ISSN: 3105-8485 (L) / 3105-8493 (P)
https://perspectivesplurielles.net/

Perspectives PLURIELLES

Revue scientifique

ARTS, LETTRES ET LANGUES | SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

N°3 – Août 2026

TOME II – SÉRIE 1

Sciences Humaines et Sociales

Éditeur :

UFR Communication et Société

Université Alassane Ouattara

(Côte d'Ivoire)

PERSPECTIVES PLURIELLES

Tome II — Série 1
(Sciences Humaines et Sociales)
Territoires, sociétés et développement

N°3 — Août 2026

ISSN : 3105-8485 (L) | 3105-8493 (P)

Adresse postale : BP v 18 Bouaké 01
Contact : +225 0757504341
https://perspectivesplurielles.net/
revueperspectivesplurielles@gmail.com

RÉFÉRENCEMENT ET INDEXATION

Scientific Journal Impact Factor

TOGETHER WE REACH THE GOAL

https://sjifactor.com/passport.php?id=24999

SJIFactor

Scientific Journal Impact Factor

CERTIFICATE OF INDEXING (SJIF 2026)

This certificate is awarded to

Perspectives Plurielles
(ISSN: 3105-8485 (E) / 3105-8493 (P))

The Journal has been positively evaluated in the SJIF Journals Master List evaluation process
SJIF 2026 = 5.147

SJIF (A division of InnoSpace)

SJIFactor Project Manager
International Advisory Services
INNOSPACE INTERNATIONAL

SJIFactor Project

HAL science ouverte	https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/1529502
ISSN INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER INTERNATIONAL CENTRE	https://portal.issn.org/resource/ISSN-L/3105-8485

ÉDITORIAL

Ce troisième numéro de *Perspectives Plurielles* prolonge la dynamique éditoriale amorcée en décembre 2025 et confirme la vitalité d'un projet scientifique pluridisciplinaire désormais solidement établi. L'ampleur des contributions reçues, la diversité des laboratoires et des institutions représentés, ainsi que l'exigence maintenue de l'évaluation par les pairs ont conduit le comité de rédaction à reconduire, en l'approfondissant, le choix opéré lors de la précédente livraison : le numéro paraît en deux tomes, le second se déployant lui-même en deux séries. Cette architecture respecte l'identité de chaque grand champ disciplinaire tout en préservant l'unité d'un projet résolument intégratif.

Le Tome I rassemble les travaux relevant des Arts, Lettres et Langues : littératures africaine, francophone, hispanique et anglophone, sémiotique, sociolinguistique et analyse du discours, didactique des langues, lexicologie et terminologie, études culturelles et postcoloniales. Le Tome II, consacré aux Sciences Humaines et Sociales, se déploie en deux séries. La série 1, « Territoires, sociétés et développement », réunit les recherches en géographie humaine et physique, en aménagement du territoire, en sociologie, en économie et en développement. La série 2, « Savoirs, éducation et représentations », accueille les sciences de l'éducation, la psychologie, les sciences de la communication, la philosophie, l'histoire, l'anthropologie et les études culturelles.

La diversité des terrains étudiés : Côte d'Ivoire, Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Mali, Togo, Guinée, Niger, Cameroun, Gabon, République du Congo et République démocratique du Congo, illustre la portée continentale de cette livraison. Plusieurs lignes de force s'en dégagent : la résilience environnementale et sanitaire des territoires, les recompositions urbaines et foncières, la gouvernance des ressources naturelles et des biens communs, l'inscription du numérique dans les pratiques sociales et politiques, les transformations des systèmes éducatifs, ainsi que la place des savoirs endogènes dans la régulation des sociétés contemporaines.

Le comité de rédaction adresse sa profonde reconnaissance aux auteurs, aux évaluateurs et au comité scientifique, ainsi qu'à l'UFR Communication et Société de l'Université Alassane Ouattara, partenaire fidèle de cette aventure. Que ce numéro confirme Perspectives Plurielles comme un espace de référence où s'élaborent, en dialogue, des savoirs ouverts sur les sociétés contemporaines et leurs mutations.

Bonne lecture.

Le Comité de rédaction

COMITÉ DE RÉDACTION

Directeur de Publication :
M. Konan Thiery St Urbain YEBOUE, Maître de Conférences

Secrétariat de rédaction

Dr (MC) KANGA Kouakou Hermann Michel, Université Alassane Ouattara
Dr (MC) YOMAN N'goh Koffi Michael, Université Alassane Ouattara
Dr (MC) KOUAMÉ Koaténin, Université Alassane Ouattara
Dr KONAN Aya Suzanne, Université Alassane Ouattara
Dr AKABLAH Tchoumou Léopold, Université Alassane Ouattara
Dr Kouamé Alain SARAKA, Université Alassane Ouattara
Dr Kanhoun Baudelaire KOUAME, Université Alassane Ouattara
Dr Kouakou Camille GOLI, Université Alassane Ouattara

Comité Scientifique et de Lecture :

Prof. Lazare Marcelin POAME, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Prof. Doh Ludovic FIÉ, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Prof. Pierre KAMDEM, Université de Poitiers, France ;
Prof. Joseph P. ASSI-KAUDJHIS, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Prof. (Dir. Rech.) Kouadio Raphaël OURA, Université Alassane Ouattara-CRD, Côte d'Ivoire ;
Prof. Atta Jacob BRINDOUMI, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Prof. SOW Ndioro, Université Gaston Berger, Sénégal ;
Prof. Fabio VITI, Université Aix-Marseille, France ;
Prof. François LAMBOTTE, Université Catholique de Louvain, Belgique
Prof. Konan Arsène KANGA, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Prof. Kacou GOA, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire ;
Prof. Yao Jean-Aimé ASSUE, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.
Prof. Eveno Emmanuel, Université Toulouse Jean-Jaurès, France ;
Prof. Kouakou Désiré M'BRAH, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.
Prof. Göbel Christof, Universidad Autónoma Metropolitana de Mexico, Mexique ;
Dr (MC) Kouassi Ernest YAO, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Jean Joêl BAHI, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Dhédé Paul Éric KOUAMÉ, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Yao Jean Julius KOFFI, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Adjoua Pamela N'GUESSAN, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Abiba DIARRASSOUBA, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Koffi Syntor KONAN, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Ehua Manzan Monique BEIRA, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire ;
Dr (MC) Konan Hubert KOUADIO, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

SOMMAIRE

Géographie, environnement et aménagement du territoire

KROUBA Gagaho Débora Isabelle

1. Cartographie des zones à risque de bilharziose urinaire par télédétection et SIG dans la région du Lôh-Djiboua (Centre-Ouest ivoirien) 1-15

KOUADIO Datté Anderson et FROUMAN Ouattarra Bourahima

2. Mobilité transfrontalière et échanges informels dans les espaces frontaliers ivoiro-ghanéens : dynamiques spatiales et enjeux de régulation 16-32

GUEDE One Enoc

3. Territoires des confrontations du bloc américano-israélien contre l'Iran et défis de résolution des tensions 33-46

FAYE Cheikh Ahmed Tidiane

4. Influence des aménagements anthropiques sur l'évolution du trait de côte dans la baie de Dakar : analyse morphodynamique de la plage de Bel Air (2019-2024).....47-63

Kouablan N'GUESSAN et Kadjo Simplice Antonio KOUAME

5. Croissance démographique et problématique du logement à Yamoussoukro : la contribution des villages intégrés à la ville dans l'offre foncière et immobilière 64-86

Kopeh Jean-Louis ASSI

6. Le district de Sassandra-Marahoué face à la dégradation de ses terres : une analyse géospatiale avec l'outil Trends.Earth.....87-104

Donatien AMOUSSOU, Djafarou ABDOULAYE et Mouïbatou TOURARE ALI

7. Facteurs déterminants de la dynamique des plantations de palmier à huile dans la commune d'Athiémé au Sud-Bénin.....105-124

Macoura Fatime Diawala KONE et Yao Jean Julius KOFFI

8. Niveau d'offre des ressources dans les structures sanitaires dites « médico-scolaires » dans la ville de Bouaké 125-143

Gonkanou Marius ZRAN et Bi Tiécoura Jean Arnaud Jaurès IRIE

9. Commercialisation des produits halieutiques et diversification des moyens d'existence des femmes rurales à l'Ouest de la Côte d'Ivoire dans le département de Zouan-Hounien.....144-158

Marius MASSALA MBINDZOUKOU, Bruno NKOUMAKALI et Luckin OBIANG OBIANG

10. Occupation du sol et identification des cultures agricoles à partir des algorithmes d'apprentissage automatique.....159-175

Daniel GOMIS, Baba SEYE, Mamadou DIOP et Mouhamadou Bassirou DIALLO

11. Perceptions des pêcheurs sur les interactions entre les oiseaux et la pêche : entre indicateurs, dynamique et menaces. Cas des quais de pêche de Yoff, Ouakam et Ngor (Dakar, Sénégal) 176-189

N'Guessan Fabrice YAO et Bi Tchan André DOHO

12. Gouvernance urbaine et dynamique des modes de mobilité informels de desserte des quartiers Andokoi 3 et Sagbé Nord (commune d'Abobo, Côte d'Ivoire) 190-204

Yaya DIALLO et Issa MBALLO

13. Accès à l'eau potable et résilience des populations dans la périphérie Est de la ville de Kolda (Sud-Sénégal) 205-220

MPEA ESSIE Princil et LONDESSOKO DOKONDA Rolchy Gonalth

14. Accès à l'électricité et dynamique sociale des villes secondaires du département de la Cuvette (République du Congo) 221-236

N'GUESSAN Kouakou Firmain

15. Gouverner l'espace partagé : divagation des animaux et tensions urbaines à San Pedro (Côte d'Ivoire).....237-254

YAO Konan Bérenger, KAKOU Ehounou Olivier et ASSUÉ Yao Jean-Aimé

16. Crise du personnel enseignant et performance scolaire : le cas de l'Inspection de Raviart en Côte d'Ivoire.....255-272

Moussa COULIBALY, Nafolo Drissa YEO et Mohamed Zanga OUATTARA

17. Insalubrité, révélateur de dégradation de l'environnement et risques sanitaires au quartier Dioulabougou dans la ville de Zuénoula.....273-290

ADOMON Abodou Athanase et OUIZAN Bi Zalié Privat

18. Gouvernance locale et participation citoyenne en Côte d'Ivoire : le paradoxe d'une implication citoyenne à Soubré 291-307

Marguerite KASSOGUE et Moussa dit Martin TESSOUGUE

19. Commerce et abattage de volailles sur les marchés, en commune V, du district de Bamako (Mali).....308-326

DIOMANDE Soualiho, SORO Zié Gédéon et DJETE Kousso Débora

20. Le modèle AVCD à l'épreuve de la conservation durable dans l'Ouest ivoirien : défis et perspectives pour les parcs nationaux du mont Sangbé et du mont Péko 327-344

Ousmane DIOUF et Mouhamadou Bassirou SECK

21. Gouvernance communautaire et vulnérabilité socio-économique face à l'invasion du *Typha australis* dans la Réserve naturelle communautaire de Tocc-Tocc (delta du fleuve Sénégal) 345-360

BISSOU Guikahué Daniel

22. Tourism Assets and Rural Tourism Underdevelopment in the Village of Akpoungbou, Côte d'Ivoire.....361-373

SOGBOU-ATIORY Badjo Julienne

23. Pandémie et réalités post-COVID-19 : effets socio-économiques sur les acteurs de la filière cocos, résidents de Jacqueville 374-394

Eveline MAHOUNGOU

24. La dynamique de transfert des cultures maraîchères dans les zones proches de Brazzaville.....395-412

Abdoulaye KANE, Edmée MBAYE, Bonoua FAYE et Famara BODIAN

25. Territoire de Fimela en transition : l'agroécologie et ses enjeux socio-économiques et environnementaux dans les systèmes alimentaires locaux 413-430

SORO Seydou Kadodjomon et GOGOUA Gbamain Éric

26. Conséquences de l'occupation des zones à risques dans la ville de Korhogo (Nord de la Côte d'Ivoire) 431-446

Kouamé Félix N'DRI, Sasso Sidonie Calice YAPI, N'gatta Konan Florentin KOUADIO et Kouassi DONGO

27. Vulnérabilité socio-environnementale et risques sanitaires dans les quartiers informels de Bingerville : une approche socio-géomatique de la contamination fécale 447-463

Richet NKOUBANGO NZOUSSI, Jean-Luc MOUTHOU et Hilarion Bagel MIZHAIRE

28. Les caractéristiques des clôtures parcellaires à Brazzaville (République du Congo).....464-485

Moussa Fadiala BOCOUM

29. Dynamique de la gestion de la forêt classée de Faya au Mali 486-500

Abdoulaye FOFANA, Soumahila BAYO et Sékou DOUMBOUYA

30. Le déficit d'engagement communautaire face à la résurgence d'Ébola à N'Zérékoré (Guinée) 501-516

KOMBIENI M'Bouaré Frédéric, LARE Kongben et SOUROKOU ZAKARI Amidou

31. Effets des pratiques agricoles et approches innovantes pour la sécurisation des berges du bassin versant de la rivière Mékrou au Bénin 517-533

Sociologie, économie et développement

Abdul Sadeck Akim MOUHAMED, Afouda Jacob YABI et Falylath BABAH DAOUDA

32. Le rôle négligé des commerçants dans la circularité alimentaire : revue critique des stratégies de valorisation des invendus maraîchers dans les marchés urbains africains 534-556

KRA Kouamé Chérubin

33. Le « gouassou » dans les marchés vivriers ivoiriens : essai de théorisation d'une pratique marchande de confiance 557-579

Dramane SALAMI et Souléïmane A. ADEKAMBI

34. Impact des modèles de financement agricole mis en place par les systèmes financiers décentralisés sur la productivité agricole au Nord-Bénin 580-596

Judicaël DIAMBOUNAMBATSI, Romaric YENO-AKENDENGUE et G. Goldris ZIGUI-YAO

35. Les « hommes de tout métier » au Gabon : sociologie d'une main-d'œuvre flottante 597-614

OGANTO Kokou Ananzè et YABI Afouda Jacob

36. L'écosystème de financement des entreprises agricoles au Togo 615-635

Francis Pegdewendé YOUGBARÉ et Victor TOUGMA

37. Genre et production scientifique : contraintes et stratégies de femmes chercheures du CNRST (Burkina Faso) 636-654

Boris Olivier GLODE

38. Gouvernance rebelle de 2002 à 2011 et recours à la violence dans les interactions sociales à Bouaké depuis 2011.....655-669

Wilfried BIVEGHE BI NDONG et Jean-Emery ETOUGHE-EFE

39. Le travail de la chefferie villageoise au Gabon : une socio-anthropologie des activités quotidiennes des chefs de village 670-684

OLATAYO Olatundé Ludovic, KONAN Affoué Anabelle Flora et YAO M'Bra N'Goran Marie-Joseph

40. Facteurs socioéconomiques de la commercialisation de la chicha dans la ville de Tengréla.....685-699

ROUAMBA Lydia

41. Genre et personnes déplacées internes vivant hors des sites officiels à Ouagadougou au Burkina Faso.....700-719

Bernard LENO et Ibrahima DIALLO

42. Diagnostic qualitatif d'un modèle de coopération décentralisée en Guinée : l'exemple de la commune urbaine de Labé et la Communauté d'agglomération du Sud-Est toulousain (SICOVAL) 720-739

BAH Nomansou Serge et KONE Moussa

43. Pouvoirs publics et instauration de la vidéosurveillance aux examens du baccalauréat dans la commune de Bouaké (région du Gbêkê, Côte d'Ivoire).....740-754

Matiéyendou KOMBATE et Adoté Akué AKPABIE

44. Le cancer à l'épreuve du pluralisme médical : représentations sociales, parcours thérapeutiques et dissimulation des pratiques parallèles au Togo 755-777

N'DRIN Dhaibout Romuald et BOUMI Minkalokeu Léonce

45. Construction sociale de l'orientation scolaire et professionnelle des jeunes à Abidjan : entre dispositif institutionnel et stratégies parentales 778-793

Zalissa WANGA et Bowendsom Claudine Valérie ROUAMBA/OUEDRAOGO

46. Commerce transfrontalier au Burkina Faso : une analyse des difficultés rencontrées par les femmes 794-810

ISSN : 3105-8485 (L) / 3105-8493 (P)
https://perspectivesplurielles.net/

LE CANCER À L'ÉPREUVE DU PLURALISME MÉDICAL : REPRÉSENTATIONS SOCIALES, PARCOURS THÉRAPEUTIQUES ET DISSIMULATION DES PRATIQUES PARALLÈLES AU TOGO

CANCER TESTED BY MEDICAL PLURALISM: SOCIAL REPRESENTATIONS, THERAPEUTIC PATHWAYS AND CONCEALMENT OF PARALLEL PRACTICES IN TOGO

Matiéyendou KOMBATE
Université de Lomé (Togo)
E-mail : kombateal@yahoo.fr

Adoté Akué AKPABIE
Université de Lomé (Togo)
E-mail : levycarlos2@yahoo.fr

Résumé : *Au Togo, les parcours de soins des personnes atteintes de cancer sont marqués par la pluralité des recours thérapeutiques et par des délais prolongés d'accès aux soins spécialisés. Cette recherche examine comment les représentations de la maladie orientent ces parcours, tout en considérant les contraintes du système de soins. Elle s'appuie sur une enquête par questionnaire auprès de 133 patients suivis au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé et d'accompagnants, ainsi que sur des données documentaires mobilisés pour contextualiser les contraintes structurelles. Les résultats montrent une forte prévalence des interprétations mystiques, surnaturelles et karmique du cancer. Ces représentations orientent les premiers recours thérapeutiques, notamment l'automédication, les recours non biomédicaux et sont associés à des délais prolongés d'accès à la première consultation spécialisée. Cependant, ces délais ne peuvent être attribués aux seules représentations de la maladie. Les entretiens et les données documentaires mettent également en évidence des contraintes économiques, organisationnelles et structurelles susceptibles de compliquer l'accès aux soins spécialisés. Le pluralisme thérapeutique persiste après le diagnostic et certaines pratiques parallèles sont dissimulées aux professionnels de santé. La recherche montre ainsi que les parcours thérapeutiques résultent de l'articulation entre représentations de la maladie et conditions d'accès au système de soins.*

Mots-clés : *Cancer ; représentations sociales ; pluralisme médical ; itinéraire thérapeutique ; dissimulation thérapeutique ; Togo.*

Abstract: *In Togo, healthcare pathways of people with cancer are marked by a plurality of therapeutic options and prolonged delays in accessing specialized care. This resarch examines how representations of illness shape these pathways.while considering the constraints of the CHU Sylvanus Olympio in Lomé, semi-structured interviews with healthcare system. It is based on questionnaire survey of 133 patients receiving care at the CHU Sylvanus Olympio in Lomé, semi-structured interviews with healthcare professionals and patient caregivers, as well as documentary data used to contextualize structural constraints. The results show a high prevalence of mystical, supernatural, and karmic interpretations of cancer. These representations shape initial therapeutic choices, particularly self-medication and non-biomedical forms of care, and are associated with prolonged delays in accessing the first specialized consultation. However, these delays cannot be attributed solely to representations of illness. Interviews and documentary data also highlight economic, organizational, and structural constraints that may complicate access to specialized care. Therapeutic pluralism persists after diagnosis, and some parallel practices are concealed from healthcare professionals. The study thus shows that therapeutic pathways result from the articulation between representations of illness and conditions of access to the healthcare system.*

Keywords: *Cancer; social representations; medical pluralism; treatment pathways; treatment concealment; Togo.*

Introduction

Le cancer constitue aujourd'hui l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Selon H. Sung et al. (2021, p. 209), près de 19,3 millions de nouveaux cas et environ 10 millions de décès ont été enregistrés en 2020. Les auteurs estiment que le nombre annuel de nouveaux cas pourrait atteindre 28,4 millions à l'horizon 2040, soit une hausse de 47 % par rapport à 2020. Cette progression concerne particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les systèmes de santé demeurent confrontés à d'importantes contraintes en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des maladies non transmissibles. En Afrique subsaharienne, F. Bray et D. M. Parkin (2022, p. 719) évaluent à 801 392 le nombre de nouveaux cas et à 520 158 le nombre de décès liés au cancer recensés en 2020. Selon W. Ngwa et al. (2022, pp. e251-e252), en l'absence d'investissements substantiels dans les infrastructures oncologiques (les capacités diagnostiques et l'accès aux traitements), la mortalité cancéreuse pourrait dépasser un million de décès annuels dans la région à l'horizon 2030.

Selon les estimations de l'International Agency for Research on Cancer (IARC), le Togo comptait en 2024 environ 7 031 nouveaux cas de cancer et 4 351 décès liés au cancer (M. Ervik et al., 2026, p. 1). Selon la même source, en 2024, les cancers du sein (1 701 ; 24,2 %), du col de l'utérus (746 ; 10,6 %), de la prostate (548 ; 7,8 %), du foie (499 ; 7,1 %) et colorectal (453 ; 6,4 %) figuraient parmi les cancers les plus fréquemment estimés au Togo (M. Ervik et al., 2026, p. 2). La maladie ne relève pas uniquement d'un processus biologique ; elle constitue également une expérience sociale au cours de laquelle les individus élaborent des représentations, attribuent des causes à leur souffrance et orientent leurs comportements thérapeutiques en fonction de systèmes de significations socialement construits. À cet égard, D. Fassin (1992, pp. 22-24) souligne que la maladie et les pratiques de soins constituent des observations privilégiées des rapports entre savoirs, croyances, conditions sociales d'existence et organisation des systèmes de santé.

Au Togo, la littérature scientifique consacrée au cancer demeure principalement dominée par les approches biomédicales. Les travaux de K. Amegbor et al. (2011, pp. 1-7) ainsi que ceux de T. Daré et al. (2017, pp. 3407-3411) ont contribué à documenter l'épidémiologie des cancers, leurs caractéristiques anatomopathologiques et certaines dimensions diagnostiques. D'autres recherches se sont intéressées aux modalités thérapeutiques et aux défis organisationnels de la prise en charge oncologique. Plus récemment, A. A. Akpabie et M. Kombaté (2024, pp. 89-90), dans une réflexion consacrée à la mortalité des personnes atteintes de cancer au Togo, ont montré que l'évolution de la maladie et l'issue des parcours de soins sont également influencées par des facteurs économiques, institutionnels et sociaux. Malgré l'intérêt de ces travaux, les représentations sociales du cancer, les logiques qui orientent les choix

thérapeutiques des patients et les modalités concrètes d'articulation entre différents systèmes de soins demeurent encore insuffisamment documentées dans le contexte togolais.

Pourtant, plusieurs travaux menés en anthropologie et en sociologie de la santé montrent que les maladies graves donnent lieu à des interprétations qui dépassent souvent le seul registre biomédical. Les analyses de J. M. Janzen (1978, p. 5) sur les itinéraires thérapeutiques en Afrique centrale mettent en évidence la pluralité des recours mobilisés par les malades dans leur quête de soins. De même, les recherches sur le pluralisme médical soulignent que différents systèmes thérapeutiques (biomédecine, tradithérapie, pratiques religieuses ou automédication) peuvent coexister au sein d'un même espace social et être sollicités de manière complémentaire ou concurrente selon les circonstances (C. Leslie, 1980, pp. 191-195). Dans ce contexte, les parcours thérapeutiques apparaissent comme des processus complexes où interviennent simultanément les représentations de la maladie, les ressources disponibles, les contraintes institutionnelles et les attentes des patients. La compréhension de ces dynamiques apparaît particulièrement importante dans le cas du cancer. La chronicité de la maladie, l'incertitude qui entoure souvent son évolution, le coût des traitements ainsi que les contraintes liées à l'accès aux soins spécialisés sont susceptibles d'influencer les choix thérapeutiques des patients et de leurs proches. L'étude des représentations sociales du cancer et des parcours thérapeutiques qu'elles contribuent à structurer permet ainsi d'éclairer des dimensions souvent peu visibles de la prise en charge de la maladie.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente recherche. Elle vise à analyser les représentations sociales du cancer, les parcours thérapeutiques des patients et les logiques associées au recours à des pratiques parallèles dans le contexte togolais. La question centrale qui guide cette recherche est la suivante : comment les représentations sociales du cancer influencent-elles les parcours thérapeutiques et les pratiques de recours parallèles des personnes atteintes de cancer au Togo ? De cette interrogation découlent trois questions spécifiques : comment les patients construisent-ils la signification de leur maladie ? Quels recours thérapeutiques mobilisent-ils avant et après le diagnostic biomédical ? Dans quelle mesure les pratiques thérapeutiques parallèles s'articulent-elles avec la prise en charge médicale conventionnelle ?

L'hypothèse qui guide cette recherche est que les représentations étiologiques du cancer orientent les premiers recours thérapeutiques des patients et sont associées au délai d'accès à la première consultation spécialisé, dans un contexte marqué par des contraintes structurelles et économiques du système de soins.

1. Cadre théorique

1.1. Les représentations sociales de la maladie

La notion de représentation sociale de la maladie constitue un premier ancrage théorique de cette recherche. Pour C. Herzlich (1969, p. 13), la maladie ne relève pas uniquement d'une réalité biologique ; elle constitue également une construction sociale élaborée à partir de l'expérience vécue et des normes collectives. Les représentations que les individus développent influencent leur rapport au corps, à la souffrance, aux soignants et aux traitements. Dans cette perspective, la maladie peut être perçue comme une épreuve destructrice, une forme de libération ou encore un combat quotidien (C. Herzlich, 1969, p. 139). Cette approche est prolongée par A. Kleinman (1980, pp. 105-106) à travers le concept de « modèles explicatifs de la maladie ». Selon cet auteur, patients, proches et professionnels de santé mobilisent des conceptions de la maladie et de son traitement qui orientent la manière dont ils interprètent l'épisode pathologique et les réponses thérapeutiques à lui apporter. Ces modèles sont socialement et culturellement construits. Ils peuvent diverger et produire des incompréhensions susceptibles d'influencer les comportements thérapeutiques (A. Kleinman, 1980, p. 112). Cette perspective permet d'analyser les significations attribuées au cancer ainsi que leur influence sur les décisions de recours aux soins.

1.2. Le pluralisme médical

L'analyse des recours thérapeutiques s'appuie ensuite sur la théorie du pluralisme médical. Selon C. Leslie (1980, pp. 191-195), plusieurs systèmes médicaux peuvent coexister dans un même espace social et être mobilisés de manière concurrente ou complémentaire par les patients. La biomédecine, la tradithérapie, les pratiques religieuses et l'automédication constituent ainsi des ressources thérapeutiques entre lesquelles les individus circulent selon leurs croyances, leurs expériences et les contraintes auxquelles ils sont confrontés. Cette perspective est enrichie par les travaux de J. M. Janzen (1978, p. 5.), qui montre que les décisions thérapeutiques sont rarement individuelles. Elles impliquent souvent un « groupe de gestion thérapeutique » composé du malade, de sa famille et de son entourage, participant à l'orientation des choix de soins. Par ailleurs, S. Fainzang (2006, p. 117) souligne que les patients ne communiquent pas toujours aux professionnels de santé l'ensemble des recours thérapeutiques qu'ils mobilisent, ce qui peut affecter la qualité du suivi médical. Ces apports permettent d'éclairer les logiques de recours multiples et les relations entre patients et personnel soignant.

1.3. L'itinéraire thérapeutique : une approche séquentielle de recours aux soins

La notion d'itinéraire thérapeutique complète ce dispositif analytique. Développée notamment par J. M. Janzen (1978, pp. 3-5.) et D. Fassin (1992,

pp. 113-114), elle désigne l'ensemble des démarches entreprises par un malade et son entourage depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la recherche d'une solution thérapeutique. Cette trajectoire ne résulte pas d'un calcul strictement individuel ; elle est façonnée par les relations sociales et les contraintes institutionnelles. L'approche par les itinéraires thérapeutiques permet ainsi de saisir la succession, la combinaison ou la substitution des différents recours mobilisés face à la maladie. Elle offre également un cadre pertinent pour analyser les rapports entre représentations du cancer, pluralisme médical et contraintes du système de santé. Les trois approches mobilisées apparaissent complémentaires. La théorie des représentations sociales permet d'appréhender les significations attribuées au cancer ; le pluralisme médical éclaire la coexistence de plusieurs systèmes de soins et les logiques de circulation entre ceux-ci ; enfin, l'approche par les itinéraires thérapeutiques offre la possibilité de reconstruire les parcours de soins dans leur dimension sociale, culturelle et institutionnelle. Leur articulation fournit ainsi un cadre d'analyse adapté à la compréhension des comportements thérapeutiques des personnes atteintes de cancer dans le contexte togolais.

2. Méthodologie

2.1. Terrain d'étude et démarche méthodologique

Afin d'appréhender les représentations sociales du cancer, les parcours thérapeutiques des patients et les logiques de recours aux soins au Togo, cette recherche repose sur une combinaison des approches quantitative, qualitative et documentaire. Selon J. W. Creswell et V. L. Plano Clark (2011, p. 5), le recours à une démarche mixte permet d'obtenir une compréhension plus approfondie des phénomènes complexes qu'une approche unique ne saurait fournir. Cette combinaison méthodologique vise à saisir simultanément l'ampleur des comportements observés, les significations attribuées à la maladie ainsi que les logiques sociales qui orientent les choix thérapeutiques des patients. L'enquête quantitative a été réalisée entre avril et mai 2026 au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, principale structure publique de référence disposant d'un service d'oncologie au Togo. Quatre services ont été retenus : oncologie, gynécologie, urologie et chirurgie. Les autres services recevant occasionnellement des patients atteints de cancer orientent généralement ces derniers vers le service d'oncologie pour leur prise en charge spécialisée.

2.2. Population d'étude et collecte des données

L'échantillon a été constitué selon une combinaison d'échantillonnage accidentel et raisonné (R. Quivy et L. Van Campenhoudt, 2011, p. 170). Ont été inclus les patients âgés de dix-huit ans et plus, ayant reçu un diagnostic confirmé de cancer, présents dans les services concernés au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à la recherche. Cette procédure a permis de constituer un

échantillon de cent trente-trois (133) patients. Compte tenu du caractère accidentel de l'échantillonnage et de la réalisation de l'enquête sur un seul site hospitalier, les résultats décrivent principalement les caractéristiques et les expériences des participants enquêtés et ne peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes atteintes de cancer au Togo. Les données quantitatives ont été recueillies au moyen d'un questionnaire semi-structuré administré indirectement par des enquêteurs formés, afin de réduire les difficultés liées aux différences de niveau d'instruction et de faciliter la compréhension des questions. Le volet qualitatif a reposé sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de deux catégories d'acteurs : quinze (15) professionnels de santé impliqués dans la prise en charge oncologique (oncologues, gynécologues, urologues, chirurgiens et infirmiers) et vingt (20) accompagnants de patients. Comme le soulignent R. Quivy et L. Van Campenhoudt (2011, pp. 170-171), l'entretien semi-directif constitue un outil particulièrement adapté à l'exploration des pratiques, des représentations et des expériences sensibles. Le choix d'interroger les accompagnants s'appuie sur les travaux de J. M. Janzen (1978, p. 5), selon lesquels les décisions thérapeutiques sont fréquemment influencées par un « groupe de gestion thérapeutique » composé de membres de la famille et de proches participant aux décisions relatives aux recours aux soins. Le volet documentaire s'appuie sur une revue de la littérature spécialisée pour contextualiser le terrain et mettre en perspective les résultats de l'enquête.

2.3. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide de statistiques descriptives (effectifs, fréquences et pourcentages). Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu visant à identifier les représentations sociales du cancer, les logiques de recours thérapeutique et les formes d'articulation entre les différents systèmes de soins. La confrontation des données quantitatives, qualitatives a permis de mettre en perspective les résultats issus des différents matériaux recueillis. Les données documentaires ont, pour leur part, été mobilisées principalement pour contextualiser le terrain et éclairer l'interprétation des résultats.

2.4. Positionnalité du chercheur et considérations éthiques

L'un des auteurs de cette recherche occupe une double position de professionnel de santé au sein d'un programme national de santé publique et de chercheur en sociologie. Cette proximité institutionnelle a facilité l'accès au terrain d'enquête et la compréhension du contexte organisationnel de la prise en charge des patients atteints de cancer. Conscients des biais potentiels liés à cette position, les auteurs ont veillé à distinguer strictement les activités professionnelles de la conduite de la recherche. La recherche était de nature observationnelle et non interventionnelle : elle n'impliquait aucune modification de la prise en charge des patients, aucune intervention diagnostique ou thérapeutique et aucune

expérimentation. Elle n'avait pas pour objet d'évaluer ou de contrôler les pratiques professionnelles ni de porter un jugement sur l'organisation des services, mais d'analyser les parcours thérapeutiques et les représentations sociales associés à la prise en charge du cancer.

Le recrutement des participants s'est basé exclusivement sur leur disponibilité et leur accord libre, sans qu'aucune relation de soins, de subordination ou d'autorité ne conditionne leur participation. Les objectifs de la recherche ont été présentés aux participants avant le recueil de leur consentement libre et éclairé. Aucun carnet de soins individuel ni aucun dossier médical nominatif n'a été consulté. L'ensemble des informations recueillies auprès des participants a fait l'objet d'une anonymisation afin de garantir leur confidentialité. Aucune donnée nominative n'a été utilisée dans l'analyse ou la présentation des résultats. Les auteurs ont également veillé à préserver le secret professionnel et à limiter les biais susceptibles d'être associés à la position institutionnelle du premier auteur. Enfin, l'analyse et l'interprétation des données ont fait l'objet d'une discussion et d'une confrontation systématiques entre les deux auteurs. Le second auteur, intervenant exclusivement en qualité de chercheur en sociologie, a participé à la lecture critique des matériaux empiriques ainsi qu'à la validation des interprétations. Cette démarche a permis de renforcer la distance critique et la cohérence analytique des résultats.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

Variable	Modalités	Fréquence	%
Sexe	Masculin	70	52,63
	Féminin	63	47,37
Age	18-25	3	2,26
	26-33	6	4,51
	34-41	5	3,76
	42-49	15	11,28
	50-57	19	14,29
	58-65	37	27,82
	65 et plus	48	36,09
Niveau d'instruction	Supérieur	15	11,28
	Secondaire	22	16,54
	Primaire	38	28,57
	Non scolarisé	58	43,61
Type de cancer	Sein	40	30,08
	Col de l'utérus	20	15,04
	Prostate	38	28,57
	Lymphome non hodgkinien	15	11,28
	Estomac	20	15,04
Total		**133**	**100**

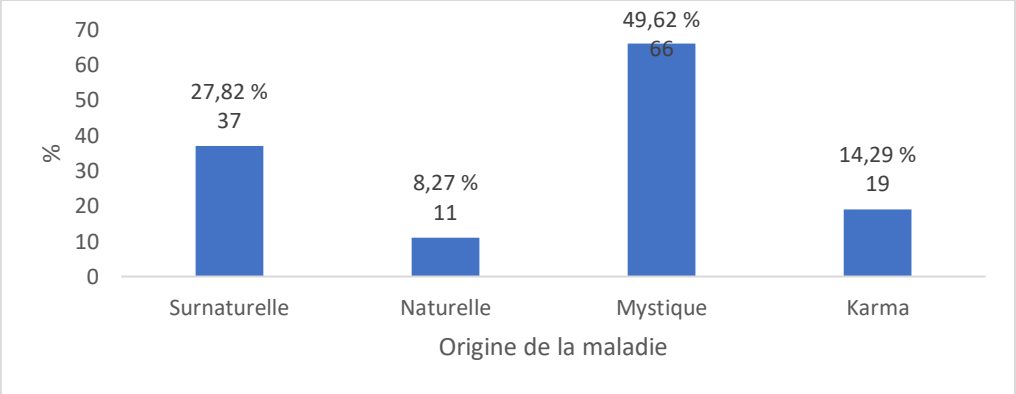
Source : Données de l'enquête, 2026

L'échantillon composé de 133 patients comporte une légère prédominance masculine (52, 63 %). Les patients âgés de 65 ans et plus représentent 36, 09 % de l'effectif, tandis que les personnes non scolarisées constituaient 43,61 % de l'échantillon. Les cancers du sein (30, 08 %) et de la prostate (28,57 %) étaient les plus représentés.

3.2. Perceptions de l'origine du cancer

Les résultats montrent une prédominance des explications non biomédicales dans les perceptions de l'origine du cancer chez les patients enquêtés. Comme l'indique la figure 1, près de la moitié des patients enquêtés (49,62 %) attribuent leur maladie a une origine mystique, particulièrement à la sorcellerie, à l'envoûtement ou à l'intervention d'un « mangeur d'âmes ». Plus d'un quart (27,82 %) l'interprètent à travers un registre surnaturel, tandis que 14,29 % l'associent à une logique karmique renvoyant à une rétribution divine ou cosmique. Au total, ces trois registres d'interprétation concernent 91,97 % des patients. À l'inverse, seuls 8,03 % des patients mobilisent une explication naturelle ou biologique, faisant notamment référence à la pollution environnementale, à l'exposition aux pesticides ou aux prédispositions génétiques.

Figure 1 : Répartition des patients selon leur perception de l'origine du cancer



Source : Données de l'enquête, 2026

Les résultats de la figure 1 montrent que le cancer est majoritairement interprété dans l'échantillon à partir de registres qui dépassent l'explication strictement biomédicale. Cependant, la seule distribution des représentations étiologiques ne permet pas de déterminer leur influence sur les comportements thérapeutiques. Pour examiner cette dimension de l'hypothèse, l'origine perçue du cancer a été croisée avec le premier recours thérapeutique déclaré par les patients. Le croisement entre ces deux variables met en évidence des différences dans les modalités de recours selon l'origine attribuée à la maladie (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patients selon l'origine perçue du cancer et le temps mis avant la première consultation spécialisée

Origine perçue du cancer	Moins de 6 mois		6 -11 mois		12 -17 mois		18 -23 mois		24 mois et plus		Total	
Mystique	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	15,15	56	84,85	66	100,00
Surnaturelle	1	2,70	4	10,81	8	21,62	10	27,03	14	37,84	37	100,00
Karmique	2	10,53	4	21,05	2	10,53	4	21,05	7	36,84	19	100,00
Naturelle/ biologique	0	0,00	0	0,00	1	9,09	7	63,64	3	27,27	11	100,00
Total	3	2,26	8	6,02	11	8,27	31	23,31	80	60,15	133	100,00

Source : Données de l'enquête, 2026

Les résultats du tableau 2 permettent d'examiner empiriquement l'hypothèse selon laquelle les représentations étiologiques orientent les premiers recours thérapeutiques. Ils indiquent notamment dans quelle mesure les patients qui attribuent leur maladie à une origine mystique, surnaturelle ou karmique se distinguent, dans leurs premiers recours au spécialiste, de ceux qui mobilisent une explication naturelle ou biologique.

Les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé permettent d'éclairer les logiques associées à ces différentes représentations. Un médecin souligne : « Très peu de malades acceptent cette maladie comme étant naturelle ; ils rattachent presque tout leur mal à la sorcellerie ou l'envoûtement. D'autres se culpabilisent d'avoir été eux-mêmes à l'origine de la maladie pour les mauvais actes qu'ils auraient commis ». Un autre médecin ajoute : « Il y en a qui rattachent leur maladie à la pollution de l'air, d'autres aux pesticides utilisés dans les champs ». Les accompagnants interrogés expriment également des interprétations non biomédicales de la maladie. Pour certains, le cancer est associé à une origine mystique : « Pour nous, ce n'est pas une maladie ordinaire parce que pour une maladie comme toute autre, au moins une tentative marcherait. Nos démarches dans l'automédication et dans les hôpitaux secondaires n'ont rien changé. À l'inverse, l'état se détériorait. Cette situation n'a d'autres explications que quelqu'un peut être derrière ça. » (Entretien). Un autre accompagnant établit également un lien entre l'échec des recours entrepris, les antécédents familiaux et l'hypothèse d'une intervention mystique :

> *Quand on ne comprend pas vraiment après avoir fait tant d'efforts, il est clair que les voix s'élèvent pour percevoir des origines humaines, donc mystiques, surtout que chez nous particulièrement, il y a des antécédents de problèmes fonciers avec des familles riveraines. Naturellement, dans la famille, on pense qu'une personne lui a fait du mal mystiquement.*

Dans d'autres situations, l'origine surnaturelle est associée à l'évolution de la maladie et à l'intervention d'acteurs religieux ou traditionnels. Un autre accompagnant déclare :

> *Même s'il y a des problèmes physiques, une maladie qui dégénère au fur et à mesure que l'on apporte des solutions, il est de bon ton que l'on*

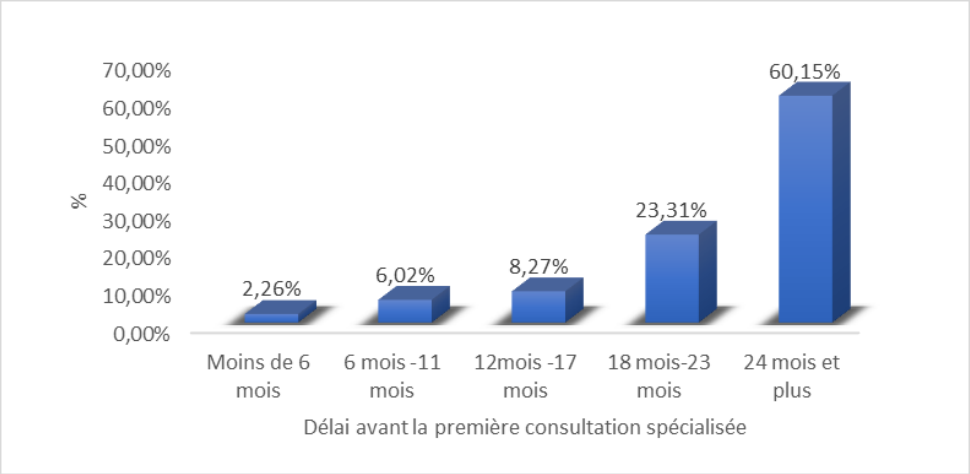
> *pense au spirituel. Dans notre cas, mon parent malade est nommé directeur d'école il n'y a pas longtemps et cette maladie a débuté malgré les efforts fournis. C'est sans doute mystique. Les féticheurs et pasteurs sont formels, vu les manifestations de la maladie, cela dépasse l'entendement humain, il faut donc intensifier les prières et sacrifices.*

Chez les accompagnants qui attribuent au cancer une origine karmique, l'interprétation de la maladie renvoie davantage à une logique de rétribution liée aux comportements antérieurs. L'un d'eux explique : « Certaines choses que nous faisons dans la vie peuvent avoir des conséquences plus tard. Nous avons fini par comprendre cela ainsi surtout avec les efforts fournis à la maison et les résultats maigres obtenus. La maladie évoluait et le sommeil devient court ». Un autre accompagnant précise : « Vous savez dans la mesure où on a épuisé nos efforts, nous sommes convaincus que c'est le karma. Pour le cas de mon frère malade, même les féticheurs disent que c'est le châtiment relatif à ces propres comportements et faits. Ce n'est pas tout qu'on connaît de ses proches ». Les données quantitatives et les entretiens convergent ainsi vers la présence de plusieurs registres explicatifs de la maladie. Les données quantitatives permettent d'identifier la distribution de ces représentations et leur relation avec les premiers recours thérapeutiques, tandis que les entretiens donnent accès aux raisonnement mobilisés par les patients, leurs proches et les professionnels pour expliquer ces choix. Le croisement entre l'origine perçue du cancer et le délai d'accès à la première consultation spécialisée montre également des différences importantes entre les catégories d'origines attribuées à la maladie.

3.3. Délais d'accès à la première consultation spécialisée

L'accès à la première consultation spécialisée apparaît particulièrement tardif dans l'échantillon. La figure 2 montre que seulement 2,26 % des patients ont consulté un spécialiste dans les six premiers mois suivant l'apparition des symptômes. Cette proportion augmente à 6,02 % entre six et onze mois et à 8, 27 % entre douze et dix-sept mois. À l'opposé, 83,46 % des patients n'ont eu accès à une prise en charge spécialisée qu'après dix-huit mois d'évolution des symptômes.

Figure 2 : Répartition des patients selon le temps mis avant la première consultation spécialisée



Source : Données de l'enquête, 2026

Ces résultats mettent en lumière une forte concentration des délais dans les périodes les plus longues : près de six (06) patients sur dix (10) ont attendu deux années ou davantage avant d'accéder à une consultation spécialisée. Le délai observé ne peut cependant pas être interprété à partir des seules représentations que les patients se font de l'origine de leur maladie. Les données recueillies auprès des professionnels de santé font en effet apparaitre plusieurs contraintes susceptibles d'intervenir dans la constitution de ces délais. En effet, Les entretiens menés auprès de ces professionnels permettent d'identifier des difficultés d'accès aux examens spécialisés ainsi qu'une faiblesse de l'offre nationale de soins oncologiques. Neuf (9) professionnels parmi ceux interrogés évoquent ces difficultés. Un médecin rapporte : « J'ai reçu en début d'année un patient qui a traîné pendant deux ans dans des hôpitaux sans que personne ne puisse poser le diagnostic. Ce retard est fatal pour les malades ». Un autre précise : « Pour ceux déjà dans un état grave, parfois, c'est dans l'ambulance ou le taxi que le malade meurt sans avoir pu réaliser son examen ». Ces témoignages suggèrent que le délai d'accès à la prise en charge spécialisée s'inscrit également dans des contraintes liées à l'organisation et à la disponibilité des soins. Les difficultés d'accès aux examens diagnostiques, l'insuffisance de l'offre spécialisée et les distances à parcourir peuvent ainsi constituer des obstacles supplémentaires pour les patients.

Les données documentaires mobilisées dans cette recherche permettent de replacer ces observations dans le contexte plus large du système de soins oncologique au Togo. Les travaux de A. A. Akpabie et M. Kombaté (2024, pp. 84-92) rapportent des difficultés liées au nombre limité de spécialiste, l'accès aux médicaments anti-cancéreux, au coût du diagnostic et du traitement ainsi qu'aux insuffisances de l'offre spécialisée. Ces éléments croisés contribuent à contextualiser les difficultés rapportées par les professionnels interrogés. L'analyse croisée de l'origine perçue du cancer et du délai d'accès à la première consultation

spécialisée apporte un éclairage complémentaire. Parmi les patients attribuant une origine mystique à leur cancer, 84, 85 % ont attendu au moins vingt-quatre mois avant leur première consultation spécialisée. Cette proportion est de 37, 84 % chez ceux qui évoquent une origine surnaturelle, de 36,84 % chez ceux qui retiennent une origine karmique et de 27,27 % chez ceux qui attribuent à la maladie une origine naturelle ou biologique (tableau 2). Cette distribution descriptive met donc en relief des écarts importants selon l'origine attribuée au cancer. Elle est compatible avec l'hypothèse d'une association entre les représentations étiologiques et le délai d'accès à la première consultation spécialisée. Néanmoins, ces données ne permettent pas, à elles seules, d'établir que les représentations constituent la cause du retard. Les contraintes structurelles et économiques mises en évidence par les entretiens et les données documentaires constituent des facteurs contextuels qui doivent également être pris en considération dans l'interprétation de ces délais. Les résultats invitent ainsi à considérer le retard d'accès à la consultation spécialisée comme un phénomène susceptible de résulter de l'articulation de plusieurs dimensions : les représentations que les patients se font de l'origine de leur maladie, les choix thérapeutiques qui en découlent et les conditions concrètes d'accès aux soins spécialisés. L'analyse des pratiques thérapeutiques dès l'apparition des premiers symptômes permet d'approfondir cette articulation

3.4. Pratiques thérapeutiques dès l'apparition des premiers symptômes

Les résultats révèlent que l'automédication constitue la première réponse thérapeutique privilégiée face aux symptômes initiaux de la maladie. Comme l'indique le tableau 3, 43,6 % des patients déclarent avoir eu recours exclusivement à l'automédication dans un premier temps. Lorsque sont prises en compte toutes les modalités comportant cette pratique, 96,2 % des patients y ont recouru et 56 % l'ont combinée à d'autres recours. La combinaison automédication et consultation chez un tradithérapeute concerne 18 % de l'échantillon, tandis que 21,8 % associent automédication et consultation médicale.

Tableau 3 : Répartition des patients selon leur pratique à l'apparition des premiers symptômes

Pratiques dès l'apparition des premiers signes	Fréquence	Pourcentage (%)
Automédication	58	43,6
Automédication + Consultation chez un tradithérapeute	24	18,0
Automédication + Consultation chez un tradithérapeute + Centre de prière	4	3,0
Automédication + Consultation médicale	29	21,8
Automédication + Consultation médicale + Consultation chez un tradithérapeute	13	9,8
Consultation chez un tradithérapeute	5	3,8
Total	**133**	**100**

Source : Données de l'enquête, 2026

Les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé permettent de mieux comprendre ces pratiques. Selon un urologue : « D'abord », explique-t-il, « ils mettent plus d'un mois à recourir aux médicaments informels, puis ils se tournent vers des infusions ». « Parfois », poursuit-il, « ce sont des voisins ou des membres de la famille qui leur recommandent un remède. Pendant ce temps, la maladie progresse ». Un gynécologue ajoute : « Généralement, lorsqu'ils arrivent, ils sont dépourvus de moyens financiers. Le peu dont ils disposent a déjà été dépensé pour acheter des remèdes traditionnels ou donné à des pasteurs en contrepartie d'eaux bénites pour des rituels de purification ». Ces résultats montrent que les premiers recours thérapeutiques s'inscrivent largement en dehors du système biomédical spécialisé.

3.5. Pratiques thérapeutiques après l'annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic biomédical ne met pas fin à la diversification des recours thérapeutiques. Les données recueillies montrent qu'aucun patient ne déclare s'en remettre exclusivement à la biomédecine après la confirmation médicale de la maladie. La combinaison « infusions et recours aux services d'un féticheur » constitue la pratique la plus fréquente chez les patients (31,58 %). Au total, les modalités impliquant un féticheur ou un prêtre vodou concernent 62, 41 % des patients. Il s'agit notamment du recours à l'infusion, des services d'un féticheur (31,58 %) ; le recours à l'infusion, au service d'un féticheur et à celui d'un prêtre vodou (3,01 %) ; le recours à la prière dans un centre, à l'infusion et aux services d'un prêtre féticheur (9,02 %) ; le recours à la prière dans un centre, à l'infusion, et aux services d'un prêtre vodou (3,01 %) ; le recours aux services d'un féticheur (10,53 %) et le recours aux services d'un prêtre vodou uniquement (5, 26 %).

Tableau 4 : Répartition des patients selon les pratiques de soins après l'annonce du diagnostic

Pratiques de soins après l'annonce du diagnostic	Fréquence	%
Infusion	4	3,01
Infusion + Prière personnelle	8	6,02
Infusion + Recours aux services d'un féticheur	42	31,58
Infusion + Recours aux services d'un féticheur + Recours aux services d'un Prêtre Vodou	4	3,01
Prière dans un centre	12	9,02
Centre de prière + infusion	18	13,53
Prière dans un centre + infusion + Recours aux services d'un féticheur	12	9,02
Prière dans un centre + infusion + Recours aux services d'un Prêtre Vodou	4	3,01
Prière dans un centre charismatique	4	3,01
Prière personnelle	4	3,01
Recours aux services d'un féticheur	14	10,53
Recours aux services d'un Prêtre Vodou	7	5,26
Recours à la biomédecine	0	0
Total	**133**	**100,00**

Source : Données de l'enquête, 2026

De même, les centres de délivrance, les centres de prière et les pratiques religieuses individuelles demeurent fortement mobilisés. Les entretiens mettent en évidence la persistance de ces recours après l'annonce du diagnostic. Un médecin décrit la réaction à l'annonce :

> *Lorsqu'on pose le diagnostic, on entend souvent « édo ya mougni condji too » ou « yesu la yodoa » (transcrit et traduit par le chercheur), ce qui signifie en Mina, respectivement, cette maladie n'est pas pour l'hôpital, Jésus va guérir cette maladie. Ces malades disparaissent et on ne les voit plus ; parfois c'est dans le service de réanimation qu'on retrouve certains en coma.*

Un médecin rapporte également le cas d'une patiente atteinte d'un cancer de l'utérus ayant refusé une intervention chirurgicale recommandée : « Elle s'est vidée de son sang, elle est arrivée, pratiquement inconsciente ». Les résultats mettent ainsi en évidence la persistance de pratiques thérapeutiques multiples après la confirmation biomédicale de la maladie. Par ailleurs, le choix de l'itinéraire thérapeutique n'est pas le seul choix du patient et de ses enfants mais il existe une interférence des parents proches. Un accompagnant déclare :

> *Les oncles et tantes ont demandé lorsque la situation n'allait pas dans le bon sens que l'on regarde du côté des tradithérapeutes car, il est très incompréhensible qu'une maladie ne connaissent pas d'issue avec tous les efforts. C'est pourquoi il faut voir les tradipraticiens qui ont certainement des recettes que la médecine n'a pas. Lorsque ces derniers arrivent, il n'était plus question de continuer indéfiniment avec des ordonnances qui n'apportaient pas grand-chose.*

Un autre accompagnant apporte son témoignage sur la question en ce sens :

> *Puisqu'il y avait des oncles et tantes instruites, il se dessinait deux camps, d'autres qui estimaient que cette maladie ne peut trouver une issue qu'à l'hôpital, tandis que d'autres croient en des tradithérapeutes capables de résoudre ces problèmes qui restaient selon certains supérieurs à la médecine. Il a été convenu alors de combattre sur les deux fronts car nul ne sait réellement où se trouvera la solution. Donc, il y a actuellement une combinaison des recettes du praticien et de la médecine. On n'y peut rien nous cherchons la solution par tous les moyens et c'est une décision de la famille.*

En dehors des pratiques thérapeutiques après diagnostic et les sources de ces choix, il se dessine une autre pratique qui selon les patients participent au processus de guérison. Il s'agit de la dissimulation des pratiques parallèles aux médecins traitants.

3.6. Dissimulation des pratiques parallèles aux médecins traitants

L'enquête révèle que 105 patients sur 133, soit 78,95 % déclarent avoir dissimulé à leur médecin au moins une pratique thérapeutique parallèle au cours de leur prise en charge, tandis que 28 patients (21,05 %) déclarent ne pas avoir pratiqué de dissimulation (tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des patients selon qu'ils dissimulent ou non le recours à d'autres pratiques de soins

Recours à d'autres pratiques	Fréquence	%
Oui	105	78,95
Non	28	21,05
Total	**133**	**100**

Source : Données de l'enquête, 2026

Les pratiques dissimulées sont principalement constituées d'infusions et de préparations traditionnelles. 60 patients (45,11 %) déclarent utiliser des infusions d'herbes, 12 (9,02 %) associent une poudre noire à base d'ingrédients calcinés à des infusions, 11 (8,27 %) combinent compléments alimentaires et infusions, 9 (6,77 %) utilisent de la poudre noire, 8 (6, 02 %) ont recours aux scarifications et 5 (3,76 %) utilisent des compléments alimentaires (tableau 6). Les 28 patients ne déclarant aucune pratique parallèle représentent 21,05 % de l'échantillon.

Tableau 6 : Répartition des patients selon les pratiques thérapeutiques dissimulées par les patients

Traitement dissimilés	Fréquence	%
Complément alimentaire + infusion d'herbes	11	8,27
Complément alimentaire	5	3,76
Poudre noire à partir d'ingrédients calcinés +infusion d'herbes	12	9,02
Infusion d'herbes	60	45,11
Scarifications	8	6,02
Poudre noire	9	6,77
Néant	28	21,05
Total	**133**	**100**

Source : Données de l'enquête, 2026

Selon les professionnels de santé interrogés, cette situation est observée dans l'ensemble des catégories de patients, indépendamment du niveau d'instruction ou de l'appartenance religieuse. Un médecin gynécologue témoigne : « Certaines fois, nous les surprenons en train de boire des infusions de nature inconnue. D'autres fois, c'est lors de l'examen clinique que l'on constate des scarifications sur le corps des patients ». Les professionnels interrogés rapportent plusieurs conséquences associées à ces pratiques : infections consécutives aux scarifications, complications rénales liées à la consommation de certaines préparations traditionnelles et difficultés dans le suivi des protocoles thérapeutiques. Comme le résume un médecin : « En plus du cancer, certains patients se sont retrouvés en néphrologie pour avoir abîmé leurs reins ».

4. Discussion

4.1. Des modèles explicatifs largement extérieurs au registre biomédical

La prédominance des explications mystiques, surnaturelles et karmiques observées dans cette recherche confirme que le cancer est appréhendé par une large majorité des patients à partir de modèles explicatifs qui débordent le registre

biomédical. Cette observation rejoint le modèle développé par A. Kleinman (1980, pp. 105-106), selon lequel les conceptions que les patients se font de la maladie participent à l'orientation de leurs comportements de santé. Les modèles explicatifs ne renvoient donc pas uniquement à une manière de nommer la cause d'une maladie, ils contribuent à déterminer ce qui est considéré comme une réponse appropriée à celle-ci. Dans ce contexte, les premiers recours observés dans cette enquête prennent un sens particulier. La place importante de l'automédication, des infusions et des recours aux tradithérapeutes ne traduit pas nécessairement une opposition à la biomédecine. Elle peut correspondre à une conception plurielle de la maladie dans laquelle plusieurs registres thérapeutiques sont jugés susceptibles d'agir sur des dimensions différentes du mal. Lorsqu'une maladie est interprétée comme relevant d'une intervention mystique ou spirituelle, le recours à un acteur religieux ou traditionnel peut ainsi apparaître cohérent avec la cause qui lui est attribuée.

Les données qualitatives renforcent cette interprétation. Les propos des accompagnants montrent que les recours parallèles sont souvent justifiés par l'incompréhension suscitée par l'évolution de la maladie ou par l'insuffisance des résultats obtenus auprès des premières secours. Le recherche d'un tradithérapeute, d'un féticheur ou d'un acteur religieux ne constitue nécessairement un abandon de la recherche de soins, mais une réorientation de celle-ci vers un autre registre explicatif. Les décisions thérapeutiques apparaissent ainsi liées à la manière dont les acteurs donnent sens à la maladie et à son évolution. Cette lecture rejoint les travaux de C. Herzlich (1969, pp. 121-124) sur les représentations sociales de la santé et de la maladie. La maladie est inscrite dans des significations qui ne sont pas indépendants des conduites adoptées par les personnes qui en font l'expérience. Dans le contexte de cette recherche, les représentations étiologiques semblent ainsi constituer un cadre à partir duquel les patients et leurs proches évaluent les recours disponibles et leur pertinence.

Cependant, les résultats invitent à nuancer l'idée selon laquelle les représentations étiologiques détermineraient à elles seules les premiers recours. La présence simultanée de facteurs économiques, de l'influence de l'entourage et des difficultés d'accès aux soins montre que les comportements thérapeutiques se construisent à l'intersection de plusieurs logiques. Une même pratique peut ainsi répondre à une représentation particulière de la maladie tout en constituant une solution plus accessible ou moins coûteuse dans un contexte de ressources limitées. Les représentations culturelles ne doivent donc pas être isolées des conditions concrètes dans lesquelles les patients prennent leurs décisions. Cette approche permet de préciser la première proposition de l'hypothèse. Les résultats sont compatibles avec l'idée que les représentations étiologiques orientent les premiers recours thérapeutiques, mais ils ne permettent pas de les considérer comme leur déterminant exclusif. L'influence des représentations s'exerce dans un

environnement social et sanitaire donné, où interviennent également les proches, les possibilités financières et l'accessibilité des différentes offres de soins.

Les premiers recours thérapeutiques doivent aussi être replacés dans une dynamique collective. Le concept de « groupe de gestion thérapeutique » proposé par J. M. Janzen (1978, p. 5) permet de comprendre que les décisions relatives aux soins ne relèvent pas nécessairement du seul malade. Les témoignages recueillis montrent que les proches interviennent dans l'orientation des recours, notamment lorsqu'ils recommandent la consultation d'un tradithérapeute, d'un féticheur ou d'un acteur religieux. Cette dynamique apparaît également dans les situations où plusieurs membres de la famille défendent des options thérapeutiques différentes et aboutissent à la combinaison de recours biomédicaux et non biomédicaux. Les résultats rejoignent ainsi les observations de T. Diarra et al. (2023, p. 88) sur l'influence de l'entourage dans les itinéraires thérapeutiques, ainsi que celle de P. G. O. Assante et al. (2023, p. 6) qui rapporte que les patients atteints de cancer sollicitent leurs proches et leurs amis pour s'orienter dans les possibilités de recours aux soins. Le premier recours apparaît dès lors comme le résultat d'une décision socialement située. De ce fait, les représentations de l'origine de la maladie orientent les options considérées comme pertinentes, tandis que la famille et l'entourage participer à leur mise en œuvre. Cette dimension contribue ainsi à comprendre pourquoi les recours non biomédicaux peuvent être mobilisés parallèlement ou avant la consultation spécialisée.

L'intérêt de cette interprétation est précisément d'éviter une lecture culturaliste qui ferait des croyances la cause unique des comportements observés.

4.2. Les itinéraires thérapeutiques doublement déterminés : croyances et défaillances structurelles

Le croisement entre l'origine perçue du cancer et le délai d'accès à la première consultation spécialisée apporte un élément important pour apprécier la seconde partie de l'hypothèse. La concentration des délais les plus long parmi les patients attribuant au cancer une origine mystique, comparativement aux autres catégories d'origine perçue, suggère une association entre la manière d'expliquer la maladie et le temps écoulé avant l'accès au spécialiste. Ce résultat prolonge l'approche de A. Kleinman (1980, pp. 105-106), selon laquelle les modèles explicatifs de la maladie participent à l'organisation des comportements de recours aux soins. L'attribution d'une maladie à une cause qui va au-delà du registre biomédical peut ainsi orienter les patients vers des recours susceptibles de retarder l'entrée dans le parcours spécialisé. Cette interprétation rejoint aussi les travaux de D. Fassin (1992, pp. 113-114) sur les itinéraires thérapeutiques, qui invitent à considérer les recours aux soins comme des trajectoires inscrites dans des contextes sociaux déterminés. Le délai observé dans cette recherche ne doit donc pas être compris comme le résultat d'une décision isolée du patient, mais comme le produit d'une succession

de recours, d'interprétations et de décisions qui peuvent progressivement éloigner ou rapprocher du système spécialisé. Les représentations étiologiques constituent ainsi l'un des éléments susceptibles d'orienter cette trajectoire.

Les résultats obtenus rejoignent, sur certains aspects, ceux rapportés dans d'autres contextes africains. En Côte d'Ivoire, M. Touré et al. (2013, p. 696) rapportent que 78,9 % des patientes consultaient après un délai supérieur à dix (10) mois. L'étude montre également que 41,1 % rapportaient des habitudes socioculturelles avec recours aux traitements traditionnels en première intention, tandis que 36 % évoquaient des difficultés financières. Des erreurs diagnostiques étaient rapportées dans 7,1 % des cas et l'insuffisance de prise en charge thérapeutiques dans 8,9 % des cas. Ces résultats montrent que le retard de prise en charge s'inscrit dans une combinaison de facteurs socioculturels, économiques et sanitaires.

Au Cameroun, F. Essiben et al. (2022, p. 114) observent chez 145 femmes atteintes de cancer du sein prises en charge dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, que 29,6 % avaient attendu plus de six mois avant le recours aux soins. Le délai moyen de recours à la biomédecine était de 8,54 ± 1,7 mois. Ils observent également que si 64,1 % des patientes sollicitaient la biomédecine en première intention, 31 % recherchaient en deuxième intention un recours en dehors de l'hôpital. Les auteurs associent ces itinéraires à plusieurs facteurs, notamment les représentations de la maladie, la conviction de l'efficacité des recours, la peur du diagnostic ou du traitement et le manque de moyens financiers. Ces résultats sont utiles pour interpréter ceux de la présente recherche. Ils montrent que les représentations de la maladie peuvent participer à l'orientation des recours, tout en étant étroitement associés à des contraintes matérielles et financières. Ce regard multifactoriel est pertinent dans le contexte du Togo. Les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé mettent en évidence des difficultés d'accès aux examens spécialisés ainsi qu'une offre oncologique limitée. Les témoignages recueillis décrivent des patients ayant fréquenté plusieurs structures avant l'obtention d'un diagnostic ou n'ayant pu réaliser les examens nécessaires à temps. Le délai d'accès au spécialiste ne dépend donc pas uniquement de la manière dont les patients interprètent leur maladie. Il dépend aussi des possibilités offertes par le système de soins. Les travaux de A. A. Akpabie et M. Kombaté (2024, p. 84) apportent un éclairage pour le cas togolais. Les auteurs soulignent qu'en raison du faible nombre de spécialiste et de l'insuffisance des services spécialisés, certains patients doivent différer leur recours aux structures compétentes :

> *Cette situation a des conséquences sur les patients du reste du pays qui à défaut de services et de personnel spécialisé à proximité, remettent à plus tard la sollicitation d'un centre indiqué situé à plus de centaines de kilomètres. Ils y ont recours à une étape avancée de la maladie (A. A. Akpabie et M. Kombaté, 2024, p. 84).*

Cette analyse rejoint les données qualitatives de cette enquête et indique que le retard d'accès aux soins spécialisés peut également être produit par les caractéristiques de l'offre sanitaire. Ainsi, les résultats n'autorisent pas à opposer une explication culturelle du retard à une explication strictement institutionnelle. Les deux dimensions peuvent favoriser la recherche de réponses auprès d'acteurs situés en dehors du système spécialisé ; parallèlement, les difficultés économiques, géographiques et organisationnelles peuvent limiter la possibilité d'accéder rapidement à une consultation spécialisée. Le délai apparaît dès lors comme le résultat d'une combinaison de facteurs plutôt que comme l'effet exclusif d'une représentation particulière de la maladie. Le croisement statistique observé permet de ce point de vue de soutenir l'hypothèse d'une association entre représentation étiologique et délai d'accès à la première consultation spécialisée, sans permettre d'établir une relation causale. Les données quantitatives montrent une association, tandis que les entretiens et les données documentaires éclairent les mécanismes susceptibles de la produire.

4.3. Le pluralisme thérapeutique post-diagnostic : entre stratégie collective et risque clinique objectif

La confirmation biomédicale du cancer ne conduit pas à l'abandon des recours thérapeutiques non biomédicaux. Les résultats montrent au contraire la persistance, voire la combinaison de recours hospitaliers, traditionnels et religieux. Cette coexistence renvoie au pluralisme thérapeutique, entendu comme la mobilisation de plusieurs systèmes de soins au cours d'un même épisode de maladie. Elle rejoint les analyses de C. Leslie (1980, p. 191-195) sur la coexistence de différents systèmes médicaux dans un même espace social. Dans cette perspective, le recours à la biomédecine n'implique pas nécessairement la disparition des autres formes de soins. C'est pourquoi les patients peuvent les mobiliser simultanément ou successivement selon les significations attribuées à la maladie, les conseils reçus et les ressources disponibles. Cette dynamique est également observée par Z. Sando et al. (2023, art.96). Les auteurs montrent que le recours à différentes formes de soins demeure fréquent et qu'il peut être favorisé par la gravité attribuée à la maladie. Les résultats de la présente recherche s'inscrivent dans cette dynamique. Lorsque le diagnostic biomédical ne produit pas l'amélioration attendue, certains patients et leurs proches recherchent d'autres possibilités thérapeutiques, notamment auprès des tradithérapeutes, des féticheurs, ou des acteurs religieux. Le recours parallèle peut ainsi être compris moins comme un remplacement systématique de la biomédecine que comme une tentative de multiplier les possibilités de guérison.

Cette logique est également présente dans les travaux de S. Fancello (2008, pp. 166-167) sur les dispositifs de délivrance dans les milieux pentecôtistes africains. L'auteure montre que certaines interprétations de la maladie associent la souffrance à des forces spirituelles et font de l'intervention religieuse une

composante du processus de guérison. Dans le contexte étudié, les recours à la prière, aux centres de délivrance ou aux acteurs religieux peuvent ainsi répondre à une conception de la maladie qui excède sa seule dimension biologique. Néanmoins, la coexistence de ces recours ne doit pas être interprétée automatiquement comme une incompatibilité avec la prise en charge biomédicale. Les données recueillies révèlent plutôt des situations de combinaison, mais aussi d'interruption ou de retards dans les soins hospitaliers. Les témoignages des professionnels font notamment état de patients revenant tardivement à l'hôpital après avoir privilégié d'autres recours. Il convient cependant de distinguer les faits directement établis par l'enquête des conséquences cliniques rapportées par les soignants. Les données disponibles permettent de documenter la coexistence des recours et certains abandons ou retards rapportés, mais ne permettent pas d'attribuer statistiquement une aggravation clinique à une pratique thérapeutique particulière. Le pluralisme thérapeutique apparaît donc comme une caractéristique importante des parcours étudiés. Il traduit la coexistence de plusieurs conceptions de la maladie et de la guérison, sans que la biomédecine fasse nécessairement disparaître les autres recours après l'annonce du diagnostic. Cette persistance prépare également la question de la dissimulation de ces pratiques aux professionnels de santé, qui constitue une dimension spécifique du parcours thérapeutique observé dans cette recherche.

4.4. La dissimulation des pratiques parallèles : une fracture épistémologique aux effets cliniques systémiques

La fréquence élevée de la dissimulation des pratiques thérapeutiques parallèles constitue un résultat important de cette recherche. Elle rejoint les travaux de S. Fainzang (2006, pp. 110-117) sur les relations entre médecins et patients, qui montrent que certaines informations peuvent être volontairement tues lorsque les patients anticipent une réaction négative, une incompréhension ou une désapprobation du médecin. E. R. Ezeome et A. N. Anarado (2007, p. 5) ont également observé que 55,8 % des patients atteints de cancer ayant recours aux médecines complémentaires et alternatives n'en informaient par leur médecin, notamment parce que celui-ci ne les interrogeait pas ou parce qu'ils craignaient sa désapprobation. La proportion observée dans la présente enquête s'inscrit donc dans un phénomène déjà documenté, tout en apparaissant particulièrement élevée dans l'échantillon étudié. Cette dissimulation peut être comprise dans le contexte plus large du pluralisme thérapeutique. Lorsque plusieurs systèmes de soins sont mobilisés au cours d'un même parcours, les patients peuvent ne pas considérer nécessairement leurs différents recours comme contradictoires. Ils peuvent alors poursuivre certaines pratiques parallèles sans les intégrer explicitement dans leurs échanges avec les professionnels de santé. La non-déclaration ne signifie donc pas nécessairement un rejet de la biomédecine ; elle peut également traduire la coexistence de plusieurs conceptions de la maladie et de la guérison.

Les entretiens réalisés auprès des professionnels rapportent néanmoins des situations susceptibles de poser des difficultés pour la prise en charge. Les scarifications observées chez certains patients, la consommation de préparations traditionnelles dont la composition n'est pas connue des soignants et les complications rénales rapportées par les professionnels indiquent que certaines pratiques peuvent avoir des conséquences cliniques. Ces éléments doivent toutefois être interprétés avec prudence. Ainsi, l'enquête ne permet pas d'établir statistiquement une relation causale entre chacune de ces pratiques et une complication donnée. Elle documente principalement les conséquences rapportées par les professionnels interrogés. La dissimulation constitue ainsi moins une preuve d'opposition entre patients et professionnels qu'un indicateur des difficultés de communication pouvant accompagner le pluralisme thérapeutique. Lorsque les pratiques parallèles ne sont pas déclarées, le professionnel dispose d'une information incomplète sur l'ensemble des recours mobilisés par le patient. Cette situation peut compliquer le dialogue thérapeutique et la compréhension globale sur les divergences possibles entre les modèles explicatifs du patient et ceux du professionnel de santé (A. Kleinman, 1980, p. 112). Ainsi, lorsque les conceptions de la maladie diffèrent fortement, la communication thérapeutique peut devenir plus difficile. Dans cette logique, les résultats recommandent moins à opposer biomédecine et pratiques parallèles qu'à considérer la qualité du dialogue entre patients et professionnels comme une dimension importante de la prise en charge. La dissimulation observée dans cette enquête montre que le pluralisme thérapeutique ne concerne pas seulement la succession ou la combinaison des recours ; il affecte également la circulation des informations au sein de la relation de soins.

Conclusion

Cette recherche montre que les parcours thérapeutiques des personnes atteintes de cancer au Togo s'inscrivent dans l'articulation entre des représentations sociales de la maladie, pluralisme médical et contraintes du système de santé. Les croyances mystiques, surnaturelles ou karmiques orientent les premiers recours thérapeutiques et sont associées aux délais d'accès à la première consultation spécialisée. Cette association ne permet néanmoins pas d'attribuer les retards à ces seules représentations. Les entretiens auprès des professionnels de santé et les données documentaires mettent également en évidence des contraintes économiques, organisationnelles et structurelles susceptibles de compliquer l'accès aux soins spécialisés, notamment la faiblesse de l'offre oncologique, la rareté des spécialistes et les difficultés d'accès aux examens et aux traitements. La persistance des recours parallèles après le diagnostic témoigne d'un pluralisme thérapeutique dans lequel plusieurs ressources de soins sont combinés ou alternées. La dissimilation de certaines pratiques aux professionnels de santé peut limiter la connaissance globale du parcours thérapeutique et compliquer le dialogue

thérapeutique. Les complications rapportées par les soignants doivent cependant être interprétées avec prudence, l'étude ne permet pas d'établir une relation causale entre une pratique particulière et une complication donnée.

L'apport de cette recherche réside ainsi moins dans la mise en évidence de représentations non biomédicales, déjà documentées, que dans l'analyse de leur coexistence avec les contraintes économiques et structurelles qui caractérisent les parcours étudiés au Togo. Cette réalité rejoint les approches de C. Herzlich (1969, pp. 121-124), A. Kleinman (1980, pp. 105-106), J. M. Janzen (1978, p. 5), C. Leslie (1980, pp. 191-195), D. Fassin (1992, pp. 113-114) et S. Fainzang (2006, pp. 110-117). Cette recherche présente toutefois des limites liées au site unique, à l'échantillonnage accidentel et au caractère déclaratif des données. Des recherches futures pourraient approfondir ces dynamiques en intégrant davantage les points de vue des familles, tradithérapeutes et responsables religieux.

Références bibliographiques

AKPABIE Adoté Akué et KOMBATÉ Matiéyendou, 2024, « Fragments de réflexion sur la mortalité chez les personnes souffrantes du cancer », Haris, n° 15, p. 81-95.

AMEGBOR Koffi et al., 2011, « Cancers in Togo from 1984 to 2008 : epidemiological and pathological aspect of 5251 cases », Journal of Cancer Epidemiology, p. 1-7.

ASANTE Patience Gyamenah Okyere et al., 2023, « Medical pluralism, healthcare utilization and patient wellbeing : The case of Akan cancer patients in Ghana », International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 18(1), p. 1-9.

BRAY Freddie et PARKIN Donald Maxwell, 2022, « Cancer in sub-Saharan Africa in 2020 : a review of current estimates of the national burden, data gaps, and future needs », The Lancet Oncology, vol. 23, n° 6, p. 719-728.

CRESWELL John W. et PLANO CLARK Vicki L., 2011, Designing and Conducting Mixed Methods Research, Thousand Oaks, Sage Publications, 457 p.

DIARRA Tieman et al., 2023, « Therapeutic Itineraries, Therapeutic Itinerances in Democratic Republic of Congo », Journal of Immunological Sciences, p. 88-101.

ERVIK Maxine et al., 2026, Global Cancer Observatory : Cancer today 5 (2024 estimates, version 1.0), rapport, International Agency for Research on Cancer, Lyon, p. 2.

ESSIBEN Félicité et al., 2022, « Itinéraires thérapeutiques des femmes atteintes de cancer du sein dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé », Health Sciences and Diseases, vol. 23, p. 114-121.

EZEOME Emmanuel R. et ANARADO Agnes N., 2007, « Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria », BMC Complementary and Alternative Medicine, vol. 7, n° 28, p. 1-8.

FANCELLO Sandra, 2008, « Sorcellerie et délivrance dans les pentecôtismes africains », Cahiers d'études africaines, n° 189-190, p. 161-185.

FAINZANG Sylvie, 2006, La relation médecins-malades : information et mensonge, Paris, Presses Universitaires de France, 161 p.

FASSIN Didier, 1992, Pouvoir et maladie. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris, Presses Universitaires de France, 368 p.

HERZLICH Claudine, 1969, Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, Paris, Mouton, 210 p.

JANZEN John M., 1978, The Quest for Therapy in Lower Zaire, Berkeley, University of California Press, 266 p.

KLEINMAN Arthur, 1980, Patients and Healers in the Context of culture. An exploration of the Borderland between Anthropology medicine and pschiatry, Berkley University of California Press, 427 p.

LESLIE Charles, 1980, « Medical pluralism in world perspective », Social Science & Medicine, Part B : Medical Anthropology, vol. 14, n° 4, p. 191-195.

NGWA Wilfred et al., 2022, « The Growing Burden of Cancer in Sub-Saharan Africa », The Lancet Oncology, vol. 23, n° 6, p. e251-e260.

SANDO Zacharie et al., 2023, « Perception de la gravité de la maladie cancéreuse et pluralisme thérapeutique en oncologie médicale à l'Hôpital Général de Yaoundé », Pan African Medical Journal, vol. 44, art. 96.

SUNG Hyuna et al., 2021, « Global cancer statistics 2020 : GLOBOCAN estimates of incidence and Mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries », CA : A Cancer Journal for Clinicians, vol. 71, n° 3, p. 209-249.

TOURÉ Moctar et al., 2013, « Facteurs liés au diagnostic tardif des cancers du sein en Afrique subsaharienne : cas de la Côte d'Ivoire », Gynécologie Obstétrique et Fertilité, vol. 41, n° 12, p. 696-700.