement effectué. Les rôles secondaires que tiennent les programmes de prévention derrière les soins curatifs est du au fait que l'on a une perception trop médicale dans le traitement des maladies perturbant la santé publique. Or les problèmes liés à celle-ci ne peuvent être résolus par les seuls professionnels de la santé (les médecins), leur éradication exige plutôt une coordination systématique pouvant assurer « *programmes de dépistage bien planifiés, avec une couverture bien élevée* ».

Ce qui n'est malheureusement pas le cas dans les pays en voie de développement qui enregistre les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus et ceux de la mortalité associés les plus élevés. Or pour qu'un programme de dépistage fasse pleinement l'objet d'une adhésion massive de la part des populations, force est de procéder à des campagnes de sensibilisation dont l'impact n'est de mise qui si l'on parvient à appréhender des réalités psychosociologiques qui régissent la quotidien de la population cible de ces programmes.

Les auteurs expliquent dans la première partie de cet ouvrage les raisons de la croissance des taux d'incidence et de la mortalité associée au cancer du col utérin. Parmi les raisons évoquées, celles qui sont corollaires à la situation économique figurent au premier rang, suivi de celles associées aux croyances socio culturelles du milieu, celles liées à une mauvaise organisation des systèmes de santé, au manque de priorité accordée à la santé reproductive des femmes.

Dans une perspective comparative, les auteurs de cet ouvrage, soulignent la différence des taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du col utérin. En effet, les pays développés ont connu une chute significative de ces taux grâce à la mise en place d'un programme de dépistage et de sensibilisation efficace. Par contre, les pays en voie de développement conçoivent des programmes qui ne sont pas sanctionnés de succès dignement comparables à ceux des pays développés.

Cela suppose que les inégalités économiques observées dans la répartition des biens et des richesses ne soient qu'une partie de la situation générale très marquée par les inégalités

observées dans l'offre des soins sanitaires et ne constituent par ailleurs rien d'autre que le spectre de la pauvreté.

L'ouvrage intitulé *Programmes de dépistage du cancer du col, guide du gestionnaire*, met en évidence plusieurs paramètres et aspects dont la réunion effective contribue d'une manière ou d'une autre à la réussite des programmes et politiques relatives aux activités de lutte anticancéreuses dont la principale demeure et reste le dépistage. En effet, dans cet ouvrage composé de 6 chapitres, l'on qualifie le dépistage comme l'activité potentielle de lutte anticancéreuse. Cependant, l'auteur n'a pas, pour autant occulté l'importance de certains facteurs et déterminants influant considérablement sur l'évolution et sur la situation de la maladie.

Le cancer du col utérin est une maladie très présente dans les pays en voie de développement selon les chiffres estimés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Trois quart 3/4 des femmes cancéreuses habitent dans les pays en voie développement.¹² Cette situation laisse deviner combien l'évolution de cette maladie est fortement déterminée par les facteurs socioéconomiques d'un pays autres ceux relatifs aux pesanteurs socioculturels que l'ouvrage a peu soulignés. Or le poids des variables socioculturelles constituent des déterminants de taille dans l'échec ou le succès des programmes relatifs aux activités de lutte anticancéreuses.

L'auteur met ainsi l'accent sur l'intérêt pour les pays dont les ressources économiques sont limitées, d'agir stratégiquement en matière de lutte anticancéreuse pour atteindre une efficacité irréprochable même si les obstacles de lutte anticancéreuse sont d'ordres économiques, ils sont d'ordre social, culturel, etc. Autrement dit, un programme de lutte anticancéreuse peut connaître un succès dans un pays timidement développé en termes de ressources économiques moyennant une gestion harmonieuse avec le contexte socioculturel local de la zone en question.

Pour atteindre cette performance en matière de lutte contre le cancer du col utérin qui menace au quotidien les femmes, force est de pouvoir identifier les cibles en termes de priorités. L'ouvrage dénonce, en effet, les méthodes impropres utilisées dans beaucoup de pays en voie de développement. Sachant que cette maladie se transmet sexuellement et peut rester une durée (deux à dix ans) pour devenir ce que l'on appelle dans le jargon médical, le cancer invasif, la logique serait de consacrer les ressources aux femmes présentant un profil à risque sans équivoque, c'est-à-dire aux femmes faisant parti du groupe à risque. C'est dans cette perspective que dans le premier chapitre de l'ouvrage dont le titre «*Approche systématique de*

¹² A.B.MILLER, Programmes de dépistage du cancer du col, Guide du Gestionnaire,

lutte anticancéreuse» il a été mis en évidence que la lutte contre le cancer du col utérin s'entame en relation avec des études soigneusement réalisées en terme de caractères psychologiques, sociologiques, économiques etc. En effet, élaborer un programme de lutte anticancéreuse ne se fait pas dans l'improviste, il nécessite une planification finement esquissée. Celle-ci doit tenir en compte autant les réalités économiques que celles relatives aux contextes sociologiques et psychologiques de la localité.

Aussi doit-on dans un premier temps faire ce que l'auteur appelle «*le point de la situation*» c'est-à-dire appréhender le niveau d'invasion de la maladie pour pouvoir concevoir des campagnes de riposte réduisant à néant la capacité de propagation de la maladie. Il convient aussi, selon l'auteur, de définir des objectifs précis en matière de santé c'est-à-dire réduire l'incidence et la mortalité associées à la maladie, améliorer les conditions de vie avant de passer à l'évaluation des stratégies et à la fixation de priorités. Cette démarche permettra non seulement de pouvoir dresser un calendrier d'activités, d'harmoniser le budget avec les ressources disponibles, d'être à jour par rapport au programme, mais aussi de pouvoir identifier les cibles afin d'atteindre une couverture élevée et satisfaisante en matière de stratégies de lutte anticancéreuse et de mesurer l'impact immédiat des activités sur les objectifs fixés.

L'auteur n'a pas manqué de souligner l'importance du poids démographique dans le choix du cible des programmes de lutte anticancéreuse. Aussi, juge t-il nécessaire d'examiner les données du cancer parallèlement aux données démographiques dans le but de pouvoir fournir les caractéristiques du cible vers lequel seront orientés les programmes de dépistage et de vaccination.

Au chapitre 3 de l'ouvrage «*Mise en œuvre et évaluation du dépistage du cancer du col*», toujours dans le cadre d'une bonne gestion du programme de lutte anticancéreuse, l'auteur recommande d'abord de situer les secteurs propres à l'organisation du dépistage, de nommer les responsables du programme dans les diverses régions, d'évaluer et de surveiller les séances de dépistage. Après quoi, il faudra procéder à l'identification des femmes atteintes du cancer du col pour pouvoir appréhender les indicateurs épidémiologiques et socio-économiques.

Parmi les facteurs épidémiologique, ceux relatifs aux «*vagabondages sexuels*» c'est-à-dire le multi partenariat sexuel ainsi que la précocité des rapports sexuels, la contraception orale,

l'âge avancé des femmes en activités sexuelles, l'utilisation abusive de solutions antiseptiques pour la toilette intime¹³ viennent amplifier les cofacteurs d'ordres économiques.

Bien que les déterminants socioculturels renseignant sur les comportements des femmes en termes de résistance, n'aient pas fait l'objet d'exposé de la part de l'auteur, la situation du cancer dans les pays en voie de développement, demeure d'une large part imputable aux variables socioculturelles. Celles-ci cumulées aux conditions économiques défavorisées des femmes, conduit l'auteur à affirmer la thèse selon laquelle « *le risque du cancer du col est d'autant moins élevé que la situation économique est confortable* ». En effet, les femmes économiquement aisées sont plus enclines à observer des comportements sans risques que celles dont la situation économique laisse à désirer. Ce phénomène se traduit par le fait que les femmes à très faibles revenus, ont d'autres priorités qui ne leur laissent pas prendre conscience de l'importance à identifier le dépistage ou toute autre forme de prévention contre le cancer comme une priorité.

Sous ce rapport, l'auteur juge nécessaire de reconsidérer les caractéristiques sociales sans quoi les actions entreprises sont compromises ou peuvent ne pas bénéficier à la population la plus exposée. Dans ce chapitre, l'auteur évoque la nécessité de rendre plus opérationnels les programmes de dépistage par l'élaboration d'un plan de suivi. Cela consiste à prendre en charge après dépistage, les femmes présentant des cas de cancers invasifs ou celles ayant des lésions précancéreuses.

Cette démarche permettra d'investir les activités de lutte anticancéreuses d'une grande crédibilité auprès de la population mais aussi de mesurer en même temps le niveau de couverture. Dans ce présent ouvrage, l'auteur souligne une autre problématique non moins importante c'est-à-dire celle relative à l'identification des sites de dépistage. En effet les centres de santé maternelle et infantile ou celles de planification familiale sont fréquentées par des femmes dont le risque d'atteindre un cancer du col utérin invasif n'est pas élevé par rapport à leurs aînées c'est-à-dire celles dont l'âge présente un facteur de risque. Celles-ci à cet âge n'éprouvent plus le besoin de fréquenter ces dites structures. Or le cancer du col a comme principales cibles de victimes, les femmes dont l'âge est avancé c'est-à-dire atteignant la quarantaine. Le risque pour cette catégorie de femmes est d'autant plus élevé que les programmes de dépistage dans un souci de performance et d'efficacité s'attachent à assurer une bonne couverture de celles-ci.

¹³ Source APS WALF FADJRI

Toutefois, des solutions ne manquent pas pour pallier cette faille. En effet, l'auteur souligne que ces structures qui sont fréquentées par des jeunes femmes sexuellement actives constituent potentiellement des lieux de sensibilisation et d'éducation sexuelle. Autrement dit, le dépistage ou le vaccin effectué dans ces structures sont doublement efficaces, note l'auteur. D'une part, les femmes identifiées comme principales clientes de ces structures peuvent être habituées du point de vue éducative à cet examen, d'une autre part ces jeunes femmes peuvent constituer de véritables vecteurs d'informations auprès de leurs tantes, de leurs mamans, qui à leur tour, peuvent elles aussi se soumettre à l'examen. Même si cette démarche ne constitue pas une stratégie de taille pour freiner l'évolution de cette maladie, il demeure toutefois, une manière non négligeable de faire connaître cette maladie à une population plus exposée, moins informée et donc moins encline à adopter des comportements sans risque. Entre autres questions évoquées dans ce chapitre, nous retenons celles relatives d'abord à l'importance d'accorder la priorité à un programme de dépistage assurant une couverture plutôt effective que de miser sur la fréquence de dépistage.

En effet, le premier point qu'il a eu à souligner au chapitre 4, est relatif à la mise en place d'un registre permettant d'enregistrer toutes les informations aux moyens desquels, il est possible de tailler sur mesure un plan de lutte contre la morbidité et la mortalité associées au cancer du col utérin. Cette nécessité de disposer d'amples informations sur les caractères cliniques mais aussi sociodémographiques, culturels, économiques de la cible, facilite la mise en place d'un programme de prévention précis et planifié.

Le second élément souligné et qui est d'ailleurs non moins important se rapporte à l'établissement des locaux et équipements adéquats et pointus. Cela laisse entendre que les conditions d'hygiène, d'intimité, de confidentialité doivent être réunies à travers la conception des équipements et locaux.

Cependant la réunion effective de ces équipements et locaux sont loin de suffire pour assurer une protection infaillible des femmes quant aux menaces de cette MST. En effet, affirme l'auteur « *le dépistage perd son intérêt s'il n'y a pas de traitement requis par les résultats de la cytologie exploratrice.* »¹⁴ Autrement dit, l'on doit assurer une suivie des patientes pour qui le frottis révèle des anomalies. Ce, après avoir passé l'information aux patientes en question. Si celles-ci sont porteuses d'anomalies précancéreuses, elles doivent être informées d'une possibilité de guérison en leur fournissant des conseils. L'auteur insiste également sur la nécessité de la prise en charge psycho médicale des patientes présentant des anomalies

¹⁴ Chapitre 4 de l'ouvrage *Programme de Dépistage du Cancer du Col de l'utérus, Guide du gestionnaire*, A.B. MILLER OMS GENEVE

cytologiques. La plupart des maladies associées aux parties génitales, font l'objet de stigmatisation, de marginalisation, de honte car ces types de maladies sont souvent perçus comme la conséquence logique de la perversion, de la licence sexuelle etc. D'où l'impératif besoin pour les femmes d'être psychologiquement prises en charge dans le but de les accompagner à vivre dignement et sans gêne au sein de leur environnement familial et social.

Dans une autre perspective, l'auteur aborde la dynamique des rapports entre les ressources économiques et la réussite des programmes de dépistage. En effet, il importe pour les pays en voie de développement d'identifier les catégories de femmes les plus exposées à la maladie pour ensuite orienter les programmes de dépistage vers elles. Et pour l'auteur d'identifier le groupe cible du dépistage dont ne sont pas exclues « *toutes les femmes appartenant au groupe d'âge approprié dans le cadre du programme national de lutte anticancéreuse ayant une vie sexuelle active* »¹⁵. Par groupe d'âge approprié on entend les femmes appartenant à cet intervalle d'âge [35 et plus]. L'âge constitue en effet un paramètre à ne pas négliger pour une utilisation optimale des ressources.

Bien que la maladie menace exclusivement les femmes, les programmes de dépistage doivent être en phase avec les ressources économiques dont dispose les pays. En d'autres termes, la pertinence des programmes se mesure par la capacité des autorités et décideurs à identifier les groupes de femmes les plus exposées à la maladie du point de vue âge, statut social, comportement, contexte socioculturel et économique. A cet effet, l'auteur a déployé un calendrier de dépistage en fonction de la disponibilité des ressources. Ces dernières sont classées à trois niveaux suivants : pour les pays ayant des ressources limitées chaque femme du groupe visé doit subir un frottis une fois par an vers la quarantaine; pour les pays dont les ressources sont suffisantes, le frottis est recommandé tous les dix ans puis tous les cinq ans aux femmes âgées de 35 à 55 ans ; les pays jouissant de ressources importantes, il est recommandé aux femmes ayant un âge compris entre l'intervalle [25-60] de subir un frottis tous les 5 à 3 ans.

Toutefois, l'identification du groupe de femmes cibles ne signifie pas pour autant l'adhésion de celles au programme de dépistage. Cela, l'auteur en est conscient quant il s'interroge sur « *comment assurer un dépistage effectif du groupe visé?* » A cette interrogation, les réponses apportées sont multiples. En effet, l'auteur mise sur une approche psychosociologique.

¹⁵ Chapitre 4 de l'ouvrage *Programme de Dépistage du Cancer du Col de l'utérus, Guide du gestionnaire*,

Stimuler l'intérêt des femmes à adhérer au programme de dépistage, se réalise en respectant une certaine procédure. Celle-ci s'amorce par une personnalisation de l'invitation adressée aux femmes devant être dépistées. Dans certaines sociétés à culture phalocrates, il est important d'obtenir l'accord des hommes et des anciens qui sont très influents dans leur localité respective. Ceci, dans le but de stimuler les mécanismes qui favorisent les conditions d'adhésion de la population au programme de dépistage. Ce moment, note l'auteur, doit être une occasion prestigieuse pour la promotion de l'éducation à la santé. Par éducation, l'auteur suppose en effet la communication entre population et acteurs de santé. Les échanges d'informations entretenues par ces dernières permettent non seulement de mesurer la dynamique des représentations des populations sur la maladie en question mais aussi d'identifier les besoins de celles-ci en matière de santé sexuelle pour pouvoir ainsi évaluer ou apprécier les programmes de santé quant à leur impact et leur aptitude à répondre de manière efficace aux besoins de la population.

C'est sous ce rapport que l'auteur juge nécessaire pour les acteurs de santé de prendre la peine d'expliquer aux populations l'importance de faire le dépistage et de justifier le choix des cibles par des informations exactes. Autrement dit, il est d'un grand intérêt de tenir informer les populations sur les facteurs auxquels est associée la maladie.

Dans une perspective de rendre accessible les informations aux populations, l'auteur consacre spécifiquement le chapitre 5 au système d'information pour le dépistage du cancer du col. La conception du système d'information s'amorce par l'identification de tous les intéressés et l'implication de ces derniers. Ceux-ci peuvent être constitués de représentants d'associations ou de groupements féminins, de groupes minoritaires (handicapés, immigrants, ethnies), d'organismes professionnels de lutte anticancéreuse, pouvoirs publics et de chercheurs.

Ce système d'information permet non seulement d'identifier aisément les pistes de recherche sur le thème en question. D'où la nécessité de convaincre les autorités et les décideurs du rôle indispensable que joue le système d'information dans le programme de lutte anticancéreuse. Le système d'information doit selon l'auteur, comprendre un registre de la population visée, un fichier de personnes recrutées, une base de données. Le système doit renseigner sur les coûts relatifs à chaque étape du programme du dépistage. Autrement dit, le système d'information doit servir de capital de données susceptibles de rendre évidentes des politiques de prévision pour éviter des mortalités et incidences associées à la maladie mais aussi des dépenses non planifiées. Parmi ces politiques de prévision, le dépistage précoce demeure le moyen incontournable de prévenir le cancer du col de l'utérus. Toutefois cela semble être

ignoré dans les pays en voie de développement où le diagnostic des cancers se fait à un stade avancé.

C'est sous ce rapport qu'au chapitre 6 de l'ouvrage, l'auteur distingue les différentes raisons qui conduisent à une telle situation. En effet, l'ignorance des symptômes par les plus intéressées (les femmes sexuellement actives), l'attitude fataliste vis-à-vis du cancer jugé incurable, l'insuffisance des infrastructures, le manque de priorité observé aux problèmes de santé des femmes, rendent compte de l'invasion de la maladie dans ces pays en voie de développement

II Problématique :

Suite au concours de circonstances relatifs aux problèmes de population notamment au niveau de la santé, les responsables et les dirigeants politiques ont jugé nécessaire la mise en place des stratégies capables de répondre résolument aux divers problèmes sanitaires. Lesquels problèmes, dégradent manifestement le bien être physique et psychologique des populations. Au lot de ces problèmes, émergent ceux constitutifs des composantes de la santé reproductive que sont la mortalité maternelle et infantile, les IST (cancer du col de l'utérus) des MST (VIH Sida) etc. La prise en charge effective de ces problèmes au niveau national, se matérialise ordinairement par l'élaboration d'un programme ou politique national.

Cependant, les politiques et programmes relatifs à la santé de la reproduction tels que appliqués dans nos pays ne prend en considération qu'une partie de l'ensemble qui compose la santé de la reproduction. Les questions de maternité (mortalité maternelle, infantile, la planification familiale, la malnutrition etc.), le VIH/SIDA, la transmission du VIH/SIDA de mère à enfant, sont en effet les questions auxquelles sont dédiés l'essentiel des ressources et humaines et financières en termes de prise en charge du volet traitement et sensibilisation. Cette considération arbitraire des choses, est imputable à la reproduction des pensées socialement construites sur l'image de la femme. Cette dernière, jouie de la considération en termes de couverture sanitaire que lorsque son rôle est identifié en tant que épouse mère ou future mère. Allant de la grossesse, jusqu'à la planification familiale par l'usage des moyens contraceptifs, en passant par la lutte contre la propagation du VIH/SIDA, la santé de la femme est prise en compte que par rapport à ses enfants¹⁶

¹⁶ Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille, *Femmes sénégalaises à l'horizon 2015*

C'est sous ce rapport que d'aucuns exigent que la femme soit perçue en tant qu'une personne, un être humain avec ses besoins, ses désirs, devant bénéficier d'une couverture allant au-delà de la grossesse, de la reproduction. Aussi la définition de la santé proposée par l'OMS prend elle en considération d'autres dimensions agissant directement ou indirectement sur la santé des populations composées de femmes et d'hommes. En effet, la santé de la reproduction telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est déterminé par la combinaison de plusieurs facteurs outre que ceux cliniques et médicales. D'où l'importance de s'intéresser à la définition de la santé reproductive pour rendre davantage perceptible la transversalité de cette question.

En effet parmi les multiples définitions données à la santé reproductive nous avons choisi celle proposée par l'OMS à travers son document intitulé *Instaurer la santé reproductive pour tous* où il est dit que « *la santé reproductive détermine et est déterminée par le cadre général de vie notamment les circonstances économiques, le niveau d'éducation, l'emploi, les conditions de vie et le contexte familial, les relations en société et entre les sexes et les structures traditionnelles et juridiques. Dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, les comportements sont régis par des facteurs biologiques, culturels et psychosociaux complexes. Cela étant, la plupart des aspects sanitaires ne sauraient être notablement en l'absence de service de santé et de compétence médicaux.* »

Eu égard à cette définition, l'on retient que la santé reproductive est un concept dont l'étude ne saurait être exclusivement réservée à la médecine. En conséquence, elle implique nécessairement le concours des sciences sociales. Autrement dit, l'expérience biomédicale à elle seule ne saurait juguler l'invasion des maladies liées à la reproduction et à la sexualité.

Dans le fonctionnement de ces dernières, les femmes qui y jouent un rôle incontournable et qui constituent par ailleurs la population la plus statistiquement importante partout dans le monde, doivent bénéficier à toutes les étapes de leur vie et pas uniquement à l'étape maternelle, d'une couverture socio-médicale irréprochable.

Cette couche démographique se singularisant par sa vulnérabilité est pratiquement inconsiderée dans les différentes instances sociales, elle est sujette à plusieurs menaces liées à sa sexualité qui une fois détruite rend la femme en un objet de rejet, d'exclusion, d'indifférence avec tout ce qui s'en suit comme incidences socio-économiques.

Aussi importe-t-il de veiller à ce que cette catégorie de la population soit à l'abri des menaces que constituent les MST dont le cancer du col de l'utérus.

Au rang des maladies liées à la sexualité, le cancer du col de l'utérus demeure selon les professionnels de santé parmi les moins connues du public. Pour autant, le cancer du col utérin comme la plupart des autres formes de cancer, reste une maladie dont le pronostic de guérison est des plus incertains si et seulement si le diagnostic est tardif. Outre les improbabilités par rapport à la curabilité de la maladie, le cancer du col de l'utérus fait parti des cancers ou des maladies à soin très couteux d'où l'urgence de mettre au profit du public l'essentiel des informations relatives au moyen de prévention contre ce type de cancer.

D'aucuns avancent la thèse selon laquelle, l'invasion des maladies liées à la santé reproductive est imputable au déficit de la communication c'est à dire à l'inaccessibilité ou à l'absence même d'informations nécessaires à la production de comportements sans risque. Pour autant, ces informations demeurent d'une manière ou d'une autre, des outils de mesure permettant de déterminer le niveau de connaissances que les femmes disposent de la maladie en question. La disposition de l'information comme moyens ou source de production des connaissances, est, en effet, considérée comme des outils de prévention entre autres. Cela revient à évaluer les comportements des individus en relation avec le niveau de connaissance qu'ils ont par rapport à la maladie en termes de prévention.

Toutefois, dans les travaux d'Annie HUBERT¹⁷, est mis en évidence ce qu'il convient de qualifier de paradoxe. L'identification des facteurs comportementaux et environnementaux causant le cancer ne traduit pas pour autant que la prévention soit sereinement adoptée. Autrement dit, le fait que les informations et les connaissances soient à la portée de l'ensemble de la population ne constitue pas une garantie pour que ces derniers soient à l'abri des ravages que causent le cancer. Cela est d'autant plus vrai que « *le déni de risque ne reflète pas forcément le manque d'informations, il s'apparente souvent à une construction cognitive qui donne de la cohérence aux comportements et aux croyances.* »¹⁸

Le refus de corrélérer les comportements des individus avec leur niveau de connaissance sur le cancer, rende compte de la difficulté à situer les comportements des individus face à la maladie.

Aussi, importe t-il de documenter à coté des connaissances, les représentations des individus quant à l'impact qu'elles induisent sur la formation de leurs comportements face au cancer et plus particulièrement au cancer du col de l'utérus

¹⁷ Manuscrit auteur, publié dans "Cancer et recherches en sciences humaines, Ben Soussan P. et Julian-Reynier C. (Ed.) (2008) 33-46"

¹⁸ Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2006 <http://www.orspaca.org/depot/pdf/06-SY13.pdf>

En tant que problème de santé publique, le cancer du col de l'utérus est reconnu pour être l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes. Le cancer du col utérin est une maladie sexuellement transmissible. Le virus du papillome humain (HPV), est responsable de plus de 90% des cancers du col. Sont identifiés comme étant les groupes à risque, les femmes ayant plus d'un partenaire sexuel, les femmes ayant un partenaire ayant d'autres partenaires outre qu'elles, les femmes sexuellement actives avant l'âge de 18 ans, les femmes développant des infections vaginales ou des condylomes, les femmes ayant leur premier enfant avant 20 ans ou ayant des grossesses et accouchements répétés. Le tabagisme est aussi identifié comme un facteur augmentant le risque du cancer du col chez la femme.

Il demeure le premier cancer de la femme dans les pays sous développés précisément en Afrique subsaharienne¹⁹ tant du point de vue de la morbidité que sur le plan de la mortalité. Le cancer du col de l'utérus continue de faire parler de lui en touchant plus de 500000 femmes d'après les prévisions de l'OMS en 2005 et dont plus de 80% dans les pays en voie de développement.²⁰ En 2005 le cancer du col utérin a fait près de 260.000 victimes dont près de 95% notés dans les pays en voie de développement. Ce qui fait de cette maladie l'une des plus graves menaces qui pèsent sur la vie des femmes²¹. On estime aujourd'hui qu'il y'a plus d'un million de femmes atteintes du cancer du col utérin dont la plupart n'ont pas été diagnostiquées et la plupart de ceux qui sont atteintes n'ont pas encore accès au traitement qui pourrait les guérir.

L'on estime que 203 000 femmes meurent du cancer du col chaque année en Afrique. Le Sénégal fait parti des pays africains où l'indice du cancer du col utérin, causé par une infection du Virus de Papilloma Humain (HPV) est le plus élevé. Cette indice, représente en effet 21 à 35% des cas et touche 16,5 personnes pour 10000. Chaque année, 2000 cas de cancer du col de l'utérus sont recensés au Sénégal avec une mortalité qui se situe entre 60 et 75 % des cas.²² Ce taux alarmant de décès, est du au diagnostic tardif c'est-à-dire à un moment où le cancer devient invasif et par conséquent pratiquement incurable. Or les spécialistes estiment que 100% des cas de lésions précancéreuses du col utérin se guérissent si le diagnostic est précoce.

¹⁹ LE CANCER DU COL UTERIN AU CHU DE KAMENGE A PROPOS DE 35 CAS
D. MUTEGANYA*, T. BIGAYI*, V. BIGIRIMANA**, J.B. SINDAYIRWANYA*, G. MARERWA**.

²⁰ « *La lutte contre le cancer du col de l'utérus guide des pratiques essentielles* »

²¹ *La lutte contre le cancer du col de l'utérus guide des pratiques essentielles*

²² Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial, *Prévention du Cancer du Col Utérin*

Le cancer du col utérin demeure la forme de cancer la plus facilement évitable grâce aux formes de dépistage précoce appelées le frottis-cervico vaginal (FCV), l'inspection visuelle par l'acide acétique (IVA), le test HPV. Ce frottis permet de détecter les lésions précancéreuses qui peuvent rester une durée assez longue (environ 10 à 15 ans) avant de se transformer en cancer invasif. Cette maladie asymptomatique, est guérissable à son début. L'efficacité du traitement dépend essentiellement d'un diagnostic précoce, avant l'essaimage et d'une extirpation large, totale de la tumeur.²³

Au Sénégal d'après le professeur Mamadou DIOP, Directeur de l'Institut du cancer, 20000 cas de cancer sont signalés. Dans les 20000 cas on estime un taux de mortalité se situant entre 70% et 80%. Une étude a montré que 18% des femmes sont porteuses de ce virus. Il est admis que nombreuses sont les femmes qui sont porteuses de ce virus dans les premiers rapports sexuels et rares sont celles qui gardent ce virus. Le virus fait parti en effet des types de virus qui s'éliminent spontanément.

Selon le docteur Abdoul Aziz KASSE chirurgien en cancérologie, sur 100 femmes dépistées, 75% présentent déjà un cancer avancé et dans ces conditions les chances de guérison sont très infimes.

Au Sénégal, l'on note l'inexistence de chiffres officiels sur les cas de cancer du col utérin bien que l'institut dispose récemment d'un registre permettant de comptabiliser les cas du cancer du col de l'utérus, tant au stade de l'infection qu'à celui du traitement. Le vaccin qui immunise contre cette MST existe au Sénégal mais demeure très méconnue. C'est à ce titre que l'on pèse à sa juste valeur l'impact de la communication sur l'éducation à la santé sexuelle des populations en général, en particulier des femmes et sur la dynamique des connaissances et représentations qu'ont les dernières sur les pathologies qui touchent leur sexualité.

Au demeurant, l'évolution de la situation de la maladie au Sénégal est selon les professionnels de santé en relation avec les comportements des femmes qui attendent de voir les symptômes pour aller recourir aux soins des services sanitaires. Cette façon de se comporter face à la maladie, constitue en effet un facteur de haut risque car le cancer du col est une maladie asymptomatique à son début, ses symptômes ne sont apparentes que lorsqu'elle est invasive et devient à ce stade difficilement curable.

²³ Anatomie, Physiologie, Hygiène

Or sur les analyses faites sur la perception du risque, il a été mis en évidence la thèse suivant laquelle « *plus on sait, plus la conscience du risque s'aiguise* »²⁴. Ce qui nous conduit à la question de savoir si les comportements à risque des femmes sont dus à l'insuffisance ou à l'absence de connaissances sur le cancer ?

A la suite des travaux d'Annie HUBERT²⁵ qui ont permis de comprendre que l'identification des facteurs de risque par les individus ne traduit pour autant que la prévention par le changement de comportement soit sereinement adoptée, s'impose la question à savoir si les comportements à risque des femmes sont l'expression des représentations que celles-ci ont de la santé et du cancer plus particulièrement ?

Ces représentations et connaissances diffèrent-ils des femmes atteintes du cancer du col de celles qui ne sont pas atteintes dudit cancer ? Si tel est le cas, le niveau de connaissance des femmes sur la maladie est-il plus élevé que celui des femmes qui n'en souffrent pas ?

Le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du col entretient-il des rapports avec le niveau d'instruction des femmes ? S'il en est ainsi, les femmes instruites disposent-elles plus de connaissances sur la maladie que les femmes qui ne sont pas instruites ?

III Hypothèses

1-Hypothèses principales :

Les comportements à risque des femmes sont moins déterminés par le bas niveau de connaissances que par les représentations et les perceptions autour des risques d'être exposés aux situations qui favorisent le cancer du col utérin.

2-Hypothèses secondaires :

Il existe un écart de perception et de représentations qui varient selon les statuts des femmes (femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et les femmes non atteintes du cancer.)

Les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus ont un niveau de connaissances plus élevé que les femmes non atteintes de ladite maladie.

Le niveau d'instruction agit sur le niveau de connaissance des femmes sur la maladie et par conséquent les femmes instruites connaissent mieux le cancer du col que celles qui ne sont pas instruites.

²⁴ Voir article de Mercedes Pardo. *Sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique* in MANA, Revue de Sociologie et d'Anthropologie, 2002, n° 10-11: 285-305 Université publique de Navarre

²⁵ Manuscrit auteur, publié dans « *cancer et recherches en sciences humaines* », Ben Soussan P. et Julian-Reynier C. (Ed) (2008) 33-46

IV Objectifs de recherche :

1-Objectifs principaux :

A travers cette étude nous voulons mesurer si les comportements à risque des femmes est du à l'absence ou à l'insuffisance de connaissances exactes sur le cancer du col utérin ou si ces dits comportements sont plutôt l'expression des représentations et perceptions par rapport à l'appréhension du risque d'être atteintes du cancer du col utérin.

2- Objectifs secondaires :

Nous voulons saisir à travers cette étude la variabilité des connaissances et représentations suivant les statuts des femmes atteintes du cancer du col en comparaison avec celles qui ne sont pas atteintes du cancer du col.

Nous voulons également savoir si le niveau d'instruction est un déterminant de taille impactant sur le niveau de connaissance des femmes. Autrement dit, nous voulons savoir si les femmes instruites connaissent mieux le cancer du col que celles qui ne sont pas atteintes.

V Cadre Conceptuel :

1- Représentations Sociales:

La notion de représentation sociale est très présente dans les débats des sciences sociales. Cette notion très convoitée par différentes disciplines de sciences sociales, fait l'objet de nombreuses controverses. En effet, cette divergence se situe dans les situations d'interprétation des réalités quotidiennes des individus. Lesquels individus ne manquent jamais l'occasion d'investir ces dites réalités de représentations pour produire des connaissances aux moyens desquels ils peuvent donner un sens, produire des significations à leur vécu quotidien. D'où l'affirmation des auteurs de *dictionnaire de sociologie* qui affirment que les représentations sociales répondent « à une exigence fondamentale de la pensée humaine : la nécessité de représenter le réel »

Les représentations sociales en tant qu'instrument d'interprétation, constituent selon certains chercheurs holistes, l'expression socioculturelle des individus ou groupes d'individus qui nourrissent en permanence le besoin de donner sens à leur existence à leur expérience etc. Cependant, à l'instar de la diversité socioculturelle dans laquelle baignent les individus ou groupes d'individus, les représentations sociales sont diversement définies suivant les caractéristique historiques et sociales des acteurs. En effet, le processus par lequel les individus ou groupes d'individus se représentent le réel, obéit aux tendances sociales et culturelles établies par la société à un moment donnée. Tantôt la représentation sociale est

définie comme un outil de conception de l'image du réel, tantôt comme un ensemble de valeurs, de croyances, de systèmes de références permettant de théoriser le social.

Ces définitions tentent de mettre en évidence l'idée d'une représentation construite et structurée. La représentation est donc la production d'une association de normes, de références établis à partir des instruments ou lieux de socialisation tels que la culture, la religion, la famille, l'école etc. Autrement dit, la représentation sociale est déterminée et non déterminante. D'où d'aucun qui se permettent d'affirmer que toute représentation sociale est représentation de quelqu'un et de quelque chose.

C'est dans cette perspective holiste qu'Emile DURKHEIM demeure convaincu que la représentation sociale est l'une des propriétés d'une société où le social prime sur l'individuel. Aussi associe-t-il la notion de représentation au qualificatif collectif. Il revient à l'auteur de l'ouvrage intitulé *Les formes élémentaires de la vie religieuse* de conférer au concept de représentation sociale, son statut foncièrement sociologique. C'est dans un célèbre article publié dans la revue de métaphysique et morale en 1898 que DURKHEIM assimile ce concept à celui de pensée collective. Pour lui, les représentations sociales ont des propriétés qui leur sont propres, irréductibles au processus physico-chimique du cerveau. Il objecte sur toute définition affirmant que les représentations sont l'addition ou la juxtaposition de représentations individuelles. Il considère les représentations sociales ou collectives comme des modalités d'expression de la primauté, de la force du social sur l'individuel. Selon DURKHEIM, les représentations sociales constituent une stipulation commune élaborée par la société pour interpréter son environnement physique et social dans le but de produire et de donner sens à son organisation hiérarchique de ses structures.

Toutefois, DURKHEIM n'est pas le seul à conférer au concept des propriétés purement sociales. En effet, Denise JODELET bien que reconnaissant la part de l'activité cognitive du sujet sur le processus de l'élaboration de la représentation, appuie le postulat de DURKHEIM du moment où il constate que la représentation est sociale car élaborée à partir des codes sociaux. Sa définition de la représentation sociale s'apparente plus ou moins avec celui de DURKHEIM. D'après JODELET la représentation « *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* » Le sujet, reconnaît JODELET, est tout d'abord un sujet social, porteur « *des idées, valeurs et modèles qu'il tient de son groupe*

*d'appartenance ou des idéologies véhiculées dans la société.»²⁶ Toutefois, JODELET n'occulte pas la dimension psychologique des représentations en abordant l'approche cognitive de la question. Tout en étant porteur d'une structure cachée, le sujet est également producteur de sens. Ce sens s'exprime à travers la représentation « *qu'il donne à son expérience dans le monde social.* »*

Cette approche cognitive relative à l'élaboration de la représentation, conduit certains psychologues à affirmer la subjectivité des représentations sociales. En effet, le behaviorisme évalue l'intérêt de cette notion dans son schéma stimulus-réponse. La psychologie cognitive semble plutôt privilégier l'invariance du fonctionnement de la notion aux dépens de son aspect social. Autrement dit l'élaboration des représentations sociales ne s'amorce que dans un cadre d'interaction entre le sujet et le monde sociale. Le schéma n'est pas si simple et directive comme l'estime certains chercheurs tels que DURKHEIM pour qui la force du social est invincible face aux considérations et motivations d'ordre individuels. Le sujet n'est pas pour autant réceptif, il opère d'abord un filtrage interprétatif de ce que son environnement social lui prescrit comme normes et valeurs à l'appui desquelles il doit se représenter tel ou tel chose. Tel n'est toujours pas le cas car il arrive que le sujet agisse lui-même sur ces normes et valeurs qui produisent les mécanismes d'élaboration des représentations sociales. Cette interaction de réception et réaction génère ce qu'on appelle l'aspect dynamique des représentations sociales. Au demeurant, les représentations sociales sont le produit d'une activité complexe de structuration de la réalité.

A l'interface de la psychologie et de la sociologie, le concept de représentation sociale a connu un regain d'intérêt avec la psychologie sociale au XXe siècle. En effet, c'est à Serge MOSCOVICI que l'on doit l'évolution conceptuelle de cette notion. Dans son ouvrage intitulé *La psychanalyse son image et son public*, il a véritablement élaboré le concept de représentation sociale en refusant de le concevoir comme un concept dont la validité scientifique est à mesurer ou accepter selon que l'on appartient au courant holiste ou cognitif. Pour MOSCOVICI, il ne s'agit nullement de proclamer la suprématie de l'un sur l'autre. L'approche cognitive et celle holiste ne sont pas des pôles d'exclusion mais constituent plutôt des moments d'interprétations et d'interaction entre le sujet et son environnement social. Conscient de cela, MOSCOVICI, tente de mettre en évidence l'aspect dynamique des représentations sociales à travers la psychanalyse. En effet, il tolère difficilement le fait de

²⁶ Denise JODELET, *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, in *Psychologie sociale*, op. Cité, p. 69.

parler de représentation au singulier. Il existe des représentations sociales et non une représentation sociale. Chaque représentation revêt une singularité qui révèle l'appartenance ou les caractéristiques historiques, sociales, culturelles, idéologiques du sujet ou du groupe en question. C'est ainsi qu'il schématise le processus par lequel se manifeste le caractère dynamique des représentations sociales. Ce en montrant comment les individus ou groupes d'individus se représentent la psychanalyse. Aussi affirme-t-il « *qu'il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu ou du groupe. Le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts ...Se représenter quelque chose, c'est se donner ensemble, indifférenciés le stimulus et la réponse. Celle-ci n'est pas une réaction à celui la mais jusqu'à un certain point son origine.* »²⁷ Notons à travers cette assertion, la remarque selon laquelle les mécanismes de reproduction qui se déroulent entre l'intérieur du sujet ou du groupe et l'extérieur c'est-à-dire son environnement, ne se caractérisent pas par des rapports d'exclusion. Autrement dit, entre l'objet de représentation et le sujet qui opère celle-ci, le gouffre n'est pas si volumineux. Il s'agit plutôt d'une interaction permanente pendant laquelle le psychisme centré dans une vision d'opposition entre l'intérieur et l'extérieur, le conscient et l'inconscient, le caché et l'apparent, opère un travail de rétention sélective sur l'objet. La réception des représentations sociales se fait par un travail de rétention, de filtrage pour préserver ce qui est en conformité ou en harmonie avec les valeurs en vigueur dans une société donnée. Cette revendication identitaire aux valeurs dont le sujet ou le groupe se réclame détermine le choix de certains éléments par rapport aux autres. Cette sélection se déroule dans tous les champs de connaissances à savoir politique, science, religion etc. Entre la diffusion des discours connaissances et la réception de celles-ci, s'amorcent de complexes interactions entretenues par le sujet et l'objet. Aussi Robert FARR a-t-il raison de constater « *comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture, comment elle est transformée aux cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent.* »²⁸ Cette affirmation de Robert FARR conforte la thèse chère à MOSCOVICI sur le dynamisme en tant que caractère inhérent aux représentations sociales. Ce qui confère à celles-ci une rigidité et une force difficilement flexibles en tant que forme de pensée sociale.

Par dynamisme, il faut comprendre que les connaissances acquises dans des champs de connaissances étrangères aux cercles de valeurs du système social, impactent sur le fonctionnement de ces derniers qui à leur tour réagissent par une résistance. Autrement dit

²⁷ Serge MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF 1961 (2^e ed 1976)

²⁸ Robert FARR, *Les représentations sociales*, in *Psychologie sociale*, op. cité, p. 385.

même si l'appropriation de ces nouvelles connaissances a lieu, ces dernières revêtent inévitablement les empreintes relatives aux valeurs, aux croyances, aux idéologies propres à une société donnée. Cette appropriation s'effectue avec prudence car ne sont retenues, observées par le groupe ou le sujet que les notions qui ne perturbent pas ou ne dérangent pas les institutions sociales et culturelles établies par la société.

Ainsi, pour étayer ses arguments MOSCOVICI dresse un cas de figure en plaçant la psychanalyse au cœur de ses réflexions. Il met en relief le processus par lequel le sujet ou le groupe appréhende la psychanalyse. En effet, en construisant une représentation sociale sur la psychanalyse, les individus ou groupent d'individus épousent des notions qui sont facilement et aisément conciliables avec leur système de valeurs et de croyances en vigueur. Ces notions peuvent être le conscient, l'inconscient, le refoulement. Toutefois ces notions sont loin d'être les éléments de base constitutifs de la psychanalyse. Les autres sont occultées car sont considérées comme des notions censurées par le code social. Parmi ces notions censurées, on compte celle de libido qui a trait avec la sexualité qui est un sujet tabou. A ce niveau de sa réflexion, MOSCOVICI semble rejoindre DURKHEIM qui demeure convaincu que l'on ne se représente que ce que l'ordre collectif nous permet de se représenter d'où la suprématie de la pensée collective sur la pensée individuelle.

A la suite de MOSCOVICI de nombreux chercheurs dans différentes disciplines se sont intéressés au concept de représentation sociale. Le champ d'investigation est large. Mais celui qui retiendra notre attention est celui de la maladie et de la santé. Ces deux termes, déplore-t-on, ont tardivement suscité l'attention et l'intérêt des sciences sociales de manière générale et particulièrement de la sociologie française.

Ceci s'explique sans doute par la vision et la perception très réductrices de la santé et de la maladie dont l'évaluation et la gestion sont perçues comme l'affaire des seules compétences médicales. Or la santé et la maladie sont des questions transversales et dont l'envergure se mesure par les processus sociaux et culturels auxquels sont liées la santé et la maladie. Consciente de cet état de fait.

Claudine HERZLICH dans son ouvrage intitulé *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* étudie les questions de santé et de maladie dans une approche plus innovante.

En effet, la problématique de HERZLICH n'était pas de savoir ce que les gens savent de la maladie mais plutôt ce que représentent pour eux la maladie et la santé comme notions, comme valeurs et comme expérience. La réponse formulée à cette interrogation était celle d'une pensée collective « profane » ayant sa cohérence propre et donnant sens à la santé et à la maladie en dehors des schémas scientifiques traditionnellement reconnus comme les seuls

schémas valables et soutenables. Or dans une posture de refuser catégoriquement l'idée que les médecins détenaient le monopole du discours sur la santé et sur la maladie, HERZLICH mesurait l'enjeu que ces questions représentaient socialement et même politiquement.

D'abord identifiant la maladie non pas comme état mais plutôt comme conduite, HERZLICH, opère une rupture épistémologique d'avec les concepts traditionnellement utilisés pour théoriser ou appréhender la maladie et la santé. Aussi, estime-t-elle que la maladie et la santé sont des modes d'expression, et d'interprétation de la société par l'individu mais également des moyens de mesure des rapports entretenues par l'individu et la société dans laquelle il vit. Les représentations sociales de la maladie et de la santé sont étudiées pour ce qu'elles nous apprennent de la société semble nous dire HERZLICH. Autrement dit, la santé et la maladie sont des situations à l'occasion desquelles notre vision du social est confronté à celle du biologique. La maladie est dans cette perspective, considérée comme une conduite tributaire des formes d'organisations sociales et cognitives. Ainsi, se forme un rapport socio somatique qui se traduit par la valeur thérapeutique des facteurs psychosociaux qui s'évaluent en fonction des modalités d'expression des représentations sociales différentes d'un groupe social à un autre. La maladie n'est pas que symptôme somatique, elle est aussi facteur de modification de notre vie quotidienne et de celle des autres membres du groupe.

Dès l'instant où la maladie est un événement renversant l'ordre social de l'individu et de son groupe pour ce qu'elle représente comme élément perturbateur pour ces derniers, il devient moins pertinent d'avoir une lecture exclusivement médicale. Perçue par le public sous des connotations non moins dévalorisantes, la maladie constitue une agression qui atteint le corps valeur intime et bien précieux, source de vie. La maladie dépouille l'homme de ses plus fortes certitudes. Les représentations de la maladie révèlent les négations de la vie c'est-à-dire tout ce qui ôte à la vie sa pureté, sa grâce. Ce qui conduit HERZLICH à considérer la maladie comme une agression venant du dehors car non souhaitée par la victime qui en souffre.

Cette considération de la maladie est davantage soutenue par Jacques CARPENTIER qui affirme que « *c'est l'ordre social qui rend malade, la médecine est un métier politique* » (Département de Santé Publique - Faculté de Médecine de Rennes. 2006). Imputer le mal ou la maladie à l'ordre social ou à la société, c'est supposer que celle-ci est d'une dimension telle qu'elle transcende l'homme dans son individualité, qu'elle échappe à son contrôle. Devant cette responsabilité non moins collective de la société sur ses membres quant à leur santé, l'on comprend l'implication au plus haut niveau de la société dans les processus thérapeutiques.

Les représentations sociales de la maladie telle que abordées par HERZLICH rendent compte de la maladie en tant que langage de la conduite sociale. En effet, dans son résumé sur l'œuvre de HERZLICH dans le champ médical, Gérard LEMAINÉ explique comment HERZLICH identifie les rapports entre l'acteur (individu) et le système (société) dans ledit champ. Perçu par HERZLICH comme l'œuvre d'une société générée par son mode de vie, la maladie est une agression, une contrainte étrangère à l'individu. Toutefois, ce dernier ne se laisse pas déposséder par la société de ce qu'elle considère comme sa nature à savoir la santé. Il s'engage dans une lutte, déploie toute mode de résistance pour mettre hors de portée de la maladie comme agression sociale, son capital, sa nature, bref ce qui symbolise sa vie n'étant rien d'autre que la santé. Au terme de cette dualité, le rapport de force entre l'individu et la société doit irréversiblement terminé sur le triomphe de l'un sur l'autre. Aussi parle t- on d'une activité d'adaptation réussi de l'individu au cas où il reste inflexible face à la maladie considérée comme contrainte sociale disqualifiant celui qui ne parvient pas à être invincible à cette agression. La société ayant besoin d'hommes forts, en bonne santé, « dessocialise » l'individu malade comme inapte à s'adapter. « *La santé est l'intégration à une société qui fait tout pour la détruire* » certifie LEMAINÉ.²⁹ C'est cette dualité permanente entre l'individu et la société que HERZLICH exprime le mieux la représentation de la santé et de la maladie. Néanmoins, cette dernière est diversement vécue. Ainsi, HERZLICH identifie trois catégories de maladies à savoir la maladie libératrice, la maladie métier et la maladie destructrice. La maladie libératrice se reconnaît par sa tendance à libérer l'homme de ses obligations que lui imposait le système social. Il se représente la maladie comme un moyen d'accomplissement de soi.

En revanche, la maladie métier conduit l'homme à participer pleinement à son itinéraire thérapeutique. Son objectif est de prendre le dessus sur sa maladie. Il coopère avec les prestataires de soins que ceux-ci appartiennent aux systèmes biomédicaux ou aux systèmes de soins traditionnels. Dans cette conception de la maladie, les rapports entre le soignant et le soigné sont plus des rapports symétriques. La réaction du malade contre l'invasion de la maladie lui vaut d'être tenu dans un réseau sémantique de la maladie par les prestataires de soins. Cette coopération entre le soignant et le soigné n'est possible qu'après consentement du second. En d'autres termes, le malade doit au préalable accepter sa maladie reconnaître les limites que celle-ci lui impose pour pouvoir élaborer au mieux les stratégies de riposte pour sortir de la maladie indemne. Les mobiles de cette lutte obéissent aux convictions d'atteindre le chemin de la guérison. C'est dans cette conception de la maladie que l'on appréhende ce

²⁹ <http://www.persee.fr>

qu'on appelle les « *valeurs sociales de la santé* ». En effet, dans la maladie métier, le malade est animé par une énergie, une volonté, une activité qui forgent en lui la force de lutter, de résister. Dans cette situation d'apprentissage, le malade devient un partenaire incontournable dans le processus de juguler la maladie dans son évolution.

La dernière conception de la maladie est appelée la maladie destructrice. Dans ce type de maladie, la destruction est doublement perçue. Il s'agit de la destruction organique et de la destruction psychosociologique de l'individu malade. Celui-ci se sent étrange et inutile dans le milieu ou le monde des biens portants. L'individu est condamné à renoncer à ses activités dont certaines assurent sa sociabilité au sein du groupe. L'individu devant abandonner son rôle à cause de la maladie perçoit celle-ci comme une atteinte à sa dignité, à son intimité mais aussi comme une violence qui lui est faite. Cette absence d'activités qui compromet en permanence la fonction sociale de l'individu, le place dans une situation de dépendance. La personnalité de l'individu se voit réduite dans un univers où les seuls partenaires valables sont les individus en bonne santé. Une inactivité appariée à une dépendance financière est entre autres les éléments constitutifs de ce que l'individu considère comme une situation conduisant à sa dépersonnalisation, à sa « désocialisation ». L'individu est mort socialement, sa maladie atteint moins son corps que sa personnalité. La mort est psychosociologique avant d'être organique. Le malade n'est pas animé par la volonté de recourir aux soins thérapeutiques, il ne coopère pas, il est anéanti par l'invasion de la maladie qu'il considère comme un terme, le néant dont l'issue fatale est la mort.

Cette conception de la maladie, peut être opérationnaliser dans les maladies dont les probabilités de guérison sont minimales et dont la progression est fatale pour celui qui en est atteint. Par conséquent, les maladies telles que le cancer du col de l'utérus qui lorsqu'il se développe à un stade avancé devient incurable, sont identifiées comme les formes de maladies destructrices. En effet, le cancer du col est une maladie virale insidieuse. Son développement dans l'organisme se fait de manière muette. Autrement dit c'est une maladie asymptomatique qui ne se révèle que lorsqu'elle atteint un niveau irréversible. A ce stade, tous les efforts thérapeutiques qui sont consentis, entrent dans le seul but d'assurer à la patiente une meilleure qualité de vie. Considérée comme une maladie chronique du fait qu'elle nécessite des soins qui s'étalent sur une longue période, elle n'en reste pas moins une maladie à soins coûteux.

Au demeurant, tous ces qualificatifs associés au cancer du col utérin, sont des indicateurs assez révélateurs pour percevoir la maladie sous le concept de maladie destructrice ou de maladie aliénante. En effet, aliénant, le cancer du col l'est de par sa capacité à arracher à la

personne son personnage social c'est-à-dire l'individu perd ses qualités de sociabilité et se sent emparé par un personnage étrange. Le cancer du col utérin en plus d'être une maladie destructrice, aliénante, dépouille la personne de ses fonctions qui assuraient son rôle social qui lui était dévolu dans son groupe social. La personne devient moins affranchie, car elle devient dépendante des autres, elle n'a rien à offrir en retour puisque socialement licenciée de ses fonctions sociales bien que certaines limites lui soient biologiquement imposées.

Cette situation, l'enferme dans un sentiment d'inutilité sociale, où l'exclusion, la solitude constitueront des maux qui affecteront ses liens affectifs. Ainsi sa mort est plutôt sociale qu'organique. La maladie affaiblit son énergie intime qui est non moins liée aux valeurs et aux symboles sexuels que représente l'utérus. Cet organe constitue l'une des caractéristiques féminines les plus socialement glorifiées. Son rôle biologique, est socialement plus perceptible pour ce qu'elle assure comme fonction indispensable dans le processus de reproduction.

2- CONNAISSANCES :

La notion de connaissance n'a pas à proprement parler fait objet de convoitise dans la littérature sociologique. Le champ de la connaissance n'est pas à l'instar des autres champs comme la santé, l'éducation, la politique etc. investi par la sociologie. C'est dans les productions épistémologiques et philosophiques que la théorie de la connaissance est abordée de manière profonde. Cette absence d'intérêt relativement manifestée par la sociologie, n'a pour autant fait objet de justification ou d'explication par les sociologues.

Cependant, on note une documentation plus ou moins féconde sur les théories de la connaissance. Le processus de conceptualisation de la connaissance varie suivant les champs d'application. En effet, pour LAKATOS, la sociologie de la connaissance constitue un ensemble de questions et d'orientation méthodologiques ayant pour objet l'étude des déterminants sociaux de la connaissance notamment de la connaissance scientifique.

Par déterminants sociaux, DURKHEIM veut mettre en exergue le poids des croyances, des idéologies, des valeurs et les mécanismes par lesquels elles contribuent à la production de la connaissance. Et DURKHEIM d'affirmer que les procédures opératoires de la science ne sont pas sans être déteints de l'expérience sociale. C'est dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse* qu'il s'appesantit sur le concept de la force en tant que élément fondamentale de la science. En effet, l'expérience sociale des interdits moraux et du sacré aurait renseigné pour la première fois l'homme sur l'existence de la notion d'une force supérieure aux individus. Il en est de même pour l'existence des groupes sociaux de leurs différenciations, de leur hiérarchisation qui aurait suggéré à l'homme les notions de genre, d'espèces, les notions d'ordre logique et de classification de manière générale.

Une perception sur la production des connaissances partagée avec KANT qui estime que c'est avec l'interrogation des réalités que s'établissent les paradigmes en l'absence desquels l'expérience qui génère la connaissance ne serait qu'une « *rhapsodie de sensations* » et DURKHEIM d'ajouter que ces paradigmes émanent de l'expérience sociale et varient suivant les structures sociales. Toutefois, DURKHEIM, souligne que l'usage de l'expérience sociale qui est un processus de l'activité de la connaissance ainsi que l'intuition sociologique doit être faite, accompagnée d'objectivité. Aussi revient-il à Jacques MONOD, prix Nobel de Médecine de rappeler que « *la connaissance objective est la seule source de vérité authentique.* »³⁰ Celle-ci tient lieu de fondement à la connaissance. Cependant l'expérience sociale dérivant des structures sociales peut-elle à elle seule être l'origine de la production de toutes les formes de connaissances ? autrement dit la connaissance telle que perçue scientifiquement doit-elle dépendre exclusivement de l'expérience sociale pour pouvoir jouir d'une légitimité ? Les structures sociales constituent-elles les seules institutions qui à conduisent à l'émergence des mécanismes de production de la connaissance ?

A toutes ces interrogations, les réponses de DURKHEIM ne semblent pas satisfaire POPPER. Pour ce dernier, la production de la connaissance est stimulée par d'autres lois différentes de celles émanant des structures sociales. En effet, POPPER demeure convaincu que la connaissance scientifique progresse essentiellement par une logique interne. L'activité de celui qui travaille à la production de la connaissance c'est-à-dire le savant trouve exclusivement son explication dans les règles abstraites du jeu scientifique, soutient POPPER qui s'est abstenu toute même de nous définir ces dites règles.

Les théories de POPPER ne sont cependant pas exemptes des répliques formulées par KUHN auteur de *Les théories des révolutions scientifiques*. En effet, c'est dans ce débat épistémologico-sociologique à partir des années 60 qui opposa POPPER à ces derniers que la discussion des théories durkheimiennes à refait surface. C'est avec FEYERERBAND et KUHN que la sociologie fait son entrée en force. Aussi développent-ils la thèse selon laquelle le travail de la communauté scientifique dans le cadre des paradigmes ou programmes font l'objet d'un consensus et d'une croyance collective quand à leur fécondité et leur validité. Autrement dit, les croyances et les idéologies sont des sources d'inspiration pour la production des théories et des paradigmes.³¹

³⁰ Département de Santé Publique - Faculté de Médecine de Rennes. 2006 : **Chapitre 2** - Sociologie, Anthropologie et médecine

³¹ Raymond BOUDON, François BOURRICAUD, *Dictionnaire critique de la sociologie*

C'est sous cet angle que la conception que nous avons de la connaissance mérite d'être documentée en tenant en considération les cadres d'où elle émane. Et c'est dans le registre de la santé que nous étudierons les formes de connaissances médicales suivant les différents cadres. En effet, les deux concepts de connaissances relatifs à la santé jouissant plus de l'audience sont le concept de connaissances émiques et le concept de connaissances étiques.

Les conceptions émiques de la maladie rendent compte de l'impact des institutions thérapeutiques traditionnelles et culturelles sur la gestion quotidienne de la maladie, sur les rapports socialisés entre l'individu qui en est atteint et le groupe social dans lequel il évolue. En effet, ces institutions thérapeutiques sont des unités de production de significations et d'interprétations, qui se matérialisent par la construction de représentations et de symboles. Ces représentations et symboles s'expriment par des attitudes et pratiques. En d'autres termes, les comportements et les pratiques sont les expressions physiques des représentations que construisent les individus ou groupes d'individus autour de la maladie et de la santé. Ces comportements, attitudes et pratiques sont cautionnés par des connaissances quoique souffrant de dignité et de légitimité scientifiques, jouissent d'une légitimité populaire. Ces dites connaissances sont qualifiées de connaissances émiques. Aussi Raymond MASSE dans *Culture et santé publique* donne-t-il la définition suivante de l'approche émique en tant que « principes et les valeurs propres à un acteur donné dans une culture donnée » cette définition donne une double dimension de l'explication fournie sur l'approche émique. D'abord l'individu malade perçoit la maladie de manière à reproduire les mêmes perceptions que son groupe social et culturel développe sur sa maladie suivant les connaissances « naïves/profanés » que ce groupe en dispose. La seconde dimension, coïncide avec la thèse de HERZLICH qui affirmait en substance que la santé et la maladie sont en quelque sorte des canaux aux moyens desquels on peut passer au décryptage de la société, de ses rapports avec les membres qui le composent.

Cette approche émique de la maladie ne s'éloigne pas trop de celle qu'ont introduites les anglo-saxons dans leur vocabulaire en termes de maladies. En effet, dans la littérature anglo-saxonne de la maladie, les mots comme « illness et sickness » sont d'usage courant quant à la reconnaissance de la force agissante des croyances socioculturelles sur les processus ou trajectoires thérapeutiques des individus. Le terme illness désigne le vécu subjectif de la maladie c'est-à-dire l'expérience acquise et le comportement qui en résulte. Lequel comportement demeure un construit socioculturel que conçoit l'environnement social de l'individu malade. Cette expérience psychosociale que l'individu tire de sa maladie, traduit que celle-ci affecte sa famille mais aussi son réseau social qui peut entretenir avec lui des

relations qui ne sont parfois que l'expression d'une disqualification du système social. Cette disqualification se matérialise par ce qu'on appelle le stigmat.

Tout bien pesé, le terme *illness* renvoie à l'ensemble des connaissances extérieures au champ biomédical. Ces connaissances ne sont pas pour autant non moins déterminant dans l'itinéraire thérapeutique du malade.

L'autre terme émis par les anglo-saxons est celui de *sickness*. Celui-ci correspond à ce qu'on appelle la socialisation de la maladie qui tient comptes des structures et organisations sociales régissant les institutions thérapeutiques. Le terme *sickness* est selon BENOIST.J le moment qui rend compte des conditions historiques, sociales et culturelles d'élaboration des représentations et des malades et des médecins quelle que soit la société concernée.

Il revient à MASSE de renchérir en soutenant que « *du fait qu'elle est abordée comme représentation sociale et charge symbolique par l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs ou de recherche d'aide* » (Massé, 1995). Quoique les appellations souffrent de différence liée à la culture, à l'époque ou au contexte, force est de constater que les termes *illness*, *sickness*, étiologie, éthique, témoignent du besoin d'aborder les questions de santé et de maladie sous les sangles psychosociologiques qui ne signifient toutefois pas la négation de l'approche biomédicale.

La conception étiologie de la maladie, limite le champ de la maladie et de la santé dans une dimension où les seuls pronostiqueurs dignes de crédit sont constitués de professionnels de la santé en général et du médecin en particulier. En effet, tout discours émanant du champ hors biomédical n'est pas reconnue. La maladie est perçue et abordée à travers une lecture exclusivement médicale.

L'approche étiologie réduit le malade à un sujet présentant des maux somatiques et dont le traitement requière uniquement des outils et savoirs médicaux universellement reconnus et par conséquent jouissant d'une certaine rationalité. C'est sous rapport que MASSE affirmait en substance que l'approche étiologie se reconnaît par sa vocation à respecter les bienséances scientifiques caractérisées par une connaissance objective, rationnelle de l'observateur. Le tout ponctué par une standardisation des résultats et savoirs médicaux à une dimension universelle. Or la maladie étant une situation qui affecte non seulement le soma mais aussi les organes psychiques qui sont socialement formatés de manière à ce que l'individu se représente la maladie telle que son groupe social se la représente. Aussi assiste t-on à une remise en question des procédures par lesquelles les malades sont pris en charge.

Cette remise en cause n'est-elle pas confortée par la valeur thérapeutique que représentent les médecines parallèles ou alternatives appelées médecines traditionnelles ou est-elle consécutive aux incapacités des professionnels de santé à répondre de manière conséquente à certains besoins des populations en matière de santé.

C'est dans cette perspective que l'approche étique de la maladie est considérée comme une approche à visée thérapeutique très limitée car niant d'autres facteurs non moins importants qui jouent un rôle déterminant dans le pronostic thérapeutique. C'est à la suite des résultats attestant de l'évidence des rapports corollaires entre les facteurs socioculturels, économique et l'état de santé des individus dont chacun est une unité sociale mais aussi culturelle qu'il importe d'appréhender les problèmes de santé en s'éloignant un peu des conceptions biomédicales de la maladie. Car dans nos sociétés africaines, l'on constate que dans certaines sphères, l'entretien par l'individu ou groupe d'individus de son corps contre toute menace à sa santé, s'observe par des pratiques qui sont moins teintées de savoirs médicaux que de croyances culturelles. Ce qui permet donc d'appliquer à nos réalités socioculturelles de nos institutions thérapeutiques la conception relative à l'approche éthique de la maladie. Cette affirmation n'est pas sans illustrations tenantes. En effet, dans nos sociétés la maladie est perçue comme le résultat issu non d'un dérèglement biologique mais de phénomènes dont l'explication est à chercher dans des sources non conventionnelles. Ces dites sources se caractérisent par leur nature ou dimension transcendante de la raison ordinaire pour ne pas dire humaine. C'est ainsi que la maladie bien qu'étant la conséquence d'une déviance selon des chercheurs comme HERZLICH, sa cause est extérieure.

La souffrance de l'individu, est portée au compte des forces qui lui sont extérieures. Pour tenir tête à ces forces, la volonté individuelle est parfois insuffisante. C'est ce qui explique le déploiement d'une force de tout un réseau familial voire social pour neutraliser ou mettre hors état de nuire ces forces extérieures qui menacent la santé de l'individu en tant que unité sociale ou culturelle. Ces forces compromettent toutes les fonctions de sociabilité de l'individu en lui extirpant l'essentiel de ses mobiles qui assuraient son existence social au sein de son groupe social. Autrement dit, ces forces extérieures qui installent en l'individu la maladie, sont des facteurs de disqualification de la société qui a besoin de personnes bien portantes capables de participer activement à son fonctionnement et donc à son développement.

Au demeurant, les concepts d'illness, de sickness, d'émiqne sont des concepts dont l'opérationnalisation est relativement envisageable dans nos réalités socioculturelles de nos institutions thérapeutiques. Ainsi dans le cadre des maladies sexuellement transmissibles (MST), telles le cancer du col de l'utérus, la production de connaissances qualifiées de populaires ou de non conventionnelles pour interpréter ou donner sens à la maladie ne tarissent pas. Cela ne traduit pas pour autant que les contextes ou mécanismes de productions de ces connaissances ne soient pas sans affronter celles émanant des cadres conventionnellement reconnues à savoir la médecine biomédicale. Ces connaissances populaires sont souvent teintées d'une perception, de représentations qui appréhendent les MST comme des conséquences logiques d'une déviance sur les normes socioculturelles relatives aux attitudes et pratiques sexuelles. Par conséquent toute maladie ayant trait à la sexualité est perçue comme une sanction contre la licence sexuelle, la perversion quelle que soient les modes ou voies par lesquelles on est atteint de la maladie. Ces formes de représentations, laissent libre cours à la genèse des informations, des connaissances souffrant de valeurs scientifiques difficilement soutenables mais qui en revanche jouissent d'une légitimité populaire qui confèrent à ces connaissances une résistance et une rigidité telles que toute tentative de reconvertir ces formes de connaissances à d'autres jugées plus appropriés pour un comportement sans risque ne s'opère pas sans frais. C'est sous cet angle qu'il importe d'identifier les types de connaissances que disposent les individus ou groupes d'individus par rapport aux MST, les contextes qui engendrent les mécanismes par lesquels s'élaborent ou se produisent et se reproduisent ces formes de connaissances.

Ce préalable relatif à l'identification du processus par lequel ces connaissances sont acquises et légitimées par le groupe, constitue une stratégie précieuse pour favoriser la dynamique des représentations. Cela ne signifie pas pour autant d'occulter une forme de connaissance au profit de l'autre. Il s'agit plutôt d'une confrontation sélective à l'issue de laquelle est retenue toute forme de connaissance qui conduit vers un comportement sans risque. C'est à ce titre que les formes de connaissances dites émiqnes tiennent leur importance quant aux modes d'élaboration des politiques de santé que celles-ci soient de portée préventive ou éradicatrice.

VI Modèle théorique :

1- La sociologie du risque :

La notion de risque a fait l'objet de plusieurs définitions. Toutefois, on observe une pluralité de définitions tout autant différentes les unes des autres. La diversité de ces définitions, traduit le degré de perception du risque qui varie d'un milieu à un autre, d'un groupe à un autre, d'une discipline à une autre, d'une époque à une autre. Aussi est-il nécessaire d'aborder la notion de risque sous son angle historique en termes de travaux théoriques et empiriques.

2-Contexte historique de la notion de risque :

Autrefois, l'humanité appréhendait le risque différemment de notre contexte contemporain. Les événements catastrophiques étaient expliqués comme la réaction des entités supérieures, transcendantes, à des dérives ou à des infractions commis par des individus ou groupes d'individus. Aussi pour prévenir les malédictions infligées par les dieux, des sacrifices, des offrandes, des prières sont ils mises à profit pour éviter ou amoindrir les risques liés aux malédictions relatives aux calamités naturelles, aux maladies, aux échecs etc. Ainsi la notion de risque devient indissociable de la notion de prévention irrémédiablement liée à celle de précaution.

Les techniques de prévention et de précaution autrefois conçues par les groupes sociaux pour la gestion des risques ont subi en effet des transformations relativement radicales suite à l'assaut de l'industrialisation et du post industrialisation. C'est dans ce contexte historico économique que la notion de risque est apparue. La notion de risque est apparue au milieu du XVII^{ème} siècle par l'étude théorique et mathématique des jeux. L'évolution du sens de cette notion est en relation avec l'ère de l'industrialisation³². L'industrialisation comme outil ou élément devant permettre à l'humanité de maîtriser la nature, de dominer son environnement par la réduction et la gestion du risque provenant de ceux-ci, n'a pas pour autant réussi à mettre fin les appréhensions de l'humanité quant à l'impact des innovations scientifiques sur la vie et l'environnement des hommes.

Le risque autrefois perçu comme l'œuvre de la nature, change de forme et de format avec l'estimation du danger devenu plus perceptible et moins incontrôlable dans notre société contemporaine fortement marquée par le progrès de la science. Cette dernière traditionnellement perçue comme l'amélioration du sort des hommes par la maîtrise de la

³² Vassilis Tsatsaris, Elie Azria1-, Alexandre Mignon, Thomas Schmitz, Dominique Cabrol, François Goffinet, Proposition d'un module d'enseignement sur la notion risque aux étudiants en médecine.

nature a acheminé l'humanité vers ce qu'on appelle « *la société du risque* ». Cette expression traduit en effet la prise de conscience par l'humanité sur ce que la science a engendré comme effet indésirables et imprévisibles et sur le fait que le progrès et l'évolution de la science devenue irréversible. Autrement dit la science quoique présentant des dérives et des conséquences et dommages difficilement prévisibles, est incontournable dans la marche de la société contemporaine. La question qui s'impose est de savoir alors comment élaborer des mécanismes pouvant permettre d'identifier, de caractériser et de prévenir les différents risques. D'où l'intérêt de définir ce qu'est le risque.

3-La définition du risque :

La notion de risque est sujette à plusieurs acceptions qui varient suivant les cadres de réflexion propres à chaque espace social. La notion de risque souvent associée à celle de danger conduit les chercheurs à mettre en relief les différentes propriétés qui distinguent l'une de l'autre notion. En d'autres termes, le risque est différent du danger. Le danger relève, en effet, d'une menace quelconque sur les personnes ou sur les choses ayant de la valeur sur les êtres humains. Par contre, le risque est la mesure de ladite menace en termes de probabilités, de pertes associées au phénomène qui se présente et de vulnérabilité spécifique à l'élément exposé³³. Dans l'acception anthropique, le risque désigne « *une situation susceptible d'altérer gravement l'intégrité physique d'une personne* »³⁴. Aussi les femmes sexuellement actives courent-elle le risque d'être atteintes du cancer du col utérin si elles ne font pas le dépistage précoce appelé « le frottis cervico- vaginal » qui permet de détecter les lésions précancéreuses pour éviter le cancer invasif quasiment incurable.

Dans l'acception technique, plus précisément dans le domaine de la sécurité industrielle, la notion de risque renvoie à des probabilités sur l'imminence d'un danger qui peut se présenter sur une pluralité de scénarios dont l'association est susceptible de générer des dommages causés à des personnes ou à des biens.

Dans l'acception entrepreneuriale où le management du risque occupe une place assez importante, la notion de risque est associée à deux termes à savoir l'aléa et l'enjeu. Le risque est la coexistence d'un enjeu, d'un aléa. Ces deux termes mettent respectivement en évidence les conséquences d'une action, laquelle action peut se solder en échec, ou peut être

³³ (MANA, Revue de Sociologie et d'Anthropologie, 2002, n° 10-11: 285-305), Mercedes Pardo, *Sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique*, Université publique de Navarre1

³⁴ www.wikipédia.com/risque

sanctionnée par un gain. L'incertitude qui hante l'individu prenant des risques le conduit à élaborer des mécanismes relatifs à la connaissance, à l'identification du risque, à son évaluation. Aussi est-il possible de parler de la gestion des risques pour réduire les dommages et préjudices difficilement mesurables.

C'est sous ce rapport que des indicateurs de diminution sont établis pour concevoir et garantir les assurances de tous types. Les institutions de prévoyance médicale (IPM), les assurances de vie, les assurances domestiques etc. traduisent dès lors l'expression d'une peur socialement construite ayant besoin d'une gestion à titre préventif. Compte tenu de toutes ces modalités de gestion du risque basée sur la connaissance d'une suite statistique d'évènements, Daniel BERNOULLI (1738) en est venu à donner une formulation scientifique du risque. En effet, l'auteur du *Specimen theoriae novae de mensura sortis*, affirme que « *le risque est l'espérance mathématique d'une fonction de probabilité d'évènements.* »

Cependant, aborder la notion risque dans une rationalité purement technico-mathématique, c'est occulter un ensemble de facteurs et de paramètres qui ont un rôle déterminant dans le processus de production et de perception des risques. C'est sous ce rapport que Mary DOUGLAS, l'auteur de l'ouvrage intitulé *Risk and culture* esquisse les pas d'une anthropologie et d'une sociologie des risques. C'est dans les travaux d'Ulrich BECK et d'Anthony GIDDENS que s'amorcent les couleurs d'une analyse de la sociologie du risque. Cependant, l'inconsistance d'un corpus de connaissances théoriques et empiriques tarde le processus d'autonomisation de la sociologie du risque. Ainsi dans une volonté d'œuvrer à cet effet, le modèle d'analyse de Mary DOUGLAS sur le risque, met à profit les dimensions culturelles, sociales de ce concept abusivement réduit à des formes de calculs probabilitaires.

VII Modèle d'analyse : Mary DOUGLAS et la théorie de la perception du risque comme construction sociale et culturelle

Ayant partagé dans un premier temps l'approche anthropologique avec Lévy-Bruhl dans l'analyse du risque en tant que perceptions affectives de dangers, Mary DOUGLAS dans un autre registre avec Aaron WILDAVSKY, propose un cadre sociologique. Ce dans l'optique d'appréhender les différentes formes de perception du risque pouvant valoir dans le groupe auquel appartient un individu et la façon dont ce groupe organise les rapports internes et externes avec les autres individus.

L'analyse de Mary DOUGLAS sur la perception du risque est inscrite dans une certaine démarche holiste. L'évaluation et l'acceptation du risque par un groupe traduit leur perception

qu'il développe par rapport au risque. Le degré du risque qu'un individu est supposé prendre est tributaire de la perception du groupe auquel il appartient. La prise de risque ne relève d'un choix individuel. C'est sous ce rapport que Frédéric KECK en ces termes substantiels traduit l'analyse de DOUGLAS suivant laquelle l'ensemble des perceptions à travers lesquelles les individus interprètent les signes d'un danger réel, remontent jusqu'à la façon dont les institutions reprennent et transforment ces perceptions individuelles en représentation des risques. Tel est la théorie soutenue par DOUGLAS dans son ouvrage qu'elle a écrit avec un autre auteur du nom d'Aaron WILDAVSKY. Cet ouvrage qui est le prolongement de *De la souillure*, a été l'occasion pour DOUGLAS de faire la promotion de l'approche culturelle. En effet, la culture une des modalités de l'expression identitaire de l'être humain, oriente la perception des individus et constitue *un cadre tranché de représentations collectives qui s'imposent aux individus depuis un pôle extérieur à eux*³⁵.

Or la culture est relativement perçue comme un outil social différent d'une société à une autre, d'un groupe à un autre, d'une époque à une autre. Par conséquent, la réflexion logique voudrait que le risque n'affecte pas identiquement toutes les sociétés d'une même époque ni tous les secteurs, ni tous les individus d'une même société. D'où la mise en évidence du caractère dynamique des perceptions de risques en fonction de l'espace et du temps. Cette approche culturaliste adoptée dans son analyse de la perception du risque ne conduit pas pour autant DOUGLAS à occulter l'approche scientifique du risque. Cette démarche obéit à la volonté de mettre en relief les différentes formes de risque.

En effet, c'est dans *De la souillure* que DOUGLAS reprend un sujet central en anthropologie des risques. Ce sujet correspond à la distinction entre risques perçus et risques représentés. Les risques perçus le sont sous des formes plus ou moins fantasmés et imaginaires. Par contre les risques représentés sont ceux représentés par l'institution à travers les outils de la statistique et de la probabilité. Cette distinction fait objet d'objection de la part de DOUGLAS qui estime que cette opposition tend à rationaliser les risques représentés au détriment de ceux qui sont perçus. Les risques perçus sont souvent considérés comme le trait caractérisant l'époque des « primitifs » où tout événement malheureux était la conséquence de rupture des tabous qui peut susciter la réaction désagréable de la sorcellerie. Cette attitude des « primitifs » face aux dangers et à la mort n'est pas selon les considérations de DOUGLAS une attitude foncièrement différente de celle des « hommes modernes ». Ces derniers en ont arrivé à trouver nécessaire de faire de l'autopsie pour être édifiés des causes de

³⁵ Voir l'article de Frédéric KECK *l'anthropologie des risques, entre modernité et pré-modernité 2) quelques remarques sur Lévy-BRUHL*

la mort. Aussi les co-auteurs de *Risk and culture* se demandent-ils en quoi l'attitude des « primitif » pourrait-elle être différente de celle des hommes « modernes » quant à l'appréhension du danger et du risque. Cela est d'autant plus vrai que le jour où il nous arrivera de demander une autopsie pour chaque mort « *la différence essentielle entre leur mentalité et la nôtre sera abolie.* »³⁶ Pour conforter cette thèse rejetant toute différence radicale entre hommes « primitifs » et hommes « modernes », Béatrice de GASQUET rapporte que " Nous écartons des germes, ils écartent des esprits. "³⁷

Notre attitude face aux risques pouvant entraîner la mort mais aussi d'autres évènements malheureux ou dommageables, qu'elle relève du risque perçu ou représenté constitue une forme de réponse convenable et tolérée par les institutions socioculturelles en vigueur. L'analyse de DOUGLAS sur les perceptions de risque s'apparente à ce niveau au discours de DURKHEIM. En effet, les institutions sociales sont à DOUGLAS ce que la conscience collective est à DURKHEIM. Aussi DOUGLAS et WILDAWSKY affirment- ils que « *Dans la perception des risques, les humains agissent moins en tant qu'individus et plus en tant qu'êtres sociaux qui ont intériorisé des pressions sociales et délégué leurs processus de décision à des institutions. Ils se débrouillent comme ils peuvent, sans connaître les risques qu'ils encourent, en suivant des règles sociales déterminant ce qu'ils doivent ignorer : les institutions sont des outils de simplification des problèmes.* »³⁸ Ces propos, résument en quelque sorte le schéma de pensée de DOUGLAS sur les perceptions de risque. La négation de l'individu devant la force émanant du collectif, rend aisément perceptible le projet anthropologique et sociologique que les auteurs de *Risk and culture* veulent porter quant aux perspectives d'étude et d'analyse de la notion de risque.

Cette analyse de ces coauteurs sur le risque revient à accepter qu'il n'appartient pas à l'individu de percevoir les risques pour décider de ce qui est dangereux et de ce qui ne l'est pas. C'est aux institutions que revient cette prérogative. Il est seulement permis aux individus de traduire la pensée des institutions par des comportements et pratiques. La rationalité de l'acteur est dès lors niée et refusée au profit des institutions à qui la notion de rationalité revient de droit. Ainsi dans une dynamique de pensée analogique, la société ou l'institution est conçue à l'image du sujet jouissant de la faculté de choisir les cadres à travers lesquels, il

³⁶ *Risk and culture*, p.32

³⁷ Fiche de lecture réalisée par Béatrice de Gasquet (ENS Ulm)

³⁸ *Risk and culture*, p.80

perçoit le monde et les risques qui y planent. Si la notion de choix qui implique celle de sélection, occupe une place importante dans l'analyse de DOUGLAS c'est pour reconnaître à la société son pouvoir d'imposer à son environnement et à ses membres les êtres qu'elle peut intégrer et ceux qu'elle doit rejeter. Cette sélection nous dit DOUGLAS est impérative et indispensable pour une société qui assure sa survie. La théorie de Darwin connaît ainsi un regain d'intérêt. Consciente de cela, Ruth Murbach dans son article où il compare le corps à la communauté, explique la rationalité du processus de sélection qu'opère la communauté pour être à l'abri des dangers. Dans ce principe d'analyse organiciste, Murbach expose les mécanismes par lesquels la société à l'image du corps procède à l'isolement et à la classification de ceux qui présentent des risques de contagion. La perception des risques qui se traduisent différemment suivant les comportements propres à chaque société et à chaque communauté dépend des dispositifs immunitaires de cette communauté et de son profil à risque. Autrement dit, la perception du risque varie selon que le corps ou la communauté est « poreux » ou ouvert à toute intrusion. Aussi Murbach affirme-t-elle que « *Du point de vue de la communauté centrale. C'est elle qui protège et qu'il faut protéger. Consolider en suivant la théorie scientifique acceptée qui permet dans le cas du sida de désigner ceux qui sont à risque et qu'il faut isoler par un cordon sexuel sanitaire. On appellera alors les membres. On freinera l'immigration et on aura recours aux procédures de blâme*³⁹. » Ces propos qui tentent de mettre en relief l'analyse métaphorique opérée par DOUGLAS qui démontre comment la société dispose d'une force réactive à l'image du corps face aux menaces, aux dangers. Ces dangers et ces menaces constituent ce que DOUGLAS qualifie sous le vocable de « *souillure* ». Cette dernière se reconnaît par sa capacité à déranger l'ordre social d'une communauté et à basculer celle-ci dans ce que DOUGLAS appelle les marges. La « *souillure* » est d'autant plus dangereuse qu'elle est contagieuse. Ainsi en réaction à ces menaces et aux dangers que constitue la « *souillure* » provenant de ce qui entre ou sort du corps, de la société, celle-ci développe des stratégies de prévention lui permettant de détourner le mal pouvant affecter ses membres. Les rites constituent en effet, une de ces formes de stratégies élaborées pour prévenir et conjurer le mal.

C'est sous ce rapport que l'auteur de *De la souillure* soutient la thèse suivant laquelle les rites jouent un rôle éminemment social. Les rites actualisent l'ordre social, car ils permettent d'identifier les permis et les interdits stipulés par les normes sociales. L'aspect utilitaire et fonctionnel des rites est d'autant plus évident qu'ils constituent pour les membres d'une

³⁹ Mary DOUGLAS : Risk and Blame. Essays in Cultural Theory, Londres, Routledge, 1992, xii, 323 P., index. *Anthropologie et Sociétés*, vol.16, n°3, 1992, p. 142-143.

communauté une occasion de revendiquer, de renouveler leur affiliation aux institutions collectives. Ces dernières se trouvent ainsi dans l'impératif de pérenniser et de protéger leur souveraineté en mettant d'abord en œuvre leur efficacité et leur savoir faire dont a besoin une communauté devant assurer sa cohésion avant d'édifier des garde-fous pour empêcher toute menace de compromettre ou de détruire la dynamique unitaire de la communauté. Aussi les membres d'une communauté sont-ils censés être au fait des interdits et des permis par le biais de la socialisation. Ce pour éviter tout rejet par le corps social comme le ferait le corps humain à l'intrusion de tout corps étranger. Ainsi est considéré comme étrangère voire déviant toute personne s'inscrivant en faux contre les normes stipulées au sein d'une communauté.

Au demeurant, l'approche culturelle mise en œuvre par DOUGLAS dans l'analyse de la perception des risques conduit inévitablement à se rappeler des réflexions des auteurs comme HERZLICH qui a le mérite d'aborder et de documenter les questions sanitaires dans une perspective socio culturelle. En effet, au moment où DOUGLAS estime que la perception et la gestion des risques participent à la constitution de l'ordre social, HERZLICH demeure convaincue que l'étude de la santé et de la maladie sont importantes de ce qu'elle nous apprend de notre société en termes de représentations, de croyances etc.

Cependant, la mise en œuvre de la sociologie du risque tarde à être effective à cause de la faiblesse de la production de connaissances théoriques et empiriques rendant compte de l'opérationnalité de cette branche de la sociologie dans l'étude des catégories sociales dont le risque. En revanche, les travaux de DOUGLAS constituent entre autres productions (Ulrich BECK et Anthony GIDDENS) un outil précieux dans la littérature de la sociologie du risque. En effet, l'approche culturelle adoptée par DOUGLAS dans l'analyse de la perception et de la gestion des risques s'appuie sur une typologie « grid- group ». Celle-ci consiste à reconnaître qu'à chaque type d'institution correspond un ensemble d'attitudes à l'égard des dangers et des risques. Cette typologie est d'autant plus importante qu'elle nous renseigne sur la formation des conduites de prévention. L'approche culturelle a été ainsi empiriquement mise en œuvre dans le domaine du sida pour pouvoir identifier et analyser l'ensemble des perceptions développées à l'égard de cette pandémie et les institutions auxquelles ces perceptions correspondent.⁴⁰ C'est sous ce rapport qu'a été rendue évidente la possibilité de la

⁴⁰ CALVEZ M. (1989), *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au sida*, IRTS de Bretagne, Rennes.

mise en œuvre de l'approche culturelle du risque dans le champ médical où santé et maladie ne sont plus des thèmes enclos dans les réflexions exclusivement biomédicales.

Encore qu'elle reste un modèle d'analyse précieux dans la façon dont il permet de mettre en évidence les propriétés culturelles et sociales des risques et de rendre intelligibles ces derniers dans différents contextes de l'organisation sociale, l'approche culturelle proposée par DOUGLAS n'a pas été renforcée par des productions empiriques attestant de la pertinence de l'approche dans les autres questions de santé où le risque ne peut être appréhendé en s'appuyant exclusivement sur l'approche holistique. L'établissement d'une relation d'homologie entre le corps humain quotidiennement traqué par l'intrusion des germes et le corps social devant faire face constamment aux dangers et incertitudes pouvant compromettre sa santé, montre comment DOUGLAS dans son approche a occulté les actions stratégiques des acteurs dans l'évaluation, la perception et la gestion des risques auxquels ils sont exposés. Autrement dit le rôle que joue l'acteur dans le système auquel il appartient n'est pas sans être déterminant dans le processus de production des formes de conduites de prévention les plus appropriés aux risques potentiels.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Cadre Méthodologique

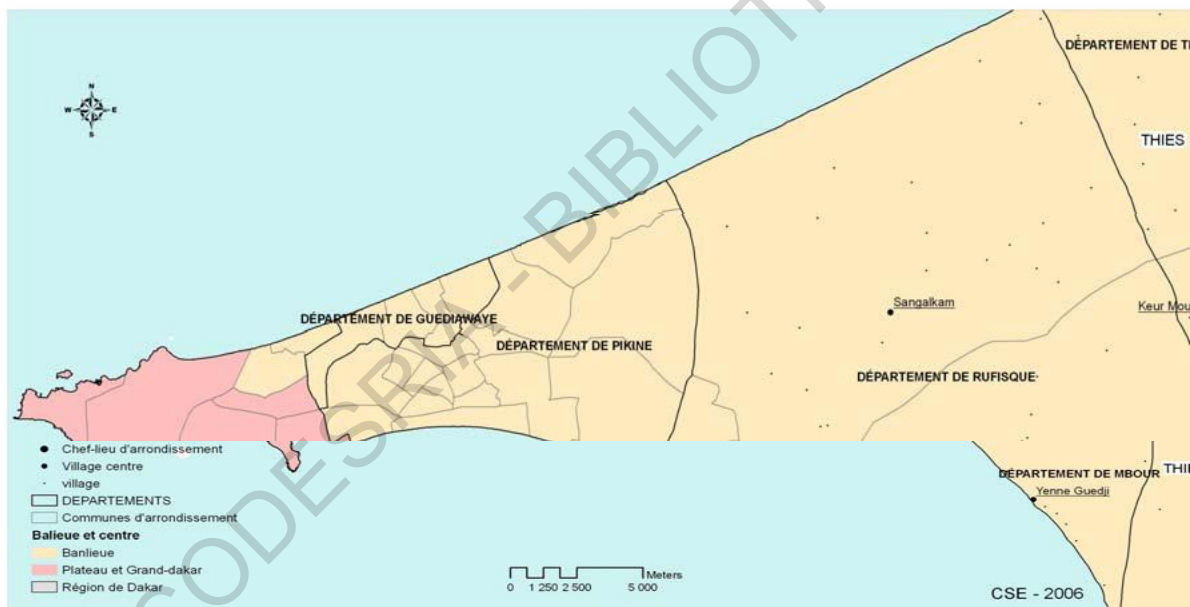
CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I Cadre d'étude :

Notre étude portant sur les représentations et connaissances des femmes sur le cancer du col de l'utérus, cadrer notre étude au niveau de la région de Dakar. Ce choix n'est pas fortuit. En effet, Dakar capitale du Sénégal, est une région qui se singularise d'abord par sa position géographique à l'intérieur du territoire sénégalais, par sa démographie, par aussi un fait qui selon certains observateurs doit subir une correction et qui est un fait non moins lié à la concentration de toutes les infrastructures de base dans la région de Dakar à savoir celles relatives à la santé, à l'éducation etc.

La région de Dakar abrite l'institut national du cancer qui constitue au Sénégal, la seule structure médicale devant prendre en charge tous les malades souffrant du cancer. C'est ainsi que nous allons passer à la présentation de cette région qui constitue par ailleurs notre cadre d'étude

1-Situation géographique



Dakar est une région qui se situe dans la presqu'île du Cap Vert et s'étend sur une superficie - de 550 km², soit 0,28% du territoire national. Dakar est comprise entre les 17° 10 et 17° 32 de longitude Ouest et les 14° 53 et 14° 35 de latitude Nord. Elle est limitée à l'Est par la région de Thiès et par l'Océan Atlantique dans ses parties Nord, Ouest et Sud.

Sa position géographique fait de lui une zone de carrefour, incontournable c'est à dire qu'il s'agit d'un passage obligé pour tous les moyens de transport faisant la liaison entre l'Europe et les Amériques. Dakar, constitue l'un des sites de la côte ouest africaine les plus rapprochés de l'Amérique tropical. Par conséquent, ces atouts géostratégiques ont valu à Dakar le

développement de beaucoup de fonctions l'ayant conduit à devenir le symbole de l'Afrique Française Occidentale (AOF) pendant plusieurs décennies.

Au plan économique, Dakar constitue un véritable centre industriel de la sous région. En effet, implantée à proximité du port, le long de la baie de Hann jusqu'à Rufisque, Dakar est dotée de grosses unités industrielles assurant la transformation des produits locaux destinés à l'exportation de ceux-ci au niveau du marché local. La région de Dakar est difficilement ou rarement égalée par rapport aux autres régions du Sénégal. Comparée aux autres régions de l'intérieur du Sénégal, la différence est d'autant plus flagrante qu'aucune de ces régions ne parvient à talonner la région de Dakar ni au niveau démographique, ni au niveau des services publics, ni au niveau des activités et de l'emploi.

En effet, la région se singularise de ce qu'elle constitue un vaste réseau de communication. Le port et l'aéroport de Dakar forment un point de jonction entre l'Europe, l'Afrique de l'Ouest et les Amériques et servent de porte de sortie pour les pays limitrophes. Par ailleurs on assiste à un développement qualitatif et quantitatif des télécommunications grâce au foisonnement des opérateurs. Ce qui par conséquent contribue à conforter la place de la région dans un contexte fortement marqué par la mondialisation. Malgré la politique d'aménagement du territoire, de développement régional et de décentralisation, Dakar regorge l'essentiel des emplois permanents dans le pays. Cette capacité polarisatrice de la région de Dakar, est la conséquence d'une forte densité du réseau routier du pays, favorisant ainsi les liaisons verticales nécessaires à l'économie d'exportation. Aussi estime t- on que 75 % des trajets intérieurs de marchandises ont pour point de départ ou de destination Dakar.⁴¹

C'est une région qui constitue également un creuset culturel avec l'implantation de l'université Cheikh Anta DIOP de Dakar et celle de nombreux instituts et écoles supérieures de formation.

2- Structure et Evolution Démographique:

Dakar est la région la plus peuplée du Sénégal avec 2 428 155 habitants en 2007 soit 21,4% de la population totale du pays estimée 11 360 985 habitants. Cette situation est non moins liée à la concentration de l'essentiel des infrastructures économiques, culturelles, sanitaires, sociales dans la région de Dakar d'où le phénomène récurrent de l'exode rural vers cette

⁴¹ MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, ANSD, *Situation Economique et Sociale de la région de Dakar de l'année 2007/SRSD de Dakar*, Rapport final

région de transit pour l'émigration internationale. L'exode rural qui est une des modalités stratégiques de réussite développées par les acteurs, est pour des réalités sociologiques beaucoup plus pratiqué par les hommes.

Aussi, dans la région de Dakar, les femmes légèrement moins nombreuses que les hommes, représentent-elles 49,9% contre 50,1% chez les hommes.⁴²

Par ailleurs, la population de Dakar, demeure une population très jeune. En effet, la tranche d'âge de moins de 35 ans est estimée à 72,6% ce qui traduit que la population jeune représente plus des deux tiers de l'ensemble de la population de la région de Dakar. Par contre la tranche d'âge de 60 ans et plus ne constitue que 3,5% de la population de Dakar.

En revanche, si les femmes sont statistiquement moins importantes que les hommes, leur espérance de vie n'en demeure pas moins élevée. En effet, l'espérance de vie chez les hommes est de 58,4 ans contre 61,3 ans chez les femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée en 2007 à 59,8 ans dans la région de Dakar.

II Processus de collecte :

Une étude cas-témoins sur le cancer du col de l'utérus en termes de connaissances et de représentations, nous a conduits à documenter l'ensemble des questions relatives aux MST, à la santé reproductive de manière générale, dans leur dimension universelle, mais aussi dans leur dimension locale. Autrement dit, autant nous nous sommes intéressés aux conceptions biomédicales, dites conventionnelles de la santé sexuelle, reproductive des populations, autant nous avons porté un focus aux conceptions populaires dites non conventionnelles relatives aux maladies sexuellement transmissibles. C'est dans cette perspective que nous avons ciblé les principales structures dont les actions ne sont pas des moindres quant à la diffusion des informations relatives aux moyens de prévention, à la prise en charge thérapeutique etc.

En effet nous nous sommes rendus à l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF) dont la vocation reste orientée vers la promotion du bien être familiale et qui compte à son actif un anapathe pour la lecture des résultats du frottis. Cette structure avec la ligue sénégalaise contre le cancer (LISCA) a mis au profit des femmes les dispositifs relatifs à

⁴² Source : SRSD de Dakar à partir des projections de la population de la région de Dakar de 2002 à 2012, ANSD juin 2008

la prévention contre le cancer invasif du col en ayant formé des sages femmes aux techniques de dépistage qui permettent de détecter précocement les lésions précancéreuses.

Sachant que l'évaluation des connaissances des femmes sur le cancer du col n'est réalisable que par rapport aux informations fournies par les professionnels de santé en l'occurrence les cancérologues, nous avons jugé impératif dans le cadre de notre étude, de nous rapprocher du Docteur Abdou Aziz KASSE cancérologue, chirurgien qui compte à son actif une association qui s'appelle « Prévenir ». Après l'entretien qu'il nous a accordé, il nous a invités à prendre part aux réunions que l'association tient tous les Vendredi à son siège.

Après quoi nous sommes convenus de faire une observation directe à l'hôpital Aristide le Dantec abritant l'institut national du cancer, à la clinique des mamelles et au centre de santé Philippe Maguilene Senghor.

Nos sites de collectes sont constitués en effet des sites suivants :

L'hôpital Aristide le Dantec qui se situe au Sud-est de Dakar

La clinique des mamelles qui se situe sur la route du Ngor un quartier résidentiel qui se situe au Nord de la presqu'île du Cap-Vert.

La maternité de la commune d'arrondissement de Yeumbeul Nord qui compte à son actif un centre de dépistage et organise en effet grâce à l'appui de la coopération polonaise et l'ONG Culture du Monde des journées de dépistage à l'issue desquelles, il sera possible d'identifier celles qui sont porteuses du Virus Papilloma Humain (HPV), celles qui ont des lésions précancéreuses. Cette maternité polarise douze milles habitants.

Le centre de santé Philippe Maguilene Senghor qui se situe dans la commune de Yoff. Celle-ci se trouve sur la pointe Nord-Ouest de la presqu'île du Cap-Vert⁴³

1-Le choix des outils d'investigation :

Une étude sur les connaissances et les représentations des femmes sur le cancer du col de l'utérus ne saurait être appréhendée sans recourir à la triangulation des approches qualitatives (entretiens semi-directifs et observation directe) et quantitatives (questionnaires). Ce choix n'est pas fortuit. Une telle étude, revient en effet, d'une part à évaluer les connaissances des femmes sur le cancer du col quant aux moyens de préventions et de traitement, d'appréhender leurs perceptions de risque au plan comportemental mais aussi de mettre en relief les aspects épidémiologiques qui participent à la formation du profil à risque du cancer du col utérin.

⁴³ www.senegalaise.com/senegal/messagerie.php
[Http:// villededakar.org/categorie/santé/centres -et -postes](http://villededakar.org/categorie/santé/centres-et-postes)

D'une autre part, le choix est aussi guidé par le besoin de comprendre et d'identifier les représentations des femmes sur les menaces qui compromettent leur santé sexuelle et reproductive telle l'est le cancer du col utérin. Cela dans le but de pouvoir placer ces représentations et connaissances des femmes dans un ou plusieurs contextes pouvant être socialement, culturellement ou économiquement déterminés.

2-Echantillonnage :

La définition des unités d'observation s'est fait avec la population féminine qui constitue la cible exclusive du cancer du col de l'utérus, avec les professionnels de santé qui jouent un rôle dans l'itinéraire thérapeutique des personnes atteintes du cancer du col et qui constituent par ailleurs des acteurs dans le processus de diffusion des informations et connaissances relatives aux modes de prévention et de traitement du cancer du col.

Dans une perspective comparative, nous avons apparié les femmes atteintes du cancer du col utérin qui constituent notre cible principale aux femmes qui ne sont pas atteintes de ladite maladie qui formeront ainsi le groupe contrôle ou groupe témoin. Le choix porté sur une étude cas-témoins est guidé par l'objectif d'évaluer de manière comparative l'ensemble des observations faites sur les cas (femmes atteintes du cancer du col utérin) et les témoins (femmes non atteintes du cancer du col).

Ce choix est d'autant plus rationnel qu'elle nous a permis d'identifier les différences de profil entre cas et témoins en même temps qu'elle nous permet de vérifier l'indépendance de ces différences.

a) Echantillonnage par grappe à deux degrés pour les patientes du cancer du col de l'utérus:

Nous avons fait un échantillon par grappe à deux degrés. En effet, nous avons en premier lieu consulté les dossiers médicaux des patientes qui ont le cancer du col de l'utérus pour les contacter avant de nous entretenir avec eux. Nous avons également séjourné à l'hôpital Aristide le Dantec et à la clinique des mamelles pour rencontrer les patientes atteintes du cancer du col et qui viennent sur rendez-vous et que nous recevons après ou avant d'être consultés par les médecins. Et en dernier lieu nous nous sommes entretenues avec les femmes déclarées cliniquement atteintes du cancer du col lors des dépistages à Yeumbeul. En somme, nous avons fait des entretiens pour un effectif de quatorze (14) femmes ayant le cancer du col dont quatre (4) consultées à la clinique des mamelles, deux (2) à la maternité de Yeumbeul et huit (8) à l'hôpital Aristide le Dantec.

b) Echantillonnage par grappe à deux degrés pour les femmes n'ayant pas le cancer du col:

Au niveau des femmes qui ne sont pas atteintes du cancer du col de l'utérus. Au premier degré nous avons ciblé les femmes qui sont déjà dépistées au centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR. Au second degré on a choisi au sein de ce groupe de femmes déjà dépistées, les femmes qui ne présentent pas de lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus. Ces femmes rencontrées habitent toutes à Yoff et constituent un effectif au nombre de dix (10).

3-Critères de recrutement des personnes interrogées:

a-Critères d'inclusion :

La nature de notre sujet est d'une complexité telle que la définition de la taille de l'échantillon a priori peut porter atteinte à la qualité de nos résultats découlant de l'approche quantitative (questionnaires). Les femmes non atteintes du cancer du col de l'utérus constituent à la fois en effet notre cible secondaire le groupe témoin, lesquels témoins ne peuvent être identifiées comme celles répondant à nos critères d'inclusion que lorsqu'elles présentent le profil de femmes non atteintes, lequel profil ne peut être validé cliniquement que par les professionnels de santé. Or l'accès aux femmes présentant ce profil est généralement assuré que pendant les journées de dépistage où les femmes par l'effet de la médiatisation de ces journées viennent en majorité répondre à l'invitation. Par conséquent, nous avons jugé plus prudent dans l'opérationnalisation de nos outils d'investigation de nous rendre à la journée de dépistage qu'avait organisée l'Association des Agents de Santé au centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR de la commune de Yoff.

A l'occasion de cette journée de dépistage, deux cent quatre femmes (204) ont été dépistées par le professeur Abdou Aziz KASSE et par son staff médical de la clinique des mamelles. A l'issue de cette journée de dépistage on a enregistré 137 femmes examinées à l'aide d'une colposcopie et qui ne présentent aucune anomalie c'est-à-dire qui n'ont pas de lésions précancéreuses contre 67 femmes ayant subi le même examen et qui présentent des anomalies c'est-à-dire des lésions précancéreuses. C'est ainsi que nous avons taillé notre échantillon devant former le groupe témoin à partir de cet effectif des femmes identifiées sous le code de « RAS » sigle signifiant rien à signaler dans le jargon médicale. Cette appréciation est marquée sous forme de compte rendu sur la fiche des femmes dépistées.

Par conséquent, est exclue de l'étude toute femme n'ayant pas fait de dépistage ou un quelconque examen permettant de la situer soit dans le groupe de femmes qui sont atteintes du cancer du col invasif soit dans le groupe de celles qui ne sont pas atteintes du cancer du

col invasif, est également disqualifiée toute femme présentant des lésions précancéreuses confirmées après le dépistage. Les critères d'inclusion correspondent donc aux groupes de femmes présentant le profil suivant :

- Femmes ne présentant aucune anomalie après dépistage,
- Femmes ayant le cancer du col invasif qui sont en cours ou en début de traitement

b-Le questionnaire :

En effet, notre choix de recourir à cet instrument de quantification est guidé par notre objectif de mesurer le niveau de connaissances chez les cas et chez les témoins. L'évaluation a consisté à scorer chaque modalité de réponse par les scores 1 et 0. Les réponses exactes seront notées par le chiffre 1, les réponses fausses seront notées par le chiffre 0. Les cinq rubriques suivant qui composent le questionnaire ont été élaborées pour mettre en évidence les éléments constitutifs du profil à risque et c'est la raison pour laquelle nous avons inclus les variables cliniques.

- Le caractère sociodémographique des femmes
- Les antécédents gynécologiques et obstétricaux des femmes
- Les comportements quotidiens des femmes en matière d'alimentation.
- Les antécédents cliniques familiaux
- Connaissances sur la situation du cancer, sur les facteurs à risque, sur les techniques de prévention

Les cas sont au nombre de quatorze (14). Pour chaque cas nous avons apparié cinq témoins pour rendre davantage significatives les différences. Nous aurons ainsi au total 84 enquêtées soit 70 témoins extraites de l'effectif des femmes (137) qui ont été dépistées et qui n'ont aucune lésion précancéreuse. Ces femmes ont été dépistées sur le même lieu, par le même staff médical et avec le même matériel médical. Aussi, sommes-nous à l'abri de tout biais de classement.

Le traitement des données quantitatives a été effectué sur le logiciel statistique SPSS version 18.

c-Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est constitué de différentes thèmes permettant entre autres de situer les représentations des femmes sur la maladie dans un ou plusieurs contextes, d'apprécier les relations entre les femmes atteintes et leur environnement social, d'appréhender la perception des malades sur les institutions thérapeutiques auxquelles elles ont recours, d'appréhender la perception des professionnels de santé sur la situation de la maladie et les stratégies élaborées

pour la sensibilisation des femmes sur la maladie. L'inclusion des professionnels de santé dans nos unités d'observation est indispensable à deux niveaux. D'une part on ne peut pas a priori évaluer le niveau de connaissance des femmes sur les facteurs à risque, sur les techniques de prévention, sur les causes de la maladie sans pour autant associer les professionnels de santé quant à l'exactitude des réponses.

D'autre part, c'est avec les informations recueillies auprès des professionnels de santé, du staff médical qu'il est possible de rapprocher les dimensions médicales de la maladie des dimensions psychosociologiques. Par exemple l'impact de la maladie sur la vie sexuelle de la femme qui est sujette à des complications et tout ce que cela peut engendrer comme conflit dans la vie conjugale ou familiale de la femme atteinte du cancer du col.

La définition de la taille de l'échantillon a été effectuée en respectant les critères de diversification et de saturation.

4- Observation directe :

Nous avons effectué une observation directe au centre de santé Philippe Maguilène Senghor. Ainsi avec l'autorisation du staff médical de la clinique des Mamelles, qui est constitué par ailleurs des membres de l'association Prévenir, nous avons pu être présentes dans la salle où sont dépistées les femmes. Par contre, à l'hôpital Aristide le Dantec, nous nous sommes contentées d'attendre les médecins qui nous mettent en rapport avec les femmes qu'ils ont déjà consultées.

III Difficultés et limites de L'étude :

1-Difficultés rencontrées :

Naturellement, on ne peut mener une recherche sans pour autant faire face à des difficultés. A notre niveau, nous avons surmonté pendant notre exploration documentaire des difficultés. Celles-ci sont relatives à la rareté d'une littérature documentant les déterminants psychosociologiques des comportements et profils à risque des femmes par rapport au cancer du col de l'utérus. Les rares données que nous avons recueillies à ce niveau l'ont été sur la base de documents électroniques téléchargés au niveau du siège de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Sénégal sis à Almadies.

Nous avons par ailleurs surmonté des obstacles relatifs à la définition de la taille de notre échantillon devant être déterminé à partir d'une base de sondage quasi inexistante sur les femmes qui ont été dépistées et déclarées cliniquement non atteintes du cancer du col. Il en est de même pour les femmes atteintes du cancer du col. Cette situation s'explique par une incohérence organisationnelle notée au niveau des institutions thérapeutiques prenant en

charge l'itinéraire thérapeutique des patientes du cancer du col. A titre d'illustration nous citons l'hôpital Aristide le Dantec qui abrite en son sein l'Institut du cancer du Sénégal. Ce dit institut quoique assailli quotidiennement par les populations des différentes régions du Sénégal ne dispose pas pour autant d'un registre de cancérologie permettant de classer les cancers suivant leur typologies, leurs taux d'incidence etc. L'absence d'un registre dans ces dites institutions devant disposer de base de données sur les patientes du cancer du col rendent compte des difficultés à faire le point sur la situation de la maladie au Sénégal.

L'accès aux personnes devant autoriser notre introduction dans les sites de collectes n'a pas été possible sans grande difficulté. La plupart de ces personnes qui sont pour la plupart des professionnels de santé ne sont accessibles que sur la base d'un rendez-vous. Un rendez-vous accordée aux prix des appels téléphoniques et des vas et vient incessants et aux bout duquel on vous sert la phrase suivante : *Docteur n'est toujours pas disponible et il ne reçoit que sur rendez-vous*. De ces rendez-vous avec ces professionnels de santé, vont naître d'autres difficultés.

En effet, une fois reçus par les professionnels de santé qui nous mettent en contact avec les personnes que nous allons interroger, ils nous proposent des approches méthodologiques inappropriées à nos objectifs de recherche. En effet, ils souhaitaient que les thèmes structurant notre guide d'entretien soient formulés sous forme de questionnaires utilisés dans les enquêtes de comportements des malades et ceux des soignants. Cette attitude de ces membres du staff médical ayant du mal à reconnaître et à accepter les différences d'approches méthodologiques en fonction des disciplines a été un obstacle difficilement surmontable puisque qu'il nous a valu des rendez-vous plusieurs fois reportés perturbant ainsi notre chronogramme. C'est avec beaucoup de peine finalement que nous avons réussi à leur faire comprendre que nous menons une étude dans une perspective sociologique, de ce fait, il nous faut des entretiens semi directifs approfondis pour pouvoir appréhender la personne dans plusieurs dimensions déterminant son comportement, ses attitudes et pratiques (CAP).

L'autre difficulté notoire rencontrée pendant notre exploration empirique sur le terrain correspond à la manière dont nous sommes perçus dans les structures sanitaires. En effet, il nous est arrivé plusieurs fois de rencontrer des enquêtées qui quoique avoir été informées sur le but de notre présence dans ces dites structures, ne manquent pas pour autant de nous faire jouer un rôle inscrit en dehors de nos objectifs et de nos champs de compétences. Lors de nos entretiens avec les patientes atteintes du cancer du col, certaines d'entre elles se plaignant du coût thérapeutique qu'elles trouvent hors de leur portée, vous prient du coup de revoir le montant à la baisse, de les mettre en rapport avec des gens ou avec des structures humanitaires qui les aideront à couvrir leurs frais médicaux et à subvenir à leurs besoins, à

ceux de leurs familles qu'elles n'arrivent plus à assurer à cause de la maladie. Quant aux femmes qui constituent notre groupe contrôle et que nous avons extraites de l'effectif des femmes dépistées au centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR, nous en avons rencontrées certaines qui vous demandent de leur prescrire des médicaments, de leur faire un pronostic clinique sur l'état de santé ou d'un de leurs membres ou parents présentant des symptômes ou douleurs. Il nous revient ainsi de leur rappeler que notre rôle se limite exclusivement à leur poser des questions auxquelles elles doivent répondre avec consentement. Certaines d'entre elles s'en désolent et en arrivent à s'épancher sur des questions évasives qui n'entrent pas dans la thématique du guide d'entretien.

Par ailleurs nous nous sommes confrontés aux problèmes d'accessibilité de salles dans lesquelles nous pouvons nous entretenir avec les patientes sans porter atteinte à leur droit à la confidentialité. Cette difficulté a été particulièrement notée au niveau de l'hôpital Aristide le Dantec où nous avons été plusieurs fois dérangés en cours d'entretien avec les patientes pour nous demander de céder la salle aux médecins, aux chimiothérapeutes.

2-Les limites de l'étude:

Les difficultés méthodologiques auxquelles nous nous sommes confrontés dans cette étude, rendent compte des limites de celle-ci. Nous avons noté des biais relatifs aux critères de sélection des unités d'observations. En effet, nous n'avons pas pu comparer les cas de cancer du col utérin actuel avec leurs témoins, ceux du passé avec leurs témoins et ceux à venir avec leurs témoins.

L'autre limite notée, est relative à la taille réduite de l'effectif des femmes atteintes du cancer. Dans ces conditions, cette présente étude met à notre disposition des données préliminaires qui mériteraient d'être confirmées par d'autres enquêtes à une échelle plus étendue et incluant plus de cas.

Analyses et Interpretations des données

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I Analyses des données quantitatives :

1-Tableau relatif au niveau de connaissances selon le niveau d'instruction

Connaissance globale	Niveau d'instruction	N	MOYENNE	ECART-TYPE	ERREUR STANDARD MOYENNE
Le cancer du col fréquent au Sénégal	> = 1	57	0.72	0.453	0.060
	< 1	27	0.59	0.501	0.096
Le cancer du col plus fréquent que le sida	> = 1	57	0.35	0.481	0.064
	< 1	27	0.26	0.447	0.086
Le cancer du col plus fréquent que les autres cancers	> = 1	57	0.39	0.491	0.065
	< 1	27	0.19	0.396	0.076
Total connaissances situation du cancer	> = 1	57	1.39	1.146	0.152
	< 1	27	1.00	1.038	0.200
Cancer du col causé/manque d'hygiène	> = 1	57	0.12	0.331	0.044
	< 1	27	0.00	0.000	0.000
Cancer du col causé/virus	> = 1	57	0.39	0.491	0.065
	< 1	27	0.26	0.447	0.086
Cancer du col causé/vagabondage sexuel	> = 1	57	0.58	0.498	0.066
	< 1	27	0.48	0.509	0.098
Cancer du col causé/par le tabac	> = 1	57	0.47	0.504	0.067
	< 1	27	0.37	0.492	0.095
Cancer du col causé/fumées domestiques	> = 1	57	0.58	0.498	0.066
	< 1	27	0.48	0.509	0.098
Cancer du col causé/grossesses précoces	> = 1	57	0.49	0.504	0.067
	< 1	27	0.33	0.480	0.092
Cancer du col causé/contraception orale	> = 1	57	0.11	0.310	0.041
	< 1	27	0.07	0.267	0.051

Causé/précocité rapport	> = 1	57	0.40	0.495	0.066
	< 1	27	0.37	0.492	0.095
Connaissance globale	Niveau d'instruction	N	MOYENNE	ECART-TYPE	ERREUR STANDARD MOYENNE
Causé/partenaires sexuels multiples	> = 1	57	0.51	0.504	0.067
	< 1	27	0.41	0.501	0.096
Total connaissances facteurs de risque	> = 1	57	3.68	2.392	0.317
	< 1	27	2.78	2.694	0.518
Le dépistage protège du cancer du col	> = 1	57	0.81	0.398	0.053
	< 1	27	0.70	0.465	0.090
Le dépistage s'appelle frottis	> = 1	57	0.61	0.491	0.065
	< 1	27	0.19	0.396	0.076
Le vaccin protège du cancer du col	> = 1	57	0.46	0.503	0.067
	< 1	27	0.30	0.465	0.090
Le vaccin s'appelle cervarix	> = 1	57	0.09	0.285	0.038
	< 1	27	0.00	0.000	0.000
Le condom protège du cancer du col	> = 1	57	0.09	0.285	0.038
	< 1	27	0.00	0.000	0.000
Total connaissances prévention	> = 1	57	2.09	1.299	0.172
	< 1	27	1.19	1.039	0.200

● **> = 1: instruite**

SOURCE : NDEYE FATOU CISSE (2011)

● **< 1: non instruite**

Il ressort ainsi que le niveau d'instruction agit légèrement sur le niveau de connaissance en faveur des femmes instruites. Toutefois, cette situation ne traduit point que les femmes qui n'ont pas le cancer du col utérin et celles qui ont été instruites, ont un niveau de connaissance capable de générer chez elles des changements de comportement. Lesquels changements peuvent se traduire par une capacité d'action qui peut les mettre dans des situations telles qu'elles arriveront à faire face et à dompter les risques liés au cancer du col utérin. Il importe ainsi de mettre sur pied des mécanismes pouvant faciliter aux femmes l'accès aux informations et aux connaissances relatives aux facteurs de risque et aux moyens de prévention du cancer du col utérin.

Cette manière d'investir les femmes d'un pouvoir d'action en renforçant leur niveau d'information et de connaissances, revient ainsi à les inciter à diminuer, à revoir à la baisse leur seuil de tolérance qui est due, d'une part, à l'absence d'informations relatives aux symptômes, aux formes de préventions du cancer du col et d'autres parts à une situation économique peu reluisante des femmes. Laquelle situation rend les femmes ainsi à porter moins attention aux besoins sanitaires qu'elles jugent souvent moins prioritaires que les autres besoins de la famille dont la prise en charge relève de leur ressort.

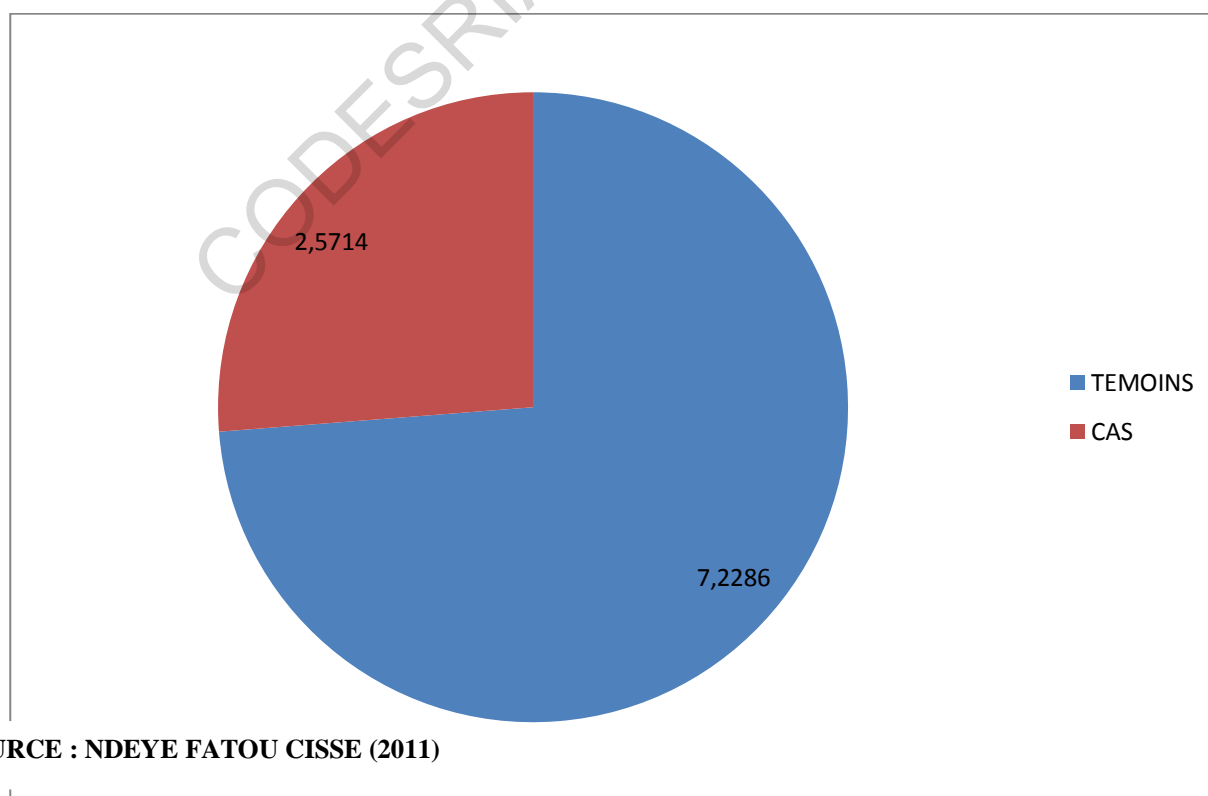
CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

2-Tableau relatif aux connaissances du cancer du col selon le statut des enquêtées :

	STATUT DU PATIENT	N	MOYENNE	ECART-TYPE	ERREUR STANDARD
CONNAISSANCES GLOBALES SUR LE CANCER	TEMOINS	14	7,2286	3.98610	0,47643
	CAS	70	2,5714	3.32159	0,88773

Nous notons un niveau de connaissances plus faible chez les femmes vivant avec le cancer du col de l'utérus qui ont obtenu un score moyen de 2,5714 contre un score moyen de 7,2286 en faveur des femmes qui n'ont pas le cancer.

Force est toutefois de reconnaître que cette variabilité de niveau de connaissance entre les cas et les témoins ne signifie point que ces derniers disposent de toutes les informations relatives aux facteurs de risque, aux modes de prévention et à la situation de la maladie. Par conséquent, il revient de sensibiliser les femmes, quelque soit leur statut clinique pour les inciter à s'approprier les connaissances et informations nécessaires au changement de comportements. Lesquels comportements méritent d'être documentés pour rendre perceptibles les éléments constitutifs de ce que les professionnels de santé appellent le comportement à risque.



SOURCE : NDEYE FATOU CISSE (2011)

3-Les comportements à risque :

Défini comme l'ensemble des réactions et conduites objectivement observables, le comportement d'un individu n'est pas sans être déterminé par l'ordre social auquel il appartient. Les comportements des femmes évalués en rapport avec la maladie, renseignent de ce point de vue sur les comportements socialement normalisés et légitimés. C'est ainsi que certains comportements observés par les femmes ne sont pas socialement perçus comme des comportements à risque puisque c'est des comportements dont la plupart sont inscrits dans l'ordre normal des choses. Ainsi le nombre de partenaires sexuels déterminé dans notre étude par le nombre de mariages, le nombre de coépouses (la polygamie), l'encens dans les chambres, la précocité des rapports sexuels, la précocité des grossesses, le tabagisme etc. sont autant de facteurs de risque que leur degré de différence entre les cas et les témoins sont sortis très significatives (Cf. tableau relatif aux différences des variables entre les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus (cas) et celles qui ne sont pas atteintes de ladite maladie (témoins)).

La tendance à normaliser certains comportements qui sont cliniquement considérés comme des comportements à risque nous a conduits dans cette étude à interroger les circonstances dans lesquelles se produisent ces dits comportements.

4-Les facteurs de production des comportements à risque :

En effet, dans le discours des femmes atteintes du cancer nous constatons que celles-ci observent un comportement non moins lié à ce qu'on appelle un seuil de tolérance élevé du mal (KITTS, ROBERTS, 1996). Les deux dames rencontrées à Yeumbeul en donnent une parfaite illustration.

L'une du nom de A.B nous dit en ces termes : *« avant j'avais l'habitude d'avoir des maux de ventre et je me disais que c'est normal en tant que femme d'avoir des douleurs quand elle voit ses règles mais même quand je ne voyais pas mes règles, je constatais que mon ventre se gonflait de temps en temps. »* et à la question de savoir si elle s'était rendu auprès des services sanitaires pour le leur signaler, elle répond : *« non car je me disais que peut être c'est pas grave puisque mon ventre ne gonflait que de temps en temps sans douleur »*

Le comportement de cette dame K.D qui doit faire une opération au niveau du col, ne s'éloigne pas trop de celui de la précédente qui déclare que *«...jusqu'au moment là où je vous parle, je ressens des douleurs atroces au niveau de mes reins »* et à la même question, elle nous sert cette réponse : *« vous savez quand vous êtes mère de famille en charge de beaucoup d'enfants et des sœurs tu ne peux pas t'occuper de ta santé comme il le faut à cause de frais liés à la nourriture de la famille, aux festivités comme les habits à faire coudre aux enfants, et moi je ne vends que*

du couscous et ce que je gagne est loin de me permettre de payer pour l'opération qu'on me demande de faire. »

Aussi le seuil de tolérance élevé des femmes par rapport au mal est- elle respectivement lié au niveau de connaissance très faible sur les signes alertes du cancer du col et à une situation économique très précaire dans laquelle sont tenues les femmes. Ainsi se trouve confortée la thèse suivant laquelle l'absence du pouvoir de contrôle des femmes sur les ressources financières, les conduisent à prioriser certains besoins au détriment de leur bien être sanitaire.⁴⁴ Autrement dit, l'aisance économique augmente la propension des femmes à recourir moins le risque d'être atteinte du cancer du col de l'utérus que les femmes qui vivent dans des situations économiquement inconfortables.⁴⁵ C'est sous rapport que le directeur de l'Institut National du Cancer nous affirme que « *le bas niveau économique est entre autres facteurs caractérisant le Sénégal comme un espace fertile au cancer du col de l'utérus.* » Au demeurant, le niveau de connaissance faible des femmes sur le cancer du col suivie d'une situation marquée par une production des croyances populaires structurées par une représentation sur le cancer du col et le risque d'en être atteinte, nécessitent d'aborder la question relative aux stratégies de communication pour la diffusion des informations et connaissances nécessaires aux changements de comportement

⁴⁴ *Le droit à la santé Au-delà de la grossesse et de la reproduction*

⁴⁵ *Programmes de dépistage du cancer du col, guide du gestionnaire, Chap III « Mise en œuvre et évaluation du dépistage du cancer du col »*

5-Tableau relatif aux différences des variables entre les femmes atteintes du cancer du

Variables	Statuts	Moyenne	Degré
Partenaires sexuels	Témoins	1.1857	0.005
	Cas	1.8571	
Nombres de mariage	Témoins	1.1857	0.000
	Cas	1.7143	
Nombres de coépouses	Témoins	0.5286	0.040
	Cas	1.3571	
Nombres de tasses de café actuels	Témoins	1.23	0.021
	Cas	1.00	
Nombres de tasses de café passé	Témoins	1.00	0.016
	Cas	1.33	
Verres de vin actuel	Témoins		0.026
	Cas	1.00	
Verres de bières actuels	Témoins		0.003
	Cas	1.00	
Encens ambiances actuels	Témoins		0.001
	CAS		
Cuisine charbon	Témoins		0.004
	Cas		
Cuisine bois	Témoins		0.004
	Cas		
Hémorragies hors des règles	Témoins		0.000
	Cas		
Autres symptômes	Témoins		
	Cas		
Age à la 1 ^{ère} grossesse	Témoins	22.62	0.027
	Cas	18.18	

Age dernière grossesse	Témoins	33.89	0.004
	Cas	32.43	
Nombres d'enfants décédés	Témoins	0.43	0.000
	Cas	1.93	
Nombre intervention gynécologiques	Témoins	0.10	0.001
	Cas	0.29	
Nombres frères malades	Témoins	0.19	0.008
	Cas	0.46	
Nombres frères décédés	Témoins	0.60	0.016
	Cas	1.46	
Fréquences cancer col	Témoins	0.76	0.000
	Cas	0.29	
Cancer col vs sida	Témoins	0.39	0.000
	Cas	0.00	
Causé/virus	Témoins	0.40	0.000
	Cas	0.07	
Cancer col vs autres cancers	Témoins	0.37	0.000
	Cas	0.07	
Connaissances situation cancer	Témoins	1.44	0.001
	CAS	0.36	
Causé/vagabondage sexuel	Témoins	0.61	0.001
	Cas	0.21	
Causé/tabac	Témoins	0.49	0.000
	Cas	0.21	
Causé/par les fumées domestiques	Témoins	0.60	0.045
	Cas	0.29	
Causé/grossesse précoce	Témoins	0.49	0.000
	Cas	0.21	
Causé /contraception orale	Témoins	0.11	0.003
	CAS	0.00	
Causé/rapports sexuels précoces	Témoins	0.41	0.021
	Cas	0.29	
Causé/multi partenariat sexuel	Témoins	0.53	0.000
	Cas	0.21	
CONNAISSANCES FACTEURS DE RISQUE	Témoins	3.76	0.002
	Cas	1.57	
Dépistage précoces du cancer du col	Témoins	0.86	0.003
	Cas	0.36	
Le dépistage s'appelle frottis	Témoins	0.56	0.000
	Cas	0.07	
Le vaccin protège du cancer du col	Témoins	0.44	0.000
	Cas	0.21	

Le vaccin s'appelle cervarix	Témoins	0.07	0.029
	Cas	0.00	
Le condom protège du cancer	Témoins	0.07	0.029
	Cas	0.00	
Connaissances Prévention	Témoins	2.03	0.000
	Cas	0.64	

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

6-Tableau relatif au niveau d’instruction des enquêtes :

Niveau d’instruction	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulée
Sans	27	32.1	32.1
Primaire	26	31.0	63.1
secondaire	28	33.3	96.4
Supérieur	3	3.6	100
TOTAL	84	100.0	

7-TABLEAU relatif au niveau d’instruction des enquêtées selon le statut :

Statut enquêtée		Niveau d’instruction				Total
		Sans	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Témoins	Effectif	19	22	26	3	70
	%compris dans statut témoins	27.1	31.4	37.1	4.3	100
	%compris dans niveau instruction	70.4	84.6	92.9	100.0	83.3
	%total	22.6	26.2	31.0	3.6	83.3
CAS	Effectif	8	4	2	0	14
	%compris dans statut patients	57.1	28.6	14.3	0.0	100
	%compris dans niveau instruction	29.6	15.4	7.1	0.0	16.7
	%total	9.5	4.8	2.4	0.0	16.7
TOTAL	Effectif	27	26	28	3	84
	%compris dans statut témoins cas	32.1	31.0	33.3	3.6	100
	%compris dans niveau instruction	100	100	100	100	100
	%total	32.1	31.0	33.3	3.6	100

Nous avons observé de manière générale qu'il ya moins de femmes instruites chez les cas c'est-à-dire chez les femmes atteintes du cancer du col utérin que chez les femmes non atteintes de ce cancer. Le nombre de femmes qui ont un niveau d'instruction élevé est plus important chez les femmes non atteintes du cancer du col de l'utérus.

On en déduit que l'absence d'instruction des femmes, constitue un facteur prédictif des comportements à risque. L'instruction et l'éducation des femmes constituent des outils et instruments aux moyens desquels la réception des informations et l'adoption des comportements sans risque s'opère avec des obstacles plus ou moins surmontables.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

II Analyses des données qualitatives

1- La situation de la maladie au Sénégal :

Le cancer du col utérin qui est une maladie sexuellement transmissible, est la deuxième forme de cancer gynécologique dans le monde. Il occupe cependant, la première place de cancer gynécologique en Afrique et au Sénégal en particulier. Il est l'un des rares cancers où on a réussi à identifier la cause et pour lequel le diagnostic ne nécessite ni une technique lourde ni un budget exorbitant⁴⁶. Malgré toutes ces caractéristiques qui le distinguent des autres formes de cancer, le cancer du col de l'utérus n'en demeure pas moins fréquent au Sénégal.

L'absence d'un registre de cancers au Sénégal rend difficile la mise au point de la situation du cancer. En effet nous informe le Docteur A.A. K oncologue, chirurgien que « *la fermeture du registre de cancer qui existait jusqu'en 1974, rend presque impossible une répartition des types de cancer en termes de fréquences.* » Par conséquent, il est difficile de donner des chiffres exacts rendant fidèlement compte de la situation du cancer du col de l'utérus au Sénégal. En dépit de ce manquement, le professeur M. DIOP par ailleurs directeur de l'Institut National du Cancer révèle que « *le Sénégal a enregistré pour l'année 2011, mille cent quatre vingt dix sept (1197) cas de cancers du col de l'utérus avec sept cent quatre vingt quinze (795) décès* » soient plus de la moitié 66,41% des femmes qui sont atteintes du cancer du col de l'utérus et qui en meurent. Ce qui revient à constater que sur cinq (5) femmes atteintes du cancer du col de l'utérus, les probabilités de guérison ne concernent environ que deux femmes.

Ce taux de mortalité très élevée est favorisé par un diagnostic très tardif du cancer. Ainsi « *75% des femmes qui viennent à l'hôpital présentent des formes de cancer du col à un stade avancé !* » estime le Docteur A.A. K. En d'autres termes 3/4 des femmes entament l'itinéraire thérapeutique aux stades III et IV de la maladie. « *La plupart des femmes arrivent dans un état d'urgence avec des saignements* » renchérit M.H.D responsable des archives du service de cancérologie de l'hôpital Aristide le Dantec. Le cancer du col devient du coup « *le premier cancer au Sénégal et le premier cancer chez les femmes* » conclut le Directeur de l'Institut du Cancer au Sénégal.

Cette situation constitue l'expression des représentations de la maladie que la société sénégalaise se fait de la santé et de la maladie. La première, est en effet, perçue comme l'absence de symptôme, le silence des organes, la dernière est par contre appréhendée comme la réaction de l'organisme à un mal réel et vécu. Ainsi dans une telle logique de perception, les femmes ne

⁴⁶ Séminaire pour la formation des relais communautaires par le Professeur Abdou Aziz KASSE sur le cancer du col de l'utérus, 05 /10/2011

viennent dans les structures sanitaires que lorsque le mal devient flagrant et insupportable. Or le cancer du col de l'utérus est une maladie qui dans sa genèse est asymptomatique et ne déclare sa présence dans l'organisme que lorsqu'elle aura envoyé ses colonies un peu partout dans l'organisme de la femme. A ce stade, il devient très compliqué pour les pourvoyeurs de soins de faire le pronostic sur la curabilité de la maladie. D'où l'affirmation du Docteur A.A.K « *le cancer du col se guérit s'il est diagnostiqué très tôt mais on ne peut rien faire s'il est avancé.* » De ce point de vue la perception du cancer en tant qu'une maladie incurable et par conséquent mortelle, se voit renforcée.

Au demeurant, la situation de la maladie ainsi dépeinte est confortée par la réunion de multiples facteurs aux déterminants d'ordre différents, faisant du Sénégal un terrain fertile à l'émergence et au foisonnement des maladies chroniques au rang desquels le cancer du col de l'utérus se taille une place de choix. En effet, les réalités sociales, culturelles économiques, politiques contribuent entre autres à la formation des facteurs d'une situation propice à l'invasion du cancer du col de l'utérus au Sénégal.

2-Les représentations du cancer:

a) Le cancer ou le spectre de la mort imminente :

Le cancer est un mot chargé de connotations et de symboliques qui en font une maladie véritablement redoutée. Cela tient sans doute aux modèles explicatifs que servent les médecins dans leurs discours portant sur l'identification de la maladie. Le cancer contient en effet une « *variabilité de maladies dans lesquelles les cellules échappent aux mécanismes de contrôle limitant normalement leur croissance et leur division.* » Les cellules cancéreuses diffèrent des cellules normales dont elles sont issues suite à la perte de contrôle des divisions cellulaires. Ces cellules se divisant de manière continue forment alors des tumeurs. Celles-ci sont qualifiées de bénignes lorsque leurs cellules ont une morphologie semblable à celle du tissu d'origine, si tel n'est pas le cas c'est-à-dire si les cellules ne ressemblent pas à celles d'origines, les tumeurs sont qualifiées de tumeurs malignes. A ce niveau, ces dernières envahissent et assaillent les autres cellules et créent ainsi des métastases.⁴⁷

Si l'étiologie et l'évolution de la maladie dans le corps demeure identique et universelle quant à la description qu'en donnent les institutions biomédicales, la façon d'appréhender le cancer en termes de perceptions, d'expérience, de vécu, demeure elle culturellement déterminée. L'expérience de la maladie est en effet culturellement construite. Les rapports qu'entretient

⁴⁷ Sous la direction de Charles Susanne, Caroline Polet, *Dictionnaire d'anthrobiologie*, Edition de Boeck, 2005, p. 62-63

l'individu malade avec son environnement social, son vécu quotidien de la maladie avec les institutions thérapeutiques, les valeurs et connotations symboliques avec lesquelles son entourage social perçoit sa maladie contribuent entre autres à la formation de son expérience sur sa maladie. Saisir les significations du cancer à partir de l'expérience de chaque individu revient à explorer, à s'immerger et à connaître l'univers culturel des malades. Malgré la diversité des significations portées à l'endroit du cancer la connotation la mieux partagée repose sur la croyance selon laquelle le cancer symbolise la mort. Le cancer reste dans la pensée populaire une maladie acheminant irrémédiablement vers la mort. Cette connotation terrifiante, matérialise en effet, l'imaginaire collectif que l'opinion porte sur le cancer. Ce dernier qui est toujours perçu comme un mal sournois à l'image du diable, du crabe, de l'araignée, du serpent, prêt à dévorer, à se nourrir silencieusement de l'intérieur du corps avant d'installer le désordre dans l'ordre naturel du corps.

Sous ce rapport DOUGLAS n'avait pas tort d'établir la relation d'homologie entre le corps humain perturbé par une force démoniaque invincible et le corps social qui voit une partie de ses membres se soustraire du cercle des rôles répartis. En plus du désordre biologique que le cancer engendre, il bouleverse l'ordre social puisqu'il s'agit d'une maladie qui empêche l'individu de remplir convenablement son rôle au sein de la société. D'où le concept de « *maladie destructrice* » cher à C.HERZLICH

En effet, le cancer transforme le corps qui s'abîme sous les effets des traitements qui ne jugulent pas pour autant l'offensive du mal causant la perte des cheveux, l'amputation, l'affaiblissement. Toutes ces souffrances qui trainent en longueur présagent la « *mauvaise mort* »⁴⁸

Ces qualifications métaphoriques à l'endroit du cancer renvoient à l'image d'un monstre. Ce monstre aux comportements sournois, aux armes lourdes capables d'altérer littéralement le corps, n'a pas pour autant trouver son adversaire de taille capable de réduire ces forces à néant. Cette maladie insidieuse, demeure un ennemi lâche qui assaille le corps n'importe où, n'importe quand sans prévenir. Sa présence est perçue que lorsque le mal est déjà fait. Cette conception de la maladie à caractère asymptomatique qui porte la figure d'un ennemi sournois et subtil, n'est pas loin de celle qu'en a construite notre univers culturel.

En effet, dans notre société, la réception des croyances et valeurs culturelles sur les maladies difficilement ou non curables demeure forte. Une société à obédience culturelle large, la société sénégalaise est une société où la maladie et la santé sont deux choses dont la gestion ne relève

⁴⁸ Aline SARRADON-ECK, *POUR UNE ANTHROPOLOGIE CLINIQUE : SAISIR LE SENS DE L'EXPÉRIENCE DU CANCER* in Ben Soussan (dir) *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*, Ramonville St Agne, Eres, 2004, pp. 31-45

exclusivement pas des seules compétences des institutions biomédicales. Ainsi les modèles explicatifs tenus par ces dites institutions à propos de certaines maladies sont en confrontation avec les institutions socioculturelles qui génèrent des formes de représentations gouvernant nos conduites, nos façons d'appréhender certaines maladies. Ces institutions socioculturelles dont certaines assurent une valeur thérapeutique au sein de la société, sont par ailleurs des recours alternatifs dans un contexte où les institutions biomédicales sont impuissantes devant l'assaut des maladies dont le cancer, le SIDA etc. Ces maladies qui sont perçues comme la réaction divine aux infractions, aux écarts de conduite observés par certains de nos membres de la société par rapport aux normes stipulées en termes de sexualité, sont en quelque sorte un purgatoire dont devront subir ceux qui ont un comportement déviant par rapport aux normes socialement instituées. La lourdeur des sanctions est telle que les maladies perçues comme une sentence face à l'abus de l'homme dans son comportement avec la nature, avec la sexualité etc. se trouvent être des maladies inébranlables malgré les progrès scientifiques et technologiques qui ont apporté des réponses jamais soupçonnées aux différents maux qui gangrènaient la communauté des êtres humains.

C'est sous ce rapport que les maladies cancéreuses ou sexuellement transmissibles dont la prise en charge thérapeutique n'est pas des moindres en termes de ressources financières, mais aussi dont le pronostic par rapport à la curabilité de ces maladies n'est pas aisément abordable, constituent des maladies mythes. Cette qualification n'est pas fortuite d'autant plus que celui qui en est atteint lui et son entourage perçoivent la maladie comme une maladie qui ne relâche plus le corps qu'elle a investi que lorsqu'elle l'aura achevé. D'où les modèles explicatifs établis au sein de notre société pour identifier ces dites maladies appelées en Wolof « feebar bou bone bi » qui signifie littéralement la « mauvaise maladie ». Cette appréciation de la maladie par notre société, rend compte de leur niveau d'appréhension sur le cancer qui frappe à toutes les couches sociales aisées ou mal aisées financièrement.

Ainsi dans une société économiquement faible devant faire face à des maladies à soins très coûteux, les maladies telles que le cancer sont terriblement redoutées au point que les moyens de prévention mis à profit tels que le dépistage, sont perçus par certains comme courir le risque d'être informée d'une maladie dont les moyens pour la combattre sont hors de leur portée.

Ce refus de se renseigner sur les moyens de prévention ou la peur d'y recourir traduit d'une certaine manière le faible niveau de responsabilisation de la population en termes de prise en charge sanitaire. C'est ce que semble affirmer le Président de l'association Prévenir par ailleurs cancérologue en plaçant les représentations et les politiques sanitaires dans le contexte sénégalais. En effet, selon le professeur A.K, les représentations de la population sénégalaise sur le cancer ne font que renseigner sur les comportements sénégalais en termes de responsabilité

devant ce qui concerne leur santé. Aussi dira t-il que c'est la société qui est malade car le sénégalais par nature n'aime pas la vérité. Il aime ne pas savoir pour ne pas porter la lourde responsabilité de décider sur sa santé. Cela est d'autant plus vrai que les personnes qui sont atteintes du cancer de l'utérus ne savent pas de quoi elles souffrent. Pour cause, A.K nous explique que beaucoup de médecins ne prennent pas le courage d'annoncer la maladie aux patients ou à l'entourage de ces derniers par peur qu'ils ne reviennent plus. Ce refus ou cette peur de faire face à la vérité aussi bien par le soignant que par le soigné dénote bien du charge symbolique investi sur le cancer différemment perçu de celui qui en souffre à celui qui n'en souffre pas.

b) Ecart de perceptions et de représentations entre les femmes non atteintes du cancer et celles qui en souffrent :

Le terme cancer est traditionnellement perçu comme la maladie qui achemine irréversiblement vers la mort. Cette mort est autant biologique que sociale. Cette façon d'appréhender l'image du cancer en tant qu'une maladie destructrice et mortelle témoigne de la charge symbolique investie sur le cancer. Cette maladie est d'autant plus redoutée que chacun se la représente comme la maladie de l'autre.

En effet, les représentations des femmes non atteintes du cancer du col comparées à celles des femmes qui en souffrent mettent en évidence les différences de perception entre les premières qui quoique présentant un profil à risque considèrent qu'elles n'ont rien à voir avec la maladie, que rien ne les prédispose à vivre le malheur de souffrir d'une maladie sexuellement transmissible. Par contre celles qui sont atteintes de ladite maladie ayant un vécu quotidien tantôt marqué par des remords, par des frustrations, par la haine, par des regrets, tantôt marquée par des difficultés existentielles caractérisée par l'inactivité face à l'activité du bien portant qui conduit à ce que HERZLICH considère comme une forme de violence faite au malade qui abandonne une parti de son rôle qui assurait son épanouissement social.

Cet écart de perception entre les femmes non atteintes du cancer du col et celles qui en souffrent ne traduit pas pour autant que les indicateurs et dimensions qui structurent ces représentations s'excluent totalement. En effet, nous avons noté que dans les deux groupes respectifs, le risque d'être atteinte du cancer du col et le fait de vivre la maladie relève d'un côté au bon vouloir du destin tracé par DIEU. De l'autre côté, le risque est à mesurer en relation avec les acteurs avec qui elles entretiennent des rapports quotidiens au plan social et plus particulièrement au plan sexuel.

Ainsi même si les femmes reconnaissent qu'elles n'ont pas pris connaissance de la maladie, celles qui n'ont pas le cancer du col osent déclarer qu'elles seront épargnées du cancer du col avec l'aide et la sagesse de Dieu. Cette représentation de la maladie par ces femmes est en relation avec la définition de la maladie comme une maladie sexuellement transmissible. C'est dans cette logique qu'elles continuent de se disqualifier du groupe à risque ou de la cible potentielle du cancer du col utérin tant qu'elles demeureront fidèles à leur époux et tant qu'elles respecteront les règles d'abstinence en évitant de lier des rapports sexuels hors des liens du mariage. Ce sentiment a sans doute animé cette dame du sexagénaire rencontrée à Yoff Mbenguène qui maudit la maladie : « *que Dieu m'en préserve !, je ne veux même pas entendre parler et si ce cancer s'attrape sexuellement je sais que je ne l'aurai pas* » et elle de poursuivre : « *à moins que mon mari me le contamine car lui il aimait épouser des femmes sans s'enquérir de l'état de santé de celles-ci et de cette manière tu es exposé à n'importe quelle maladie sexuellement transmissible* » ce ton accusateur élevé par les femmes à l'endroit de leurs maris, traduit par ailleurs leur impuissance face à la volonté de la société qui légitime certaines pratiques pouvant mettre en mal leur santé. Au rang de ces pratiques se trouvent la polygamie. Or celle-ci est cliniquement identifiée comme un facteur à haut risque mais n'en demeure pas moins valorisée socialement et culturellement. Ainsi se croisent enjeux sociaux et enjeux médicaux. D'où C.HERZLICH qui eût raison d'affirmer que la santé et la maladie au-delà de la réalité biologique par lesquelles elles sont appréhendées sont intéressantes de ce qu'elles nous apprennent de notre société.

En effet, dans l'appréhension des réalités relatives au vécu et à la perception des malades, ces derniers tendent selon C.HERZLICH à se déclarer non coupables de leur maladie et se précipitent à accuser plutôt la société et ses membres en cherchant la cause du mal en dehors de leurs comportements. La perception de A.K rencontrée à la clinique des mamelles ne demeure pas moins une formule d'accusation portée à l'endroit de son mari. Cette dame qui est en début de traitement nous confie en ces termes que « *... que mon mari est un homme d'affaire très riche [.....] et très courtisé par les jeunes filles, dans sa boîte de nuit, tu vois les filles pendant la nuit faire la queue pour y passer la nuit avec lui ou avec d'autres (elle hésite) je ne sais pas, en tout cas une de mes coépouses il l'a rencontrée à la boîte de nuit et a scellé le mariage avec elle. Il n'a pas l'habitude de s'occuper de ces épouses qu'il répudie très souvent je suis sa cinquième femme qu'il remarie* » c'est ainsi qu'elle cherche à corréler les causes de sa maladie au comportement de son époux et à celui de ses coépouses. Dans ces propos, elle continue de culpabiliser ses coépouses dont l'une affirme t- elle « *...avait des infections ou maladies*

sexuellement transmissibles car nous voyions qu'à chaque fois qu'elle se levait, ses habits sont mouillés et elle buvait des médicaments en cachette. »

Aussi remarque-t-on une situation remarquablement caractérisée par une impuissance des femmes qui finissent ainsi à adopter résolument une attitude passive, de résignation face à la domination de l'époux socialement légitimée et financièrement favorisée. Ce traitement social impacte en effet significativement sur le profil à risque des femmes par rapport à la maladie. C'est sous cet angle que se voient confortées les thèses mise à profit dans l'ouvrage intitulé *le droit à la santé Au-delà de la grossesse et de la reproduction*. Dans cet ouvrage, a été mise en évidence la spécificité de la santé de la femme soumise à une éducation telle qu'elle n'est potentiellement pas apte à jouir d'un pouvoir de contrôle sur les ressources financières et par conséquent elle ne disposera que difficilement d'un pouvoir de contrôle et de décision sur son corps ainsi que sur sa vie sexuelle.

Au demeurant, les représentations des femmes sur le cancer du col de l'utérus sont doublement situées. D'une part ces représentations sont générées dans un contexte marqué par une subordination des femmes qui, même si elles se rendent compte du risque auquel elles sont exposées quotidiennement, n'agissent pas cependant en conséquence pour réduire à néant ce risque.

D'une autre part, les représentations de la femme faites autour du cancer mettent à jour la conception de la maladie en tant qu'une épreuve divine à laquelle il est impossible de s'y soustraire. C'est à ce titre que S.N qui suit son traitement à l'hôpital Aristide le Dantec explique que *« le cancer est une maladie comme les autres maladies, or la maladie n'entretient aucun rapport avec la mort, n'est ce pas vous voyez chaque jour que DIEU fait des gens qui meurent sans souffrir d'aucune maladie, je prends cette maladie comme une épreuve divine donc je n'y peux rien et tout ce que DIEU décidera je l'accepterai. »*

Cette thématique de la fatalité revient de force dans les discours des patients relatifs à leur manière de se représenter la maladie qu'elles ont toutefois du mal à préciser où à identifier en tant que cancer du col utérin. Cette dame du nom d'A.B rencontrée à Yeumbeul qui avoue ne pas connaître les raisons pour lesquelles elle sera opérée regrette de nous confier en ces termes : *«... cette maladie là c'est DIEU qui me l'a donnée et quand il décidera de me l'enlever, j'en serai débarrassé, quand Il décidera que c'est cette maladie qui me tuera, j'en mourrai de toute façon la mort ne survient qu'une seule fois, en tout cas je m'en remets à DIEU et attend sa décision car ce qu'on me demande pour me soigner est hors de ma portée. »* Cette attitude et comportements des malades qui expriment une sorte de passivité caractérisée par un dégoût à

entreprendre une lutte active, à oser identifier la maladie comme un adversaire à affronter et à abattre, résulte en effet d'une situation diversement constituée par des facteurs à différents niveaux dont celui de connaissances des femmes joue un rôle pas des moindres sur la formation du comportement ou du profil à risque des femmes, par ailleurs cibles exclusives du cancer du col de l'utérus.

3- Les outils de diffusions des informations et connaissance relatives au cancer du col utérin:

a) La mise en œuvre du programme national de lutte contre le cancer à l'épreuve d'une souveraineté économique non effective :

Le niveau de connaissance identifié en tant que paramètre qui entre en ligne de compte dans la formation du profil à risque des femmes face à la maladie (cf. Tableau relatif aux différences des variables entre les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus (cas) et celles qui ne sont pas atteintes de ladite maladie (témoins)) :) traduit la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes et institutions destinées à la diffusion des informations et connaissances pour rendre les femmes moins enclines à adopter des comportements à risque.

Le niveau de connaissance des femmes, évalué dans cette présente étude sur l'ensemble des questions relatives à la situation de la maladie au Sénégal, aux facteurs et causes de la maladie, aux moyens de prévention, est d'une faiblesse telle qu'il conduit à s'interroger sur le dynamisme des autorités publiques en termes de politiques de prévention et d'éducation des femmes à la santé particulièrement à la santé reproductive et sexuelle. Le bas niveau de connaissance des femmes en tant que facteur explicatif de leurs comportements à risque, est en parti, du à l'absence de politiques nationales capables de sensibiliser les femmes sur les facteurs de risque du cancer du col, sur ses modes de transmission et sur les techniques de prévention de ladite maladie.

Cette situation constitue le contrecoup du niveau économique peu enviable des pays en voie de développement au lot desquels se trouve le Sénégal. Tel semble être l'avis du directeur de l'Institut du cancer qui explique «*Qu'un programme national de lutte contre le cancer a été élaboré pour l'année 2007-2011 prévoyant l'information et une sensibilisation des femmes, un programme national de dépistage qui n'a pas pu être réalisé faute de budget. [.....] Un programme de dépistage pour la période 2012-2016 ciblant les femmes âgées de 35 à 45 est en phase d'être réalisé pour détecter le virus causant le cancer et les traiter par curiethérapie. Il n'y a pas de programme national de dépistage mais un projet est en cours à cet effet.* » Ce projet, nous dit le président de l'Association Prévenir A.A.K, a fait l'objet de son «séjour

pendant un an au ministère pour l'élaboration d'un programme national de lutte contre le cancer qui ne sera jamais appliquée.... »

Les difficultés à mettre en œuvre ce programme national sont liées aux questions économiques dont les clés de solutions se trouvent entre les mains des bailleurs de fond à qui, il revient le privilège de choisir les programmes de leurs choix. Ainsi notre souveraineté économiquement bancaire tarde la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre le cancer au Sénégal. Tel est en substance l'avis du cancérologue, par ailleurs président de l'association Prévenir.

Cependant, il existe des adversaires à travers des formations d'allégeance privée prêts à réagir contre l'invasion du cancer du col utérin due en partie par un bas niveau de connaissance.

b) Le rôle des médias et des formations associatives dans la mise en œuvre des instruments de diffusion des informations et des connaissances nécessaires aux changements de comportements :

L'absence d'un programme national de lutte contre le cancer ne traduit pas pour autant que le cancer du col utérin ne croise pas sur son chemin des adversaires prêts à remettre en cause son invincibilité. Quoique marginales à côté du taux de morbidité et d'incidence associé au cancer du col, les activités de lutte menées par les formations associatives dans le but de diffuser et de rendre accessibles l'ensemble des informations et des connaissances relatives au cancer du col de l'utérus et par ailleurs nécessaires à la production des réflexes de prévention chez les femmes, demeurent des germes constitutifs d'un profil des femmes à risque zéro. Tel semble être, en effet, les objectifs qui animent les associations qui s'engagent à éduquer les femmes de manière à ce qu'elles aient une meilleure connaissance du cancer du col pour ainsi arriver à casser le mythe du cancer en tant qu'une « *maladie destructrice* »(HERZLICH, 1969) et mortelle.

C'est dans cette perspective, que les acteurs de la lutte ont jugé nécessaires d'investir les médias qui constituent des canaux incontournables dans la diffusion des connaissances et des informations sur le cancer du col utérin. Aussi les médias (radios, télé) sont ils identifiés comme les supports de communication les plus prisés dans l'émission des messages de sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus. En témoignent, ainsi, la plupart de nos enquêtées témoins recrutées à Yoff au moment de répondre à la question : connaissez-vous le cancer du col de l'utérus ? La réponse standard qui revient est : « ...*je ne connais pas le cancer du col de l'utérus mais j'en entends parler aux radios et à la télé.* » L'omission de la presse écrite rend ainsi compte d'une culture fortement caractérisée par l'oralité. D'où la nécessité d'identifier les cadres de communication les plus opératoires dans le processus de diffusion des connaissances et

d'éducation des femmes à être moins enclines aux comportements et pratiques jugés nocifs à leur santé.

Cette approche a été matérialisée par le déplacement des pourvoyeurs de soins vers les populations pour mettre au profit de ces dernières les moyens de prévention du cancer du col que sont entre autres le dépistage et la formation du personnel médicale.

C'est dans cette dynamique que l'association Prévenir arrive à opérationnaliser une approche dans la lutte pour la prévention des maladies du cancer. Cette approche se caractérise, en effet, par le dépistage, la sensibilisation et la formation.

c) Le transfert des compétences comme axe stratégique dans l'élimination et la réduction des zones à risque :

Le bas niveau économique reconnu comme l'un des facteurs contribue à la formation des comportements à risque des femmes. Cette situation économique se manifeste par l'insuffisance où l'absence des infrastructures sanitaires appropriées, par l'inaccessibilité des femmes aux soins de qualité, par le nombre dérisoire de ressources humaines qualifiées. Aussi importe- il de concevoir des plans de lutte adaptés aux réalités socioéconomiques des pays en voies de développement parmi lesquels on compte le Sénégal. Ce pays, nous dit le Président de l'association Prévenir ne « *compte que cinq cancérologues* » pour faire face à la maladie qui est responsable de 12.5% de décès dans le monde, tuant ainsi plus que le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA réunis. A ce manque cruel de personnel qualifié pour les soins que requière le traitement thérapeutique de la maladie, s'ajoute l'effectif dérisoire des anapathes qui sont au nombre de 10 qualifiés au Sénégal pour la lecture des frottis.

Cette précarité sanitaire est d'autant plus grave qu'il urge de concevoir et de mettre en œuvre des mesures palliatives. Lesquelles mesures, reviennent à miser sur le transfert des compétences, pour revoir à la hausse les profils que requière la résolution des questions relatives aux préventions et à la prise en charge thérapeutique de la maladie. C'est sous ce rapport que l'association Prévenir avec le concours de la coopération polonaise (Aide Polonaise, Fondation Culture du Monde), mènent conjointement des activités basées sur les dépistages, sur la sensibilisation des femmes, sur la formation des sages femmes et des relais communautaires.

En effet, la maternité de la commune de Yeumbeul Nord, véritable machine à accoucher avec 200 à 300 accouchements dans le mois, constitue une belle illustration de cette approche dépistage, formation et sensibilisation. La formation des relais communautaires pour accroître leur capacité d'action en matière de sensibilisation lors des visites à domicile (VDA), celle des

sages femmes aux techniques de dépistage pour élargir leurs champs d'action et réactualiser leur profil en matière de santé reproductive, a permis à la communauté de Yeumbeul Nord d'être l'une des rares zones à pérenniser les activités de dépistage grâce au financement de l'aide polonaise avec lequel la maternité s'est dotée d'un matériel faisant d'elle un centre de dépistage. Ce dernier permet dès lors aux cibles exclusives du cancer du col d'avoir accès aux techniques de prévention à moindre coût.

Le dépistage se fait en raison de *1000 francs CFA pour chaque femme contre 5000 franc CFA pour celle qui doit subir des séances de cryothérapie devant éliminer les lésions précancéreuses.*», informe le coordonnateur des relais communautaires C.D

Les structures comme l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF), avec le concours de la ligue Sénégalaise Contre le Cancer (LISCA) opèrent des activités de dépistage et de formation. Ces activités nous informe A.A.M de l'ASBEF, sont sanctionnées par une forte adhésion des femmes qui viennent *« tous les jours faire le dépistage en échange de 5000 franc CFA cela a été possible grâce au soutien de la LISCA qui finance nos activités »*

Ainsi, l'élargissement des paquets de service dans ces services sanitaires en termes de santé de la reproduction génèrent des réflexes de préventions chez les femmes qui perçoivent autrement leurs rapports avec les soignants et le rôle de ces derniers sur leur corps. Aussi reconnaissent-elles, en se rendant dans les structures pour faire le dépistage leur prévenant du cancer du col, que leurs rapports avec les pourvoyeurs de soins ne sont plus occasionnés par la tyrannie de la douleur. Aussi David le Breton sous entend t-il il sa conception du corps quand il affirme que *« le malade n'est pas seulement un corps à réparer »* (p. 190). (David le BRETON, 1990).

Au demeurant, toutes ces activités constituent des formules de prévention du cancer du col utérin qui reste une maladie chronique dont la prise en charge est un obstacle difficilement surmontable par les pays à revenu économique faible.

4- Perceptions et représentations sur la prise en charge thérapeutique :

Le cancer du col de l'utérus est une maladie à soins très couteux *« car sa prise en charge, aussi bien pour son diagnostic que pour son traitement, est hors de la portée de la bourse du*

sénégalais moyen.»⁴⁹ Ces propos tenus par le chef de l'Etat lors de l'inauguration à l'hôpital A. Le Dantec, d'une unité de radiothérapie acquise grâce à la coopération franco-sénégalaise, témoignent en effet de l'incapacité de l'Etat d'assurer une prise en charge effective des frais que requière le traitement de la maladie. Seuls les fonctionnaires bénéficient du soutien partiel de l'Etat pour l'achat des médicaments. Au Sénégal, il n'existe aucune maison d'assurance qui «Prend en charge à 100% les frais associés au traitement du cancer [...] et je pense que 83% des sommes payés sont versées par les familles des malades. L'Etat n'a pas les moyens de prendre en charge tous les malades » nous dit le cancérologue A. A.K. Ce qui revient à reconnaître selon le Directeur de l'Institut National du Cancer M. D que « ...la prise en charge n'est pas gratuite », au Sénégal.

Par ailleurs cette structure publique qui ne dispose qu'une seule unité de radiothérapie, est la seule structure thérapeutique publique au niveau national devant contenir et offrir quotidiennement des soins aux malades souffrant du cancer. L'accès à des soins de qualité optimale devient dans ces conditions moins garanti et moins évident.

Il revient par conséquent aux femmes vivant avec le cancer du col dont certains vivent à la remorque des membres de leurs familles et dont d'autres s'auto entretiennent avec des activités à faible revenu, de mettre en marche ce que l'on peut appeler la machine de la solidarité. Les difficultés à faire face aux défis quotidiens imposés aux malades et à leur entourage familial, nécessite un suivi psychologique susceptible d'amoindrir le risque de succomber à la mort sociale.

Les difficultés liées à la prise en charge médicale s'accouplent de celles relatives à la prise en charge psychologique des patientes et des membres de la famille qui animent l'environnement social du malade. L'institut national du cancer en tant qu'un pôle sanitaire vers lesquels sont acheminés tous les malades atteints du cancer, se trouve ainsi trop débordé pour assurer aux malades un suivi psychologique.

Or le malade comme l'expliquait David le BRETON n'est pas uniquement un corps à réparer⁵⁰. Sa prise en charge psychologique est donc d'autant plus nécessaire que la maladie induit

⁴⁹ Source : Présidence de la République, Inauguration des Unités de Radiothérapie et D'oncologie Pédiatrique de l'hôpital A. Le Dantec, discours de son excellence le président de la république du sénégâl Me. Abdoulaye Wade. Dakar, le 27 juin 2007

⁵⁰ David le BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, 2005 (1990) 4e édition

brutalement des changements qui changent sensiblement sa réalité quotidienne et celle de son entourage. Cependant, la gestion de ces changements intervenus dans le vécu quotidien des malades et de leur entourage n'est que dérisoirement prise en charge dans l'itinéraire thérapeutique des malades. « *Il n'existe pas de psychologue spécialement dédié aux malades qui viennent dans cet institut c'est les médecins traitant qui s'en chargent* » en atteste ainsi le directeur de l'hôpital. Cette tâche s'effectue difficilement par ces médecins traitant et est même omise lors des consultations. Cette situation, justifie le Docteur A.A.K est due au fait qu'il est impossible d'assurer ce service dans cet institut à cause de la pléthore de l'effectif des patients. En revanche, il revient à l'assistante sociale d'aborder avec les malades les questions permettant d'appréhender leur situation socioéconomique.

Toutefois, cette prise en charge psychologique est moins occultée dans les services sanitaires privés qui enregistre un effectif moins élevé de patientes aux profils socioéconomiques différents de ceux des services publics sanitaires. Cette différence se traduit ainsi par une qualité de soin plus optimale que celle offerte au niveau de l'institut du cancer. En effet, quand les conditions sont telles que la prise en charge psychologique des malades devient difficile voire impossible à l'institut du cancer, il en est tout autrement à la clinique où pour cette question de prise en charge médicale « *c'est moi qui m'en charge* » affirme le cancérologue A.A.K.

Eu égard à toutes ces questions relatives à l'itinéraire thérapeutique du malade, le cancer du col demeure une maladie qui opère des changements notoires dans le vécu quotidien des femmes et dans celui de leur entourage. Aussi importe t-il de s'intéresser à la réaction des femmes face aux défis quotidiens auxquels celles qui sont atteintes du cancer du col sont confrontés.

5) Perception et représentations des femmes atteintes du cancer sur leur vécu quotidien :

Le cancer du col comme les autres maladies chroniques, met la personne et son entourage familial à l'épreuve des changements dont les impacts sur leur vécu quotidien troublent le système relationnel des patients avec les acteurs qui animent son environnement social. C'est sous ce rapport que les complications engendrées par le cancer du col dans la vie sexuelle de la femme induisent des conflits avec les acteurs qui gravitent autour de sa sexualité.

a) L'impact du cancer du col utérin sur la sexualité des femmes :

Le cancer du col est une maladie qui affecte douloureusement la sexualité de la femme. En effet, c'est une maladie qui provoque une situation inconfortable dans la sexualité de la femme.

La douleur et les saignements causés par le cancer invasif, lors des rapports sexuels, explique l'attitude réticente des femmes pour lesquelles le désir d'entretenir se trouve inhibé dans de telles conditions. L'enlèvement de l'utérus et des ovaires chez les femmes ayant le cancer invasif rend moins lubrifiés le vagin qui se rétrécit sous l'effet de la radiothérapie. A cela s'ajoute le risque d'une ménopause précoce provoquée par l'effet de la chimiothérapie. Cette situation génère très souvent des relations conflictuelles avec le mari.

Cette femme du nom d'A. L. rencontrée à l'institut du cancer de l'hôpital A. Le Dantec et qui doit subir une opération pour enlever l'utérus explique la stratégie mise en œuvre dans la gestion de ce conflit : « *il arrive que mon mari se fâche contre moi mais quand je lui explique que je ne fais que suivre les consignes du docteur, il comprend.* » toutefois, consciente des incidences que cette opération peut induire dans l'harmonie de son ménage, se résigne avec beaucoup de dépit quand elle poursuit en ces termes: « *...vous savez quand on m'enlèvera l'utérus, je ne pourrais plus avoir d'enfants, et l'enfant que j'ai n'est pas de mon mari et j'ai peur qu'il en trouve un chez une autre femme car moi j'ai un enfant, mais lui n'a pas d'enfant et j'ai pas le choix car les médecins m'ont dit que si on ne l'enlève (l'utérus) pas..... (elle agite la tête pour montrer que cela lui fera fatale) mon mari me dit qu'il n'a pas ce problème mais moi j'ai peur qu'il trouve une autre femme qui lui donnera un enfant.*»

Par ailleurs, ces conséquences cliniques s'accouplent de conséquences qui engendrent des troubles radicaux dans le système relationnel de la femme atteinte de cette maladie sexuellement transmissible.

b) Représentations et perceptions des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus sur leurs relations avec l'entourage familial :

Le cancer du col utérin est une maladie sexuellement transmissible. Or les maladies sexuellement transmissibles sont socio culturellement perçues comme une forme de réaction divine à la non-conformité ou à la déviance de ceux qui en sont atteintes. Par conséquent, la fidélité de la femme qui souffre du cancer du col utérin, se voit entachée et souillée. Les partenaires avec lesquels, elle partage son environnement sexuel, nourrissent dès lors des sentiments de méfiance, de doute à son égard. Le mari refuse d'entretenir des rapports sexuels avec son épouse par peur d'être contaminé et de transmettre ce virus aux coépouses. La méfiance du mari est en effet une forme de reconnaître la culpabilité de l'épouse qu'il accuse « *...d'avoir allé chercher la maladie ailleurs* » que dans leur environnement propre. Il s'en suit la conduite de la coépouse qui considère la femme de son mari comme une « *souillure qui dérange d'autant*

plus qu'elle est essentiellement contagieuse. »⁵¹ Le mari est ainsi contraint dans le but de protéger sa vie sexuelle et celle de ces autres épouses, à éviter et à écarter l'épouse atteinte du cancer du col. Toutefois, il arrive que cette dernière s'assurant de sa fidélité, accuse son mari d'être responsable de son mal.

c) Perception des femmes sur les soins et itinéraires thérapeutiques :

Malgré, le manque criard des infrastructures sanitaires appropriées à la prise en charge thérapeutique des malades, malgré l'effectif réduit du personnel qualifié à cette prise en charge, la perception des femmes atteintes du cancer du col sur les soins qui leur sont offerts met en évidence le pouvoir des pourvoyeurs de soins, la mission salvatrice devant la tyrannie du mal et de la douleur. En effet, l'appréciation des malades sur les soins qui leur sont offerts, est en relation avec la capacité des pourvoyeurs de ces soins à les soulager de leur souffrance. Aussi les patientes en cours de traitement rencontrées à l'hôpital A. Le Dantec et à la clinique des mamelles tiennent-elles des propos louables à l'endroit du staff médical. Les propos des trois dames respectivement rencontrées dans ces structures sanitaires évaluent en ces termes les soins qui leur sont offerts : « ... *je vais mieux, à l'époque je ne pouvais même pas me relever à cause de ma maladie, avant la radiothérapie je ne pouvais même pas avaler de la bouillie, les médecins se sont très bien occupés de nous, je trouve le traitement bon [.....] Personne ne croyait que je survivrai quand la maladie venait de paraître* » témoigne cette patiente de l'institut du cancer B.S et à S.W de soutenir : « *je suis des chimiothérapies et des radiothérapies il ya de cela 1mois 15 jours quand je venais à l'hôpital je ne pouvais pas me lever mais maintenant je vais mieux vraiment les médecins très compétents* » la dame rencontrée à la clinique emboîte le pas aux précédentes en affirmant que : « *ça fait dix ans que je suis traitée par le Docteur Kassé je trouve vraiment les soins bons je ressens de moins en moins les douleurs au niveau de mon ventre* »

Cependant si la valeur thérapeutique des soins ne fait pas objet de controverses chez les patientes, il en demeure autrement quant à l'accès à ces soins. En effet, les patientes déplorent le parcours très difficile à surmonter pour arranger et fixer un rendez-vous pour la première consultation avec le médecin. A cela, s'ajoute le coût élevé des analyses et examens associés au traitement. Ce qui selon le Docteur A.A.K impacte sur la régularité des patientes qui n'arrivent plus à contenir les dépenses associées au traitement. D'où l'appel lancé par cette patiente

⁵¹ FICHE DE LECTURE PAR BEATRICE DE GASQUET (ENS ULM) SUR *DE LA SOUILLURE* DOUGLAS MARY, PARIS, LA DECOUVERTE, 2001 (1ERE ED. 1966)

S.P : « *les gens doivent nous venir à l'aide, l'Etat doit nous aider sur l'achat des médicaments et sur la prise en charge de nos enfants que nous ne pouvons plus entretenir à cause notre incapacité à travailler.* »

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Conclusion générale :

Au terme de cette étude, 37 variables ont présenté des différences significatives contre 36 qui dont les différences ne se sont pas révélées significatives. Quant à la vérification des hypothèses, les résultats obtenus ont invalidé notre hypothèse principale. En effet, les comportements à risque des femmes sont largement imputables à leur bas niveau de connaissance sur le cancer du col utérin. A été également infirmée l'hypothèse suivant laquelle les femmes atteintes du cancer du col connaissent mieux la maladie que les femmes non atteintes de ce cancer. Le niveau de connaissance de ces dernières sur la maladie se trouve être finalement plus élevé que celui des femmes atteintes du cancer.

En revanche, l'hypothèse selon laquelle les femmes instruites ont un niveau de connaissance plus élevé que les femmes qui ne sont pas instruites, a été confirmée par les résultats.

Le niveau d'instruction bien qu'il agit sur le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du col de l'utérus, ne constitue pas une variable dont la différence est sortie significative de l'étude. On en déduit donc que le niveau d'instruction des femmes n'est pas une valeur explicative du niveau de connaissance sur le cancer du col de l'utérus. (Cf. annexe tableau relatif aux différences significatives des variables.).

Quant au niveau de connaissances selon le statut clinique des femmes (femmes atteintes du cancer du col utérin/femmes non atteintes du cancer du col de l'utérus), le score est plus élevé chez les femmes non atteintes du cancer du col. La différence de cette variable est sortie significative parmi les 37 variables (Cf. annexe/test d'échantillon indépendants) dont la différence s'est révélé significative. On en conclut que les femmes qui n'ont pas le cancer du cancer connaissent mieux le cancer du col de l'utérus que celles atteintes de ce cancer.

Le cancer du col de l'utérus est d'autant moins connu par ces dernières qu'elles ignorent la nature de leur maladie. En effet, durant nos entretiens avec elles, nous remarquons qu'elles ne sont pas tenues au courant de leur maladie. Cette situation est d'une part du au fait que certains des médecins traitant ne prennent pas la responsabilité d'annoncer aux femmes qu'elles souffrent du cancer du col utérin. D'autres parts, il arrive que les parents qui accompagnent ces femmes, refusent de transmettre à celles-ci les résultats du diagnostic.

En définitive, l'absence de bonnes politiques de prévention permettant de réduire les coûts sanitaires des maladies chroniques au rang duquel se trouve le cancer du col, rend compte des difficultés pour les femmes d'avoir accès aux bonnes informations nécessaires au changement de comportements, à la formation des reflexes de prévention. Aussi, l'éducation des femmes à la santé demeure t- elle la stratégie par laquelle ces dernières peuvent s'approprier des outils de prévention au moyen desquels elles réussiront à dompter les risques liés aux maladies chroniques.

BIBLIOGRAPHIE:

- ❖ ABRIC.J.C. 1997. *Pratiques sociales et représentations*, PUF.
- ❖ Beck U. 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, traduit de l'allemand par L. Bernardi. Paris. Aubier. 521p.
- ❖ BOUDON.R, BOURRICAU.F, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris PUF, (3^{ème} édition).
- ❖ Le BRETON David. 1990. *Anthropologie du corps et modernité*, 1990, 4^e Ed.
- ❖ BECK.F, GAUTIER.A, GUILBERT.P, WATEL.P.P. 2006, *Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé*.

- ❖ CALVEZ M. (1989). *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au sida*, IRTS de Bretagne, Rennes.
- ❖ CALVEZ M, *L'analyse culturelle des risques. Apports et limites des recherches sur le sida*.
- ❖ COHEN.P, ROSSI.I, *Le pluralisme thérapeutique en mouvement*, Introduction du numéro thématique « *Anthropologie des soins non conventionnels du cancer* ».
- ❖ DUJARDIN.B.2003. *Politiques de santé et attentes des patients vers un nouveau dialogue*, Karthala/Edition Charles Léopold Mayer, Paris, 370 p.
- ❖ DOUGLAS M., Wildavsky A. 1983. *Risk and culture, an Essay on the Selection of Technological and Environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- ❖ DOUGLAS M. 2001 (1^{ère} éd. 1966). *De la souillure*, La Découverte
- ❖ DURKHEIM.E.1991, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Le livre de poche.
- ❖ ECK.S.A. 2002. *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*, Villeneuve d'Ascq, Presse Universitaire du Septentrion, Collection Thèse à la Carte.
- ❖ ECK.S.A, CAUDULLO.C. 2011. *Le décodage biologique. Diffusion d'une nouvelle médecine non-conventionnelle contre le cancer*.
- ❖ FARR. R, *Les représentations sociales*, in *Psychologie sociale*, op. cité, p. 385.
- ❖ FASSIN.D
- ❖ FERREOL.G, GAUCHE.P, DUPREZ.J.M, GADREY.N, SIMON.M.2004, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Armand Colin.
- ❖ GERMAIN.A, ORDWAY.J, *Politique de population et santé des femmes rétablir l'équilibre **

- ❖ GIDDENS A, Blair T. 2002. *La troisième voie, le renouveau de la social-démocratie*. Seuil, Paris.
- ❖ HOURS.B « Bruno Dujardin, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue* », *Bulletin Amades* URL : <http://amades.revues.org/index615.html>.
- ❖ HERZLICH.C. 1996. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, (1ère éd.1969).
- ❖ HUBERT A.2006. *Regards sur le cancer : Représentations et attitudes du public*, ORS Provence Alpes Cotes d'Azur.
- ❖ JODELET.D. 1997. *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, in *Psychologie sociale*, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, *Le psychologue*, p. 365.
- ❖ KECK. F. 2006. *L'anthropologie des risques, entre modernité et pré-modernité 2) Quelques remarques sur Lévy-Bruhl*.
- ❖ KITTS.J, ROBERTS.N. 1996, *Le droit à la santé au delà de la reproduction et de la grossesse*, ed CRDI, Ottawa.
- ❖ MASSE.R. 1995. *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin.
- ❖ MAUSS.M. 2002. *Sociologie et anthropologie*, PUF.
- ❖ Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille 1993. *Femmes sénégalaises à l'horizon 2015*. 73p
- ❖ Ministère de l'économie et des finances, Agence Nationale de la statistique et de la démographie. 2008. *Situation économique et sociale de la région de Dakar de l'année 2007* (Rapport final)
- ❖ MOSCOVICI.S. (2è éd. 1976). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF
- ❖ OMS. 2007. *La lutte contre le cancer du col de l'utérus, guide des pratiques essentielles*, bibliothèques OMS
- ❖ OMS.1988. *Dépistage cytologique du cancer du col : Guide technique*, Genève.
- ❖ PARDOS.M. 2002. *Sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique*, MANA, *Revue de Sociologie et d'Anthropologie*, n° 10-11: 285-305
- ❖ SUSANNE.C, POLET.C.2005. *Dictionnaire de sociologie*, Ed de Boeck.

ANNEXE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Guide d'entretien pour les femmes atteintes

Centre d'intérêt I

Caractéristiques sociodémographiques

- Situation matrimoniale
- Age
- Nombre d'enfants
- Niveau d'instruction
- Situation professionnelle

Centre d'intérêt II

Connaissances et expérience de la maladie

- Niveau de connaissances sur la maladie
- Les représentations sur la maladie
- Les comportements face à la maladie
- Itinéraire thérapeutique
- Impact de la maladie sur la sexualité
- La maladie et l'environnement social

Centre d'intérêt III

La quotidienneté des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus

- Le vécu quotidien des femmes
- Les rapports entretenus avec l'entourage, la famille
- La qualité de vie des femmes
- Perception sur les soins thérapeutiques

Guide d'entretien pour les femmes non atteintes

Centre d'intérêt I

Caractères sociodémographiques

- Situation matrimoniale
- Age
- Nombre d'enfants
- Niveau d'instruction
- Situation professionnel

Centre d'intérêt II

Compétences et connaissances des femmes sur le cancer du col

- Niveau de connaissances des femmes sur la maladie
- Les représentations des femmes sur la maladie
- Les comportements des femmes face à la maladie
- Les perceptions de risque
- Les moyens d'accès aux informations relatives aux connaissances de la maladie
- Les moyens d'accès aux informations relatives aux modes de préventions
- Le traitement des informations suivant les cadres de référence
- Les modes de réceptions des messages et informations relatives à la maladie

Centre d'intérêt III

Les techniques de prévention contre le cancer

- Connaissances des modes de protection contre le cancer du col utérin
- Attitudes et pratiques des femmes face aux modes de préventions contre le cancer
- Perception des femmes sur les politiques de prévention contre le cancer
- Aptitudes aux changements des femmes en termes de comportements sexuels

Guide d'entretien pour les professionnels de santé

Identification

- Sexe
- Profession

Centre d'intérêt I

Situation de la maladie au Sénégal

- les causes de la maladie
- les conséquences de la maladie (affectives, sociales, économiques, sexualité)
- Le statut des femmes atteintes du cancer du col utérin
- Les différentes complications engendrées par la maladie
- Les modes de prise en charge des femmes atteintes du cancer
- Itinéraire thérapeutique
- Les comportements des femmes face à la maladie

Centre d'intérêt II

Les politiques de prévention

- Les différentes formes de sensibilisation
- Les supports de communication
- L'accès des femmes aux informations
- Les modes de réceptions des messages par les femmes
- L'évaluation des connaissances des femmes sur la maladie
- La prise en compte des réalités socioculturelles dans les programmes de sensibilisation
- Appréciation des moyens de diffusion des informations
- L'évaluation des politiques de prévention au plan comportemental
- Redéfinition des rapports entre les populations et les institutions thérapeutiques face aux maladies difficilement curables

Questionnaires

Caractères sociodémographiques :

Dates de naissance :

Situation matrimoniale :

1-célibatairenombres de partenaires sexuels

2- mariénombres de coépousesnombres de mariages

3-divorcéenombres de coépousesnombres de mariages

Niveau d'instruction :

1. Aucun.....
2. Primaire.....
3. Secondaire.....
4. Supérieur.....

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux :

Age /date à la première règle /.....

Age /date au premier rapport sexuel :..... /.....

Avez-vous déjà eu des grossesses : oui / non

Age/date à la première grossesse :..... /.....

Age /date à la dernière grossesse :..... /.....

Nombres de grossesses :.....

Nombres d'accouchements :.....

Nombres d'avortements :.....

Nombres d'enfants vivants :.....

Nombres d'enfants décédés :

Avez-vous subi une intervention gynécologique : non oui

Combien de fois ?

Année/...../type d'intervention...../où.....

Année /...../type d'intervention...../où.....

Année:...../type d'intervention...../où.....

Année /...../type d'intervention...../où.....

Année /...../type d'intervention...../où.....

Utilisez vous des moyens contraceptifs : non oui : orale/ injectable/ stérilet

Avez-vous des pertes blanches chroniques : Non Oui

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie chirurgicale : Non Oui

1-Année..... Nature..... lieu.....

2- Année..... Nature..... lieu.....

2-Année..... Nature..... lieu.....

3-Année..... Nature..... lieu.....

Avez-vous attrapé une de ces maladies ou symptômes ?

Paludisme Non Oui Année.....

Hémorragie hors des règles Non Oui Année.....

Du sang dans les crachats Non Oui Année.....

Du sang dans les urines Non Oui Année.....

Du sang dans les selles Non Oui Année.....

Autres symptômes.....
.....
.....
.....
.....

Comportements de vie courante :

Fumez-vous de la cigarette ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Consommez-vous du café ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Consommez-vous du thé ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Consommez-vous du vin ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Consommez-vous de l'alcool ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Consommez-vous de la bière ? Non Oui

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Autres à préciser ?

Actuellement : combien de fois /jour ? Passé combien de fois/jour

Avez-vous un membre qui fume dans votre entourage : non oui

Identification des membres fumant dans l'entourage : Le mari

Le père

Le frère

Le fils

Autres

Utilisez de l'encens dans les habits : non oui: dans le passé/actuellement

Utilisez vous de l'encens dans les chambres : non oui : dans le passé/actuellement

Cuisinez vous aux feux de charbons : non oui : dans le passé/actuellement

Cuisinez-vous au gaz

Antécédents familiaux :

Père vivant avec une maladie ? Non Oui

Types de maladie :

Père décédé d'une maladie connue ? Non Oui

Mère vivant avec un maladie connue ? Non Oui

Mère décédée d'une maladie connue ? Non Oui

Combien de frères vivants non malades malades (à préciser)

Combien de frères décédés non malades malades (à préciser)

Combien de sœurs vivantes non malades malades (à préciser)

Combien de sœurs décédées non malades malades (à préciser)

Y-a-t-il une maladie familiale connue dans votre famille : Non Oui

Connaissances sur la situation du cancer au Sénégal :

Le cancer du col est-il fréquent : oui non je ne sais pas

Le cancer du col utérin est il plus fréquent que le sida : oui non
 Je ne sais pas

Le cancer du col est il plus fréquent que les autres formes de cancer : oui non
 Je ne sais pas

Connaissances sur les facteurs à risque:

Le cancer du col utérin est causée par le manque hygiène: oui non
 Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par un virus : oui non Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par le vagabondage sexuel : oui non
 Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par le tabagisme : oui non
 Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par les fumées domestiques : oui non

Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par les grossesses précoces : oui non Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par la contraception orale : oui non ne sais pas

Les rapports sexuels précoces causent le cancer du col : oui non

Je ne sais pas

Le cancer du col est causé par le multi-partenariat sexuel : oui non

Je ne sais pas

Connaissances sur les techniques de prévention :

Le dépistage protège contre le cancer du col de l'utérus : vrai faux

Je ne sais pas

Le dépistage s'appelle le frottis : vrai faux je ne sais pas

Le vaccin protège contre le cancer du col : vrai faux je ne sais pas

Le vaccin s'appelle cervarix : vrai faux je ne sais pas

Le condom protège contre le cancer du col : vrai faux je ne sais pas

Table des matières

Première partie : cadre théorique

Introduction.....	5
I Revue de la littérature.....	7
II Problématique.....	33
III Hypothèses.....	38
1- hypothèses principales.....	38
2- hypothèses secondaires.....	38
IV Objectifs de recherche.....	39
1-Objectifs principaux.....	39
2- Objectifs secondaires.....	39
V Cadre conceptuel.....	39
1-Représentations sociales.....	39
2-Connaissances.....	47
VI Modèle théorique.....	53
1-La sociologie du risque.....	53
2-Contexte historique de la notion de risque.....	53
3-Définition du risque.....	54
VII Modèle d'analyse : Mary DOUGLAS et la théorie de la perception du risque comme construction sociale et culturelle.....	55

Deuxième partie : Cadre méthodologique

I Cadre D'étude	62
1- Situation géographique.....	62
2-Structure et évolution démographique.....	63
II Processus de collecte.....	64
1- Le choix des outils d'investigation.....	65
2-Echantillonnage.....	66
a-Echantillonnage par grappe à deux degrés pour les patientes du cancer du col de l'utérus.....	66
b- Echantillonnage par grappe à deux degrés pour les femmes n'ayant pas le cancer du col utérin.....	67

3-Critères de recrutement des personnes interrogées.....	67
a-Critères d'inclusion.....	67
b- Le questionnaire.....	68
c- Le guide d'entretien.....	68
4-Observation directe.....	69
III Difficultés et limites rencontrées.....	69
1-Difficultés rencontrées.....	69
2-Les limites de l'étude.....	71
Troisième partie : Analyses et interprétations des données	
I Analyses des données quantitatives.....	73
1-Tableau relatif au niveau de connaissance selon le niveau d'instruction.....	73
2- Tableau relatif aux connaissances sur le cancer du col utérin selon le statut des enquêtées.....	76
3- Les comportements à risque.....	77
4-les facteurs de production des comportements à risque.....	77
5- Tableau relatif aux différences des variables entre les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus (cas) et celles qui ne sont pas atteintes de ladite maladie (témoins))	79
6-Tableau relatif au niveau d'instruction des enquêtes	82
7- Tableau relatif au niveau d'instruction des enquêtes selon le statut.....	82
II Analyses des données qualitatives.....	84
1-La situation de la maladie au Sénégal.....	84
2-Les représentations du cancer.....	85
a- Le cancer ou le spectre de la mort imminente.....	85
b-Ecart de perception et de représentations entre les femmes non atteintes du cancer et celles qui en souffrent.....	88
3-Les outils de diffusion des informations et connaissances relatives au cancer du col utérin.....	91
a- La mise en œuvre du programme national de lutte contre le cancer à l'épreuve d'une souveraineté économique non effective.....	91
b- Le rôle des médias et des formations associatives dans la mise en œuvre des instruments de diffusion des informations et des connaissances nécessaires aux changements de comportements.....	92
c- Le transfert des compétences comme axe stratégique dans l'élimination et la réduction des zones à risque	93
4-Perception et représentation sur la prise en charge thérapeutique.....	94
5-Perceptions et représentation des femmes atteintes du cancer du col utérin sur leur vécu quotidien.....	96

a-Impact du cancer du col utérin sur la sexualité des femmes.....	96
b-Représentations et perceptions des femmes atteintes du cancer du col utérin sur leurs relations avec l'entourage familial.....	97
c-Perceptions des femmes sur les soins et itinéraires thérapeutiques.....	98
Conclusion générale.....	100
Bibliographie.....	101
Annexes.....	103
Guides d'entretiens.....	104
Questionnaire.....	107

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE