



**HAL**  
open science

**“ Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer ” : ethnographie d’un paysage thérapeutique en évolution en Côte d’Ivoire (2015 – 2019)**

Élise Nédelec

► **To cite this version:**

Élise Nédelec. “ Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer ” : ethnographie d’un paysage thérapeutique en évolution en Côte d’Ivoire (2015 – 2019). 2020. halshs-03182837

**HAL Id: halshs-03182837**

**<https://shs.hal.science/halshs-03182837>**

Submitted on 26 Mar 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Working paper, article de blog – Carnet Hypothèse *Lamenparle*

Par Elise Nédélec

*Doctorante en anthropologie*

*Université de Bordeaux*

*LAM (UMR 5115)*

Référence : Nédélec Elise (2020), « "Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer" : ethnographie d'un paysage thérapeutique en évolution en Côte d'Ivoire (2015 – 2019) », *Lamenparle* (blog du laboratoire LAM), mis en ligne le 23 avril 2020, [*en ligne* : <https://lamenparle.hypotheses.org/2224>].

**« Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer »**

**Ethnographie d'un paysage thérapeutique en évolution en Côte d'Ivoire**

**(2015 - 2019)**



Le ruban rose, installé comme emblème de la lutte contre le cancer du sein à l'entrée du CHU en 2015. ©Elise Nédélec.

Cancer, « maladie de Blancs », « maladie de riches » ? Ces expressions retrouvées fréquemment sur mon terrain ivoirien à propos des maladies cancéreuses renvoient à une conception longtemps prédominante au sein de la biomédecine<sup>1</sup> : les cancers seraient des « maladies de la civilisation moderne », des « maladies de la civilisation occidentale ». Pourtant, les pays des Suds et le continent africain ne sont pas épargnés par ce fléau. Si différents rapports y attestent de la multiplication des cas de cancers depuis plusieurs décennies<sup>2</sup>, leur prise en charge biomédicale est souvent loin d'être une priorité sanitaire pour les gouvernements nationaux et les instances internationales de santé.

Grâce à de multiples allers-retours à Abidjan entre 2015 et 2019, dans le cadre d'une recherche en anthropologie, cet article propose d'étudier la façon dont l'évolution des soins des cancers dans un pays des Suds relève autant d'améliorations de la prise en charge des malades que d'un accroissement des inégalités au cœur de cette prise en charge.

### **2015 : Découvrir l'isolement de la cancérologie à Abidjan**

Lors de mes premiers pas sur le terrain, j'ai découvert l'unique service de cancérologie de Côte d'Ivoire, situé dans un Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) d'Abidjan. Je rencontrais des soignants investis au quotidien dans une lutte contre une maladie synonyme de mort dans les conceptions locales, faisant face à un dénuement structurel, matériel et économique.

Les activités de cancérologie, débutées dans les années 1980, sont devenues officielles en 1993, par un arrêté ministériel créant le service dédié à la prise en charge des cancers. En dépit de cette création administrative, le service n'a pas bénéficié de locaux. Il n'a donc pas une existence matérielle propre et doit emprunter une salle de consultation, des bureaux et des chambres d'hospitalisation et de chimiothérapie, aux autres services hospitaliers déjà existants, répartis en pavillons, au sein du CHU. Ces prêts d'espaces et de lits se font au gré de la volonté des chefs des services concernés (principalement : chirurgie, médecine interne, gynécologie, etc.) et fluctuent dans le temps et en nombre. Au maximum, les lits mis à disposition sont de douze pour les séjours d'hospitalisation et de huit pour les réalisations de chimiothérapie. Vingt lits, à l'hôpital public, pour tous les malades atteints de cancer en Côte d'Ivoire et ce, aux meilleures périodes que puisse connaître le service de cancérologie.

Le service subit un manque de crédibilité et est déprécié par la majorité des autres acteurs hospitaliers. Ces derniers le considèrent comme un « mouvoir » dans un contexte où plus de 80% des patients arrivent à des stades tardifs de la maladie cancéreuse et où les taux de survie sont faibles<sup>3</sup>. Les membres du service de cancérologie (trois professeurs d'oncologie, un oncologue, une dizaine de médecins généralistes et un infirmier) sont alors dans des négociations quotidiennes avec les autres services pour préserver les places trop peu acquises pour leurs malades.



Panneaux de signalisation des services hospitaliers au sein du CHU : un symbole de l'invisibilisation du service de cancérologie. ©Elise Nédélec.

Concernant le plateau technique des soins des cancers, les chirurgies carcinologiques et les chimiothérapies sont réalisables en Côte d'Ivoire, mais pas encore la radiothérapie. Pourtant, la construction d'un service d'oncologie médicale et de radiothérapie était prévue par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013. Dans la réalité, les malades dont la prise en charge thérapeutique nécessite une radiothérapie doivent se rendre à l'étranger pour la réaliser. Dans la plupart des cas, ils vont au Ghana, au Maroc, en Tunisie, au Sénégal, au Mali, et parfois en France. Le choix du pays dépend surtout des possibilités financières des familles, qui doivent mobiliser à minima 3 millions de F.CFA (soit 4 500 euros, entre les frais médicaux et de séjour) pour la réalisation d'une radiothérapie dans les pays de la sous-région. De ce fait, la radiothérapie est inaccessible à de nombreux malades.

*« La radiothérapie, il faut aller au Ghana, il faut aller au Sénégal, il faut déboursier au moins deux millions, tu vas partir ! Nous n'avions pas l'argent. On a fait la chimio, ils [les médecins] ont fait l'opération, vraiment les moyens nous manquent pour faire la radiothérapie. C'est vrai que la maladie est là, mais il faut penser aussi à l'avenir de la famille... »* me confie Frank (professeur en lycée public), époux d'une femme atteinte d'un cancer du sein en 2012, alors âgée de 32 ans. Il m'explique avoir fait le choix de ne pas ruiner leur famille avec cette dernière étape de soins (qui aurait permis de diminuer le risque de récurrence du cancer), pour assurer à leurs deux jeunes enfants un toit et leurs futurs frais de scolarité.

Les traitements médicamenteux et chirurgicaux des cancers disponibles à Abidjan sont excessivement coûteux par rapport au niveau de vie des populations ivoiriennes, dont 46,3% vivent en dessous du seuil national de pauvreté (chiffres de 2015<sup>4</sup>). Ils nécessitent plusieurs centaines de milliers voire millions de francs CFA<sup>5</sup> à déboursier en quelques mois. Ils sont le plus souvent à la charge des malades et de leurs familles : il n'y a pas de politique de gratuité des soins des cancers en Côte d'Ivoire. Certaines mutuelles de santé (dont celle des fonctionnaires) proposent une prise en charge financière partielle de certains traitements, mais elles sont encore rares et la majorité des malades n'en dispose pas. Les difficultés économiques d'accès aux soins des cancers sont donc un frein important à leur réalisation.

Pour de nombreux malades, les trajectoires de soins sont donc rythmées par les ressources économiques (in)disponibles. Cela engendre des impossibilités, des retards et des interruptions de suivis et de traitements, ou encore l'administration de protocoles d'exams et de soins moins coûteux, à l'efficacité diagnostique et thérapeutique réduite. Pour d'autres, l'accès au diagnostic n'est même pas financièrement possible, puisqu'il nécessite plusieurs dizaines voire centaines de milliers de francs CFA (entre la biopsie, les examens sanguins et ceux d'imagerie médicale). Ces personnes souffrent et meurent alors d'un cancer sans nom, même si les signes cliniques ne peuvent tromper les praticiens spécialisés, si tant est qu'elles puissent les rencontrer. Seule une minorité de la population fait exception, mettant à profit son aisance économique afin de se soigner à l'étranger.

2015 est tout de même l'année d'un premier partenariat entre le gouvernement ivoirien, le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA) et un acteur influent du monde pharmaceutique : le laboratoire suisse Roche. Cet accord signe les prémices d'un intérêt étatique favorisant l'accès à la prise en charge des cancers, tant au niveau du dépistage que des traitements. Les trois points focaux sont les suivants : développer la formation des professionnels de santé face aux cancers ; fournir un meilleur accès au dépistage des cancers, notamment gynécologiques, par la subvention de campagnes de dépistage mobiles et ponctuelles ainsi que par l'instauration d'un premier mammographe à l'hôpital public<sup>6</sup> (au sein du même CHU que le service de cancérologie) ; améliorer l'accès à une thérapie ciblée médicamenteuse utilisée essentiellement pour le traitement d'un certain type de cancer du sein. Cette mesure permet aux patientes éligibles à ce type de traitement (dans la mesure où Roche met à disposition 1000 médicaments par an sur une période de cinq ans) de ne payer que 10% du prix du médicament (pour chaque cure), puisque Roche en abaisse le coût de 60% et le gouvernement ivoirien prend en charge les 30% restants. Néanmoins, ces 10% représentent pour les patientes la somme de 120 000 F.CFA par séance, soit environ 180 euros, loin d'être à la portée de toutes les bourses.

## **2016 : Constater un renforcement de la lutte contre les cancers**

En 2016, je constate deux avancées majeures dans le développement de la lutte contre les cancers. Elles révèlent une progression scientifique et politique, porteuse d'espoir. La première avancée concerne la formation des médecins. La Côte d'Ivoire est le seul pays de la sous-région à compter parmi ses universitaires trois professeurs d'oncologie, précédemment formés à l'oncologie médicale en France et au Congo. Ils réussissent à ouvrir le premier diplôme d'études spécialisées (DES) en cancérologie d'Afrique de l'Ouest, à l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan. L'ouverture de cette spécialisation médicale permet aux médecins généralistes travaillant jusqu'alors sans formation spécifique au sein du service de cancérologie, de bénéficier d'un cursus universitaire diplômant. Elle permet également à des médecins de la sous-région (venant notamment du Sénégal, du Niger et du Burkina Faso pour la première promotion<sup>7</sup>) de réaliser cette spécialisation. La Côte d'Ivoire forme ainsi les premières générations d'oncologues de nombreux pays africains.

La seconde avancée majeure est la construction effective<sup>8</sup> du premier centre de radiothérapie de Côte d'Ivoire, à Abidjan. Elle montre l'investissement progressif de l'État dans la lutte contre les maladies cancéreuses. Cette construction, prévue par le PNDS 2016-2020, résulte d'un partenariat entre les gouvernements ivoirien et marocain. L'apport de la radiothérapie permet ainsi de compléter le plateau technique nécessaire à une prise en charge exhaustive des cancers, d'éviter les déplacements des patients et de réduire aussi leurs coûts.

### **2017-2018 : Observer la cancérologie entre développements et scissions**

Entre janvier 2017 et avril 2018, je passe onze mois (non consécutifs) sur un terrain en plein bouleversements. Ces évolutions sont politiques, structurelles, matérielles, humaines, économiques. D'une part, grâce au renforcement de la politique de formation des soignants, trois médecins du service de cancérologie sont envoyés au Maroc afin de faire une spécialisation médicale en radiothérapie. L'objectif est qu'ils puissent être la première génération de radiothérapeutes de Côte d'Ivoire à leur retour, quatre ans plus tard. L'un des médecins du service, praticien de chirurgie, importe aussi une technique apprise lors d'un précédent colloque de cancérologie au Sénégal : celle de la pose de chambres implantables, ou cathéters. Il s'agit d'un dispositif sous-cutané permettant l'administration de chimiothérapie durant toute la durée du traitement. Cette technique évite la prise de voies veineuses à chaque séance, situation souvent inconfortable pour les malades. Si ce dispositif améliore le confort des patients au cours des soins, il représente cependant une dépense supplémentaire de plusieurs centaines de milliers de F.CFA. Effectivement, la procédure et le matériel totalisent un coût de 600 000 F.CFA (soit 900 euros) lorsque l'acte médical est pris en charge par une assurance de santé. Les praticiens réduisent ces frais à 450 000 F.CFA (soit 700 euros) pour les personnes qui n'en bénéficient pas, restant tout de même une somme que toutes ne peuvent assumer.

D'autre part, le PNLCa, le gouvernement ivoirien et le laboratoire Roche trouvent un nouvel accord favorisant l'accès à trois thérapies ciblées proposées par le groupe pharmaceutique. Ces thérapies sont utilisables contre certains types de cancers du sein, du colon, notamment métastatiques, et de lymphomes. Le premier accord, qui laissait 10% du coût du médicament concerné à la charge des patientes pouvant en bénéficier, n'a pas eu le résultat escompté : trop peu de femmes étaient en mesure de payer cette somme. Elles ne pouvaient donc pas accéder au traitement. Dans le nouvel accord, le gouvernement ivoirien s'engage à augmenter son investissement financier de 30 à 40% pour l'achat des molécules, afin de les rendre accessibles aux malades. Pour la première fois en Côte d'Ivoire, trois médicaments de thérapies ciblées seront donc disponibles gratuitement et ce pour 100 à 500 patients selon les molécules.

Le quota limité des traitements mis à disposition entraîne un nouveau type de négociation au sein du corps médical. Ces négociations s'observent notamment lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) hebdomadaires en cancérologie : comment faire le choix des attributions de ces thérapies ciblées gratuites parmi tous les malades auxquels elles pourraient être prescrites d'un point de vue médical ? L'équipe d'oncologie propose ainsi une étude au cas par cas et se fonde sur les signes vitaux présentés par les patients, l'âge, le pronostic

vital lié au type de cancer et à son stade, l'éventuelle présence de co-morbidités, les capacités financières (permettant ou non d'assumer les coûts des traitements annexes et/ou complémentaires à l'administration de la thérapie ciblée) et les possibles liens d'interconnaissance avec les patients. La politique de gratuité se fait *in fine* de façon sélective, au regard du potentiel de survie estimé des malades.

La RCP du 6 février 2018 est un exemple patent. Un oncologue y présente le dossier d'une patiente atteinte d'un cancer du sein métastatique, ménagère et non-assurée. Il s'agit de décider d'un traitement de première ligne métastatique. La proposition de l'oncologue est le protocole « Taxol® – Avastin® », que les autres membres de la RCP approuvent, puisque le cas rentre dans une prise en charge standard pour laquelle il existe des référentiels thérapeutiques. La « surface financière<sup>9</sup> » de la patiente est néanmoins estimée trop faible pour pouvoir acheter le traitement associé à l'Avastin® (l'Avastin® est l'une des thérapies ciblées faisant partie de l'accord entre Roche et le gouvernement). Les participants à la RCP font plusieurs propositions de traitement à associer mais elles semblent toujours au-dessus des moyens économiques de la patiente. Un des oncologues émet alors sa réserve quant à commencer la thérapie ciblée si la patiente ne peut assurer le paiement du médicament à associer sur toute la durée du traitement : il craint une interruption thérapeutique, qui réduirait le potentiel de survie de la malade. Il rappelle que le stock d'Avastin® gratuit est restreint en nombre, sous-entendant ainsi que son utilisation doit être faite en cas de certitude d'une « bonne observance » des traitements. En raison de l'incertitude présente, induite par le manque de moyens financiers de la patiente, la décision finale qui fait consensus est de lui proposer le protocole AC60<sup>10</sup>. Il est peu coûteux, mais hors des standards thérapeutiques pour les cancers en stades métastatiques. Les médecins n'hésitent pas à émettre leurs doutes quant à l'efficacité de ce traitement « par défaut », loin de permettre les meilleures chances de survie à la malade *a contrario* du protocole « Taxol® – Avastin® », considéré médicalement comme le plus efficace.

Enfin, un développement majeur se concrétise : l'inauguration puis l'ouverture du Centre national d'oncologie médicale et de radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO). Sa création bouleverse la structuration de l'équipe du service de cancérologie en place, alors composée de vingt-cinq soignants. La direction du CNRAO ne revient pas au chef du service hospitalier de cancérologie mais à l'un des professeurs d'oncologie médicale du même service. Initialement dédié aux activités de radiothérapie (et conçu comme tel), le Centre se voit également accueillir des activités d'oncologie exclusivement en ambulatoire, puisqu'il ne dispose pas de chambres d'hospitalisation.

Une question principale se pose : le service hospitalier de cancérologie va-t-il disparaître et muter au sein du Centre, changeant de fait de direction, ou bien reste-t-il au CHU, induisant une scission au sein d'une équipe de professionnels spécialisés dans la prise en charge des cancers jusqu'alors unie ? Quelques semaines avant l'inauguration, la direction du CNRAO donne la réponse : une partie des membres du service d'oncologie est mobilisée pour

travailler dans le Centre, tandis qu'une autre partie reste affectée au service de cancérologie du CHU. Il s'agit donc de deux entités différentes.

L'équipe vit difficilement cette annonce. Les conditions d'accueil des malades et d'exercice des professionnels de soins (médecins et infirmiers) deviennent de fait très différentes, notamment en termes d'infrastructure, de matériel et de ressources humaines. Les uns bénéficient de locaux neufs et fonctionnels, d'affectation de soignants (notamment une quinzaine d'infirmiers, partie se former à l'administration des chimiothérapies au Maroc), les autres continuent d'exercer « sous le soleil<sup>11</sup>», faisant face aux difficultés structurelles et au manque de personnel que connaît le service de cancérologie du CHU. Le service ne dispose toujours pas de ses propres locaux et a seulement un poste d'infirmier.

En outre, lors de l'inauguration du CNRAO, le 18 décembre 2017, les discours des autorités officielles (dont celui du Président de la République) font du Centre la première possibilité de prise en charge des cancers en Côte d'Ivoire, faisant fi du travail réalisé au sein du service de cancérologie au CHU depuis près de quarante ans. C'est un choc pour les soignants, bien que déjà désabusés, et pour moi, témoin de leur investissement quotidien depuis plusieurs années. Ces discours contribuent à renforcer un sentiment d'isolement et de manque de reconnaissance des praticiens hospitaliers.



Inauguration officielle du CNRAO, en présence de Son Excellence Monsieur le Président de la République, Alassane Ouattara et la Première Dame, Madame Dominique Ouattara, le 18 décembre 2017. ©Elise Nédélec.

Le CNRAO ouvre officiellement ses portes le 25 janvier 2018 et accueille ses premières activités d'oncologie (consultation et administration de chimiothérapie en ambulatoire). La radiothérapie n'est fonctionnelle que plusieurs mois après l'ouverture du Centre et est réalisée grâce à des radiothérapeutes étrangers, dans l'attente du retour des médecins ivoiriens en formation. Le dispositif de tarification et de paiement des soins n'est pas non plus mis en place

à l'ouverture, ce qui rend les premiers mois d'actes médicaux gratuits pour les patients. Ils sont offerts par le gouvernement. Le CNRAO fait partie des Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC), structure semi-publique, semi-privée, et disposera de sa propre grille tarifaire – non alignée sur celle des CHU – lorsque le système de paiement des prestations sera mis en place. C'est dans ce paysage thérapeutique en recomposition que je quitte mon terrain en mai 2018.

### **2019 : Témoigner d'inégalités exacerbées**

Dans le cadre d'une restitution des avancées de mon travail de thèse auprès des acteurs médicaux qui ont participé à ma recherche, je retourne à Abidjan en octobre 2019. Les deux unités de prise en charge des cancers, le CNRAO et le service hospitalier, sont opérationnelles et complémentaires mais leur fonctionnement révèle des inégalités multiples. Avec l'ouverture de la caisse du CNRAO, le prix d'une séance de radiothérapie est fixé à 50 000 F.CFA (soit 77 euros), sachant que plusieurs séances sont nécessaires à la réalisation du traitement (entre une dizaine et une trentaine selon les cancers). Les tarifs appliqués pour les autres prestations de soins (consultation, administration des chimiothérapies, etc.) sont plus élevés qu'au CHU. Par exemple, la consultation médicale est à 8 000 F.CFA (soit 12 euros) au Centre contre 3 500 F.CFA (soit 5 euros) au CHU. Cela crée une différenciation entre les structures en termes d'accessibilité financière pour les malades. Cette différenciation engendre une nouvelle distinction au sein des populations atteintes d'un cancer en Côte d'Ivoire.

Auparavant, trois catégories se distinguaient en termes d'accessibilité financière aux soins des cancers. Une première frange de la population, qui par manque de moyens financiers, ne peut avoir accès à une prise en charge biomédicale. Une seconde, ne bénéficiant pas d'assurance de santé, arrive à assumer les coûts d'une prise en charge dans le secteur public, même si souvent cette prise en charge peut être très erratique selon les aléas financiers des malades et de leur famille. Et une troisième, correspondant à une frange de population aisée et/ou bénéficiant d'une assurance de santé, peut avoir une prise en charge dans le secteur privé<sup>12</sup>. L'avènement du CNRAO vient scinder la seconde catégorie en deux parties : une pour laquelle il est accessible et une autre, moins dotée en capital financier, pour laquelle la réalisation des soins au CHU est le seul recours possible. Ces disparités économiques entraînent différentes modalités d'accès aux soins et placent les malades dans différentes conditions d'accueil, au sein d'une logique structurelle où les patients aux plus faibles ressources sont pris en charge dans les conditions les plus difficiles.

Le service hospitalier de cancérologie a donc la patientèle aux ressources financières les plus limitées, pour laquelle l'accès aux traitements et la poursuite des soins se font avec le moins d'aisance. Il reçoit également en séjour d'hospitalisation les patients suivis au CNRAO qui peuvent connaître des dégradations de leur état général, dues aux effets secondaires des traitements ou encore à l'avancée de la maladie, notamment en phase terminale, puisque le Centre n'a qu'un accueil de jour.

Ce fonctionnement renforce une image différentielle entre les deux structures : l'une, correspondant à une préservation de la vie (du fait des soins exclusivement en ambulatoires, des moyens financiers des patients, des bonnes conditions de prise en charge), l'autre, plus

sombre, renvoyant à une prégnance de la mort (en raison d'une prise en charge tant en ambulatoire qu'en hospitalisation dans des conditions inadéquates et vétustes, et d'une patientèle aux faibles moyens financiers). Cette dichotomie reflète le contexte inégalitaire de la prise en charge des cancers à Abidjan. De plus, le service de cancérologie connaît des pertes matérielles : il ne dispose plus que de neuf lits d'hospitalisation, les trois autres sont cassés et leur remplacement ne fait pas partie des priorités budgétaires de la direction du CHU, et plus que six lits pour la réalisation des chimiothérapies en ambulatoire (au lieu de huit lits en 2018), prêtés dorénavant par le service de diabétologie.

Enfin, les deux unités de prise en charge des cancers font face à la pénurie des traitements de thérapies ciblées mis à disposition gratuitement pour les malades, puisque les quotas arrivent à épuisement. La sélection des attributions est d'autant plus rude et se joue sur d'infimes détails et probabilités de survie des patients, en fonction de leur environnement socio-médico-physio-économique.

### **La lutte contre les cancers aux Suds : une priorisation lacunaire des pouvoirs publics**

« Dans ce pays, mieux vaut avoir le VIH que le cancer »... J'ai retrouvé cette phrase de façon récurrente dans les discours des personnes ayant participé à ma recherche, tant du côté des soignants que des malades. Cette assertion s'explique notamment par le peu de priorisation faite aux cancers en matière de santé publique. Les maladies cancéreuses, pendant longtemps considérées comme des maladies des pays riches et de plus, non contagieuses, sont prises en compte par le gouvernement ivoirien, à l'instar de nombreux gouvernements africains, dans une temporalité au long cours. Cela contraste notamment avec l'urgence des réponses étatiques et internationales apportées face au VIH/sida, dans les années 2000, compte-tenu des risques de propagation d'une telle maladie transmissible.

La lutte contre les cancers diffère également du modèle de la lutte contre le VIH, puisqu'il y a encore très peu de gratuité des soins et des traitements. *A contrario* d'une publicisation de la prise en charge, comme ce fut le cas pour le VIH, la Côte d'Ivoire semble accroître la (semi)privatisation de la prise en charge des cancers, en accentuant les partenariats publics-privés, notamment avec la construction d'un futur centre d'oncologie et de radiothérapie d'une capacité de deux-cents lits à une cinquantaine de kilomètres d'Abidjan, à Grand Bassam, financé par le Fonds de développement et coopération économiques (Fdce) de la Corée du Sud<sup>13</sup>.

Cette dynamique fait écho à celle observée par Julie Livingston au Zimbabwe, où la privatisation de la prise en charge des cancers dans le secteur public de santé a rendu son accès impossible financièrement pour une grande partie de la population<sup>14</sup>. Elle y décrit un service d'oncologie doté d'équipements à la pointe de la technologie mais vide de patients. Sans pouvoir présager et souhaiter que la Côte d'Ivoire vive une situation similaire à l'avenir, il est d'ores et déjà visible que la question des cancers y est un exemple manifeste d'« inégalité devant la mort<sup>15</sup> ».

---

<sup>1</sup> Darmon P. (1993) *Les cellules folles: l'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*, Plon.

<sup>2</sup> Stewart B. W. and Kleihues P. (2003) *World Cancer Report*. IARC Press. Lyon. ; Globocan (2008) *All Cancers, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* ; Globocan (2012) *All Cancers, Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*.

<sup>3</sup> Adoubi I. (2013) *Cancer en Côte d'Ivoire, Défis et opportunités*, Programme National de Lutte contre le Cancer, Côte d'Ivoire.

<sup>4</sup> Institut National de la Statistique (2015) *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*. Le seuil national de pauvreté est établi à 737 F.CFA par jour, soit un peu plus d'un euro. Depuis 2013, le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est de 60 000 F.CFA par mois, soit 91 euros.

<sup>5</sup> Il faut compter entre 2 000 et 10 000 euros pour réaliser une chimiothérapie de six à huit séances (selon les protocoles, les prix des molécules étant extrêmement variables), de plusieurs centaines d'euros à plusieurs milliers pour acheter les médicaments servant à réduire les effets secondaires et 400 à 1 000 euros pour réaliser les différents examens de sang et d'imagerie médicale au cours de la période de traitements. Les chirurgies concernant les ablations de tumeurs coûtent plusieurs centaines d'euros (entre 450 et 700 euros).

<sup>6</sup> Auparavant, les mammographies ne pouvaient être réalisées que dans le secteur privé (entre 50 et 70 euros la prestation, contre 7 euros dans le public).

<sup>7</sup> Pour les promotions suivantes, les médecins viennent principalement du Sénégal, du Niger, du Burkina Faso, du Mali, du Tchad, du Cameroun et du Bénin.

<sup>8</sup> En septembre 2015, il y eut une cérémonie officielle de « pose de la première pierre », inaugurant le début de la construction du centre mais les travaux ont finalement été reportés en 2016.

<sup>9</sup> Les soignants entendent par « surface financière » les moyens économiques à disposition du patient, issus de ses propres revenus et potentiellement de ceux de sa famille et /ou de la prise en charge possible si le patient est assuré. Pour pouvoir calculer cette surface financière, le médecin référent demande au patient la somme maximum mensuelle qu'il peut avoir pour payer ses traitements.

<sup>10</sup> Il s'agit d'un protocole de chimiothérapie associant les molécules d'adriamycine (famille des anthracyclines) et de cyclophosphamide (famille des agents alkylants). Les médicaments disponibles à Abidjan correspondant à ce protocole sont peu coûteux (moins de 60 000 F.CFA – soit 90 euros par séance) et anciens. Ils étaient principalement utilisés dans les années 1960-1970 en France.

<sup>11</sup> Expression utilisée par un médecin du service de cancérologie du CHU, lors d'un échange informel du 18/12/2017. Il fait ici référence au fait que les professionnels du service sont continuellement en mouvement entre les différents pavillons de l'hôpital qui acceptent de leur prêter des salles.

<sup>12</sup> Les membres du service de cancérologie exercent également dans certaines cliniques privées d'Abidjan.

<sup>13</sup> Projet dont l'échéance est prévue pour 2023-2024.

<sup>14</sup> Livingston J. (2012) *Improvising medicine: an African oncology ward in an emerging cancer epidemic*, Duke University Press.

<sup>15</sup> Fassin D. (2020) « L'inégalité des vies », *Leçon inaugurale au Collège de France*, le 16 janvier 2020.