



HAL
open science

Conditions d'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique en Afrique subsaharienne. Revue systématique

Béa-Christelle Ndjengue Bengone, Angela Christie Filankembo Kava, Ernest Belembaogo, Edgard-Brice Ngoungou, Pierre-Marie Preux

► To cite this version:

Béa-Christelle Ndjengue Bengone, Angela Christie Filankembo Kava, Ernest Belembaogo, Edgard-Brice Ngoungou, Pierre-Marie Preux. Conditions d'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique en Afrique subsaharienne. Revue systématique. Médecine Palliative, 2024, 23, pp.303 - 315. 10.1016/j.medpal.2024.08.004 . hal-04773993

HAL Id: hal-04773993

<https://unilim.hal.science/hal-04773993v1>

Submitted on 8 Nov 2024

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.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



SYNTHÈSE

Conditions d'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique en Afrique subsaharienne. Revue systématique



Conditions for the diagnosis of gynecological cancer in sub-Saharan Africa. A systematic review

**Béa-Christelle Ndjengue Bengone^{a,*},
Angela Christie Filankembo Kava^{a,c},
Ernest Belembaogo^a, Edgard-Brice Ngoungou^{b,c},
Pierre-Marie Preux^d**

^a Institut de cancérologie d'Akanda (ICA), BP : 23902, Akanda, Gabon

^b Département d'épidémiologie, biostatistiques et informatique médicale (DEBIM), université des sciences de la santé, BP : 18231, Libreville, Gabon

^c Unité de recherche en épidémiologie des maladies chroniques et santé environnement (UREMCSE), université des sciences de la santé, BP : 18231, Libreville, Gabon

^d Inserm U1094, IRD UMR270, épidémiologie des maladies chroniques en zone tropicale (EpiMaCT), institut d'épidémiologie et de neurologie tropicale, OmegaHealth, CHU de Limoges, université de Limoges, Limoges, France

Reçu le 22 March 2024 ; reçu sous la forme révisée 12 August 2024 ; accepté le 19 August 2024
Disponible sur Internet le 5 septembre 2024

MOTS CLÉS

Conditions d'annonce;
Cancer du sein;
Cancer du col de l'utérus;
Afrique subsaharienne

Résumé

Introduction. — En Afrique subsaharienne comme dans le monde, le cancer du sein est le premier cancer gynécologique chez la femme, suivi de près du cancer du col de l'utérus. Le diagnostic d'un cancer gynécologique est une expérience extrêmement stressante et émotionnelle pour les femmes. Il entraîne une multitude de sentiments tels que le choc, la peur, la tristesse, la colère et la culpabilité. Il a également un impact significatif sur la vie du couple.

Objectifs. — L'objectif de ce travail vise à dresser un état de situation des pratiques actuelles d'annonce d'un diagnostic gynécologique en Afrique subsaharienne (ASS). Les objectifs secondaires incluaient l'examen des circonstances de l'annonce et l'évaluation des retentissements psychologiques chez la patiente, ainsi que chez le couple.

* Auteur correspondant. Institut de cancérologie d'Akanda, cotutelle université de Limoges–université des sciences de santé de Libreville, Libreville, Gabon.

Adresse e-mail : cndjengue@gmail.com (B.-C. Ndjengue Bengone).

Méthode. – Revue systématique de la littérature. Les données ont été sélectionnées à travers différentes bases de données scientifiques et synthétisées selon la méthode PICO.

Résultats. – Au total 413 articles ont été identifiés, 9 ont répondu aux critères d'inclusion que nous nous sommes fixés. Il en ressort qu'en Afrique subsaharienne, la littérature portant sur les pratiques d'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique est plutôt pauvre, voire quasi-inexistante, bien qu'elle soit assez récente. Des approches sont aujourd'hui entreprises mais elles restent encore loin des réalités psychologiques et psychopathologiques qui caractérisent les femmes atteintes d'un cancer gynécologique. L'anxiété et la dépression sont reconnues comme des complications psychologiques chez la patiente et chez le conjoint, témoignant d'une souffrance psychique souvent en lien avec la peur de la mort.

Conclusion. – Il est impératif de développer une approche psychologique intégrée dans la prise en charge du cancer en Afrique subsaharienne. Ce travail pourrait inspirer la mise en place d'un dispositif d'annonce tenant compte des réalités culturelles et sociales des patientes. Les chercheurs et les praticiens doivent collaborer pour créer et implémenter des protocoles d'annonce adaptés, qui respectent et soutiennent les patientes tout au long de leur parcours de soins.

© 2024 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

Disclosure conditions;
Breast cancer;
Cervical cancer;
Sub-Saharan Africa

Summary

Introduction. – In Sub-Saharan Africa, as in the world, breast cancer is the leading gynecological cancer in women, followed closely by cervical cancer. The diagnosis of gynecological cancer can be a very stressful and emotional experience for women. It can lead to a range of emotions, including shock, fear, sadness, anger, and guilt. It can also have a significant impact on women's relationship.

Objectives. – The aim of this study was to provide an overview of current gynecological diagnosis notification practices in Sub-Saharan Africa (SSA). Secondary objectives included examining the circumstances of the announcement and assessing the psychological impact on the patient, as well as on the couple.

Methods. – Systematic literature review. Data were selected from different scientific databases and synthesized using the PICO method.

Results. – A total of 413 articles were identified, 9 of which met our inclusion criteria. It appears that in Sub-Saharan Africa, the literature on the practices of announcing a gynecological cancer diagnosis is rather poor, even almost non-existent, although it is fairly recent. Approaches are being undertaken today, but they are still far from the psychological and psychopathological realities that characterize women with gynecological cancer. Anxiety and depression are recognized as psychological complications for both patient and partner, reflecting psychological suffering often linked to fear of death.

Conclusion. – It is imperative to develop an integrated psychological approach in the management of cancer in Sub-Saharan Africa. This work could inspire the establishment of a notification system that takes into account the cultural and social realities of patients. Researchers and practitioners need to work together to create and implement appropriate announcement protocols that respect and support patients throughout their cancer care.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introduction

La recherche de meilleures conditions d'annonce du diagnostic d'une maladie grave telle que le cancer est une préoccupation majeure pour le monde médical aujourd'hui. Cette priorité s'inscrit dans les objectifs définis dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) 2013–2023 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son axe 3, portant sur la

bonne santé et le bien-être [1]. En effet, dans sa feuille de route pour la mise en place de ce plan d'action, l'OMS soulève l'urgence qu'il y a de « promouvoir la recherche et l'innovation dans la mise en œuvre de la prestation de services, de la prévention et de la prise en charge dans le domaine des MNT » [2].

La nécessité éthique d'informer tout patient sur sa pathologie, de lui fournir des informations véritables sur son état de santé relève du principe du respect de l'autonomie de la personne, de ce libre arbitre qui lui permettra de prendre en

connaissance de cause des décisions qu'elle estime appropriées à son état de santé [3,4]. Ainsi, dans l'article 35 du Code de déontologie médicale en République française, il est stipulé que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patiente dans ses explications et veille à leur compréhension » [5]. Si pour le médecin il est question de transmettre une information cruciale au patient, pour ce dernier, cette information peut être différemment accueillie. Ainsi, pour un patient asymptomatique, chez qui la découverte peut être fortuite, l'annonce du diagnostic de cancer fera intrusion dans sa vie. C'est la découverte d'une nouvelle maladie, quelquefois inconnue et nullement envisagée. Pour le patient symptomatique ou à l'état général altéré, il pourrait s'agir de la confirmation redoutée d'une hypothèse au regard des différents examens réalisés, de l'errance diagnostique et des connaissances médicales profanes [6]. Pourtant au cours de ce temps d'échange sur la maladie, le patient peut émettre le désir de savoir. Certaines études illustrent ce besoin impérieux des patients d'être informés en détail sur leur état de santé. Par exemple, une étude menée dans l'ouest de l'Écosse a révélé que 98 % des patients souhaitaient absolument savoir s'ils avaient un cancer [7]. De même, au Royaume-Uni, 87 % des patients désiraient recevoir toutes les informations disponibles sur leur maladie, tandis que seulement 1,9 % préféreraient ne pas être informés [8].

La manière dont l'annonce du diagnostic de cancer gynécologique est réalisée peut avoir un impact non négligeable sur le parcours des soins des patientes, leur bien-être psychologique et leur adhésion au traitement. Il paraît donc crucial d'optimiser cette étape importante d'entrée dans la prise en charge. Cette revue systématique vise à dresser un état de situation des pratiques actuelles d'annonce d'un diagnostic gynécologique en Afrique subsaharienne (ASS). Les objectifs secondaires incluaient l'examen des circonstances de l'annonce et l'évaluation des retentissements psychologiques chez la patiente, ainsi que chez le couple. Compte tenu du rôle primordial de garante de la dynamique familiale et sociétale attribué à la femme en Afrique, nous avons interrogé les répercussions de l'annonce sur celle-ci et, plus largement, sur son couple. De plus, face au risque de perdre son épouse, nous avons exploré la manière dont le conjoint traverse cette épreuve.

Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en nous appuyant sur la méthode PICO (Population, Intervention, Comparaison, Résultat) afin de structurer notre question de recherche (Tableau 1). Les mots clés retenus pour notre démarche documentaire étaient : « announcing diagnosis », « disclosing diagnosis », « communication diagnosis », « breaking diagnosis », « information diagnosis ». Ils ont servi à la combinaison des équations de recherche selon la localisation de la maladie et les différents pays qui composent l'Afrique subsaharienne à travers les connecteurs logiques « AND » ou « OR » (Tableau 2). Quatre (4) moteurs de recherche ou bases de données ont été sélectionnés :

PubMed, PsycInfo, Cairn.info, Academia.edu. Seuls les articles traitant de l'annonce du diagnostic d'un cancer gynécologique (sein ou col de l'utérus) à la patiente ou à son conjoint ont été retenus. Aucune restriction n'a été faite sur les dates de publication afin d'élargir autant que possible notre champ d'exploration. Les articles en français et en anglais ont été inclus.

Les articles ont été analysés sur la base des titres, des auteurs et des résumés. L'inclusion était effectuée en aveugle par deux auteurs indépendants et les conflits discutés. Toutes les données sélectionnées ont été stockées dans le logiciel de gestion Zotero. Les textes intégraux des publications retenus à cette étape ont été recherchés et examinés. La qualité des études a été évaluée à partir de la grille d'évaluation Health Evidence (Fig. 1).

Résultats

Au total, 413 articles ont été identifiés dans la phase initiale de notre recherche. La lecture des titres, en tenant compte des critères d'inclusion et la recherche des doublons ont permis de retenir 9 articles. La majorité des études avaient obtenu un score moyen ou faible à la grille d'évaluation de la qualité retenue, à savoir le Health Evidence. La Fig. 2 représente le diagramme de flux de sélection et inclusion des articles.

Conditions de l'annonce

En Afrique subsaharienne, quelques réflexions sont menées sur le cadre bio-éthique et déontologique du cancer mais très peu s'intéressent aux circonstances de l'annonce d'un cancer en général, et d'un cancer gynécologique en particulier [9,10]. Aussi, dans ce domaine, la littérature est-elle rare, voire quasi-inexistante et aucune procédure n'est proposée pour identifier les conséquences psychologiques qui découlent de l'annonce du diagnostic sur la patiente (détails des études dans le Tableau 3).

Des extraits de récits des patientes tirés de la littérature relatent des expériences d'annonce faites par un tiers et en l'absence de cadre adéquat : « Une infirmière m'apprend dans le couloir que j'avais le cancer... une infirmière m'en a parlé dans l'enceinte de l'hôpital... j'ai eu des échos par des infirmières avant d'entrer dans le bureau du médecin [11,12] ». Ces patientes atteintes d'un cancer du sein ou du col de l'utérus expriment le désir d'avoir plus d'informations sur la maladie, les traitements et leurs effets secondaires de la part des soignants. Quelques-unes d'entre elles demandent à savoir ce qu'il en est du pronostic, formulant ainsi le désir d'être considérées comme actrices à part entière de leur santé et vraies partenaires thérapeutiques. Tout laisse à penser que la méconnaissance sur la maladie et particulièrement sur les causes de celle-ci agirait sur l'adhésion à une prise en charge médicale [10–13].

Traumatisme de l'annonce

L'impact psychologique d'un cancer gynécologique se rattache à des représentations symboliques importantes : d'une part, l'image du cancer associée à la mort et à la souffrance, d'autre part l'image de l'organe renvoyant à la

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Études incluant le dispositif d'annonce de diagnostic d'une maladie grave/chronique chez le patient et/ou son partenaire	Toutes études portant sur l'annonce du diagnostic d'une maladie grave chez un autre membre de la famille (enfant, mère, père)
Intervention	Études incluant les interventions pour apprécier la communication soignant/soigné autour d'un cancer Études incluant les interventions pour diagnostiquer les troubles psychologiques liés à l'annonce d'un cancer chez la patiente et/ou son partenaire	
Comparaison	Conséquences de l'annonce dans la vie du patient Conséquences de l'annonce dans la vie du conjoint	
Résultats	Études qui incluent les critères de jugement ci-après : – Construction de l'annonce – Communication soignant/patient – Qualité de l'information donnée au patient et à son conjoint – Ressenti de la maladie – Troubles psychologiques liés à l'annonce	
Types d'études	Études observationnelles, transversales avec une méthodologie quantitative et/ou qualitative, exploratoires (rétrospective ou prospective) Revue de littérature, revues systématiques, littérature grise, ouvrages, résumé de conférence, articles publiés en texte intégral	Éditoriaux de lettres, résumés
Général	Les études en langue française et anglaise Pas de restriction de dates de publication	

Tableau 2 Mots-clés, revue systématique sur les conditions d'annonce du cancer du sein et du col de l'utérus en Afrique subsaharienne, 2022.

Quelques pays d'Afrique subsaharienne	Mots clés de base	Mots clés associés
Angola	<i>Announcing diagnosis</i>	<i>Breast cancer</i>
Bénin	<i>Disclosing diagnosis</i>	<i>Tumor breast</i>
Burkina Faso	<i>Communication diagnosis</i>	<i>Breast neoplasm</i>
Cameroun	<i>Information diagnosis</i>	<i>Breast carcinoma</i>
Centrafrique	<i>Breaking diagnosis</i>	<i>Breast malignant neoplasm</i>
Congo-Brazzaville	<i>Psychological impact</i>	<i>Cervical neoplasm</i>
Côte d'Ivoire	<i>Psychological trauma</i>	<i>Cervical cancer</i>
Éthiopie	<i>Psychological distress</i>	<i>Cervical malignant neoplasm</i>
Gabon		<i>Tumor cervical</i>
Kenya		<i>Tumor cervix</i>
Mali		<i>Cervix cancer</i>
Nigéria		<i>Patient</i>
République Démocratique du Congo		<i>Partner</i>
Rwanda		<i>Spouse</i>
Sénégal		
Tchad		
Togo		

féminité, la sexualité, la maternité, la sensualité [11,12]. Quelques auteurs se sont penchés sur le retentissement psychologique de l'annonce d'un cancer chez les femmes (Tableau 4). Dans une étude menée au Niger, 18 patientes atteintes d'un cancer du sein sur 33 ont présenté des scores

élevés aux échelles évaluant les troubles de l'image du corps et de l'estime de soi [14]. Quant à celle menée en Côte d'Ivoire, sur 120 patients ivoiriens souffrant de cancer dont 60,8 % des patientes avaient un cancer du sein, la réaction à l'annonce était marquée par la tristesse (63,3 %), le déni

HEALTH EVIDENCE™

Instructions : Se reporter au dictionnaire ci-joint pour connaître la définition des termes et les instructions sur la façon de remplir chaque section. Pour chaque critère, prière de cocher la case appropriée.

Auteur(e) principal(e) :

Année :

Revue :

Responsable de l'évaluation :

CRITÈRE	OUI	NON
Q1. Les auteurs ont-ils défini une question claire et pointue [population, intervention (stratégie) et résultats]?		
Q2. Des critères d'inclusion pertinents ont-ils été utilisés pour sélectionner les études initiales ?		
Q3. Les auteurs ont-ils décrit une stratégie de recherche globale ? Entourer toutes les stratégies utilisées : <ul style="list-style-type: none"> - Bases de données en santé - Bases de données en psychologie - Bases de données en sciences sociales - Bases de données en éducation - Autre <ul style="list-style-type: none"> -recherche manuelle -informateurs-clés -Listes des références -Études non publiées 		
Q4. La stratégie de recherche couvrait-elle un nombre d'années suffisant ?		
Q5. Les auteurs ont-ils décrit la qualité des données probantes des études initiales incluses dans la? Niveau I → essais contrôlés aléatoires uniquement Niveau II → études de cas-témoins, de cohorte, non aléatoires Niveau III → études non contrôlées		
Q6. La revue évalue-t-elle la qualité méthodologique des études initiales, y compris : (Exigence minimale : 4 des 7 critères suivants) <ul style="list-style-type: none"> • La conception du plan (« design ») de la recherche • La composition de l'échantillon • Le taux de participation • Les sources de biais (variables confondantes, biais attribuable aux répondants) • La collecte de données (mesure des variables dépendantes/indépendantes) • Les taux de suivi/d'abandon • L'analyse des données 		
Q7. Les résultats de la revue sont-ils transparents ?		
Q8. Était-il pertinent de combiner les conclusions des résultats d'une étude à l'autre ?		
Q9. Des méthodes appropriées ont été utilisées pour combiner/comparer les résultats d'une étude à l'autre ?		
Q10. Les données appuient-elles l'interprétation des auteurs ?		
SCORE FINAL :		

Cote de Qualité : (Entourer une cote) :

Rigoureuse (score final entre 8 et 10)

Moyenne (score final entre 5 et 7)

Faible (score final de 4 ou moins)

Figure 1. Outil d'évaluation de qualité.

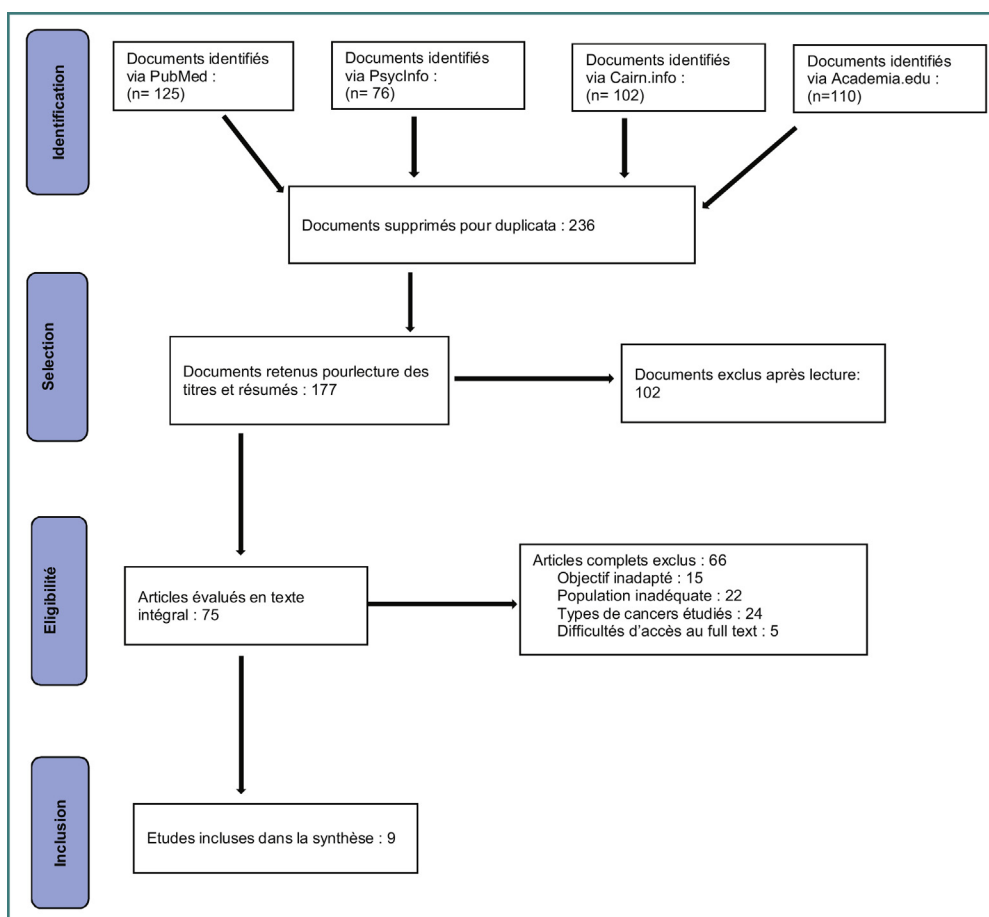


Figure 2. Diagramme de flux. 2022.

(10 %) et l'idée de suicide (3,4 %). Le vécu psychologique des patientes était dominé par la dépression (35,0 %), bien que 55,0 % des enquêtées s'estimaient confiantes. Très peu de patientes partageaient leur diagnostic avec leur entourage (5,0 %) et le motif du non-partage était dominé par le risque de rejet familial (67,0 %) [15].

Selon l'étude menée au Burkina Faso, le cancer du col de l'utérus ferait partie des « maladies du sexe » encore appelées « maladies de la honte » inscrites dans les tabous construits autour de l'organe le « plus » intime de la femme. La femme souffrant d'un cancer du col de l'utérus se remet sans cesse en question sur son rôle d'épouse et ses capacités de reproduction. Souvent stigmatisée au même titre que la femme atteinte de VIH, elle se réfugie souvent dans une vie de tristesse, de retrait social, s'apparentant à une « mort sociale » [16,17]. Pour les patientes du Togo, le cancer est associé à des causes surnaturelles en lien avec des croyances ancestrales au sujet des origines de la maladie et de la difficulté de maîtrise de son évolution induisant de ce fait des doutes sur les possibilités de guérison [13]. Notons qu'il existe parfois chez certains personnels de santé un flou biomédical autour de la définition, des causes de la maladie et des informations claires sur son pronostic. Cette méconnaissance ne leur permettrait pas de répondre convenablement aux inquiétudes des patientes comme l'indique l'étude CAP menée au Cameroun [18]. En revanche, en Côte d'Ivoire, l'ignorance, la précarité et les habitudes socioculturelles

seraient identifiées comme des facteurs essentiels du diagnostic tardif des cancers du sein, avec 41,1 % attribués aux habitudes socioculturelles [15].

Retentissement de l'annonce sur le couple

Les données dans ce domaine sont peu documentées (Tableau 5). Selon une étude menée au Cameroun, l'annonce du diagnostic d'un cancer semble soulever des réorganisations dans le fonctionnement de l'appareil psychique familial caractérisé entre autres par des angoisses permanentes, des manifestations dépressives, des mécanismes de défense et de *coping*, etc. et même les liens familiaux sont repensés, réinterrogés [19]. S'interrogeant sur l'impact des cancers gynécologiques (sein et col de l'utérus) et leur traitement sur la vie du couple, des chercheurs au Mali ont démontré que dans les mariages polygamiques, 42 % des partenaires auraient abandonné leur conjointe malade au profit de la coépouse, 17 % se seraient remariés, 33 % auraient divorcé et 8 % des patientes auraient opté pour une distanciation physique. Les causes évoquées étaient la peur de la contamination, la considération de ces types de cancer comme sexuellement transmissible, la baisse de la libido, la dyspareunie et la sécheresse vaginale [15,20].

Tableau 3 Conditions et dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse. 2022.

Pays/nombre d'articles	Premier auteur	Descriptions	Population	Méthode/outils	Résultats
Mali/1	Ly M. (2010)	Épidémiologie et état de situation de la prise en charge des cancers Afrique et particulièrement au Mali	Non définie	Non définie	Méconnaissance de la maladie Accès coûteux aux soins, pénurie d'équipements pour la prise en charge du cancer, manque de spécialistes du cancer
Sénégal/1	Bâ F. (2011)	Étude qualitative (2019) Améliorer les conditions d'annonce du cancer du sein au Sénégal	11 patientes âgées de 29 à 58 ans	Entretiens semi-directifs	Difficultés de l'annonce Manque de cadre adéquat Traumatisme de l'annonce
Togo/1	Germaine AAD. (2020)	Étude qualitative de type ethnographique (2016–2019) Analyse des perceptions du cancer par les patients, l'entourage et les acteurs de soin	41 patients (hommes et femmes), 16 membres de l'entourage, 26 soignants et 20 personnes-ressources	Observation participante, entretiens	Le cancer reste une maladie associée à la peur, à la fatalité et à la mort. Il est difficilement appréhendé par les malades et par leurs proches

Discussion

Conditions de l'annonce

Au terme de nos recherches de littérature, nous n'avons retrouvé aucun cadre de déontologie médicale régulant la pratique de l'annonce d'un diagnostic de cancer en Afrique subsaharienne (ASS). Par ailleurs, cette annonce ne serait pas l'apanage exclusif des médecins oncologues ou des médecins traitants et semblerait ne pas répondre à un dispositif particulier. On note une pluralité d'intervenants et l'absence d'un cadre adéquat à cette situation [9–11,13]. Ce constat avait déjà été observé dans une étude menée en France en 2004 où pour 20 % des patientes, le diagnostic n'était pas annoncé en face-à-face par un médecin, mais par appel téléphonique ou par courrier postal [21]. Par contre en Écosse, le diagnostic serait posé par un médecin dans 60 % des cas [7]. Pour certains auteurs, une diversité d'intervenants dans l'annonce du diagnostic semblerait donner un caractère banal à cette situation qui pourtant a un impact considérable sur la personne [22,23]. Ils défendent l'idée selon laquelle le bon déroulement de l'annonce est indispensable pour assurer la confiance de la patiente et permettre une prise en charge de qualité. Aussi, au terme de ces différents constats, plusieurs de ces pays ont mis en place des dispositifs d'annonce de diagnostic pour encadrer plus efficacement cette étape de la maladie [24–28].

Un besoin réel d'être clairement informées sur la maladie se décèle également chez les patientes en ASS bien que des données quantitatives ne soient pas disponibles [11]. Des résultats concordants ont montré qu'en Écosse et en Inde, 90 % des patientes auraient exprimé le désir d'être

informées sur leur état de santé et leur traitement [7,29]. Par contre au Japon, 30 % préféreraient ne pas recevoir d'informations sur l'espérance de vie [30]. Les patientes réclament la bonne information dite avec bienveillance [7], compassion et dénuée de tous termes médicaux parfois incompréhensibles. Malgré la reconnaissance des avantages d'une communication ouverte entre le corps médical et la patiente, certains médecins expriment encore une forte résistance dans la divulgation du diagnostic et du pronostic. Ainsi, 40 % des oncologues conserveraient les informations relatives aux pronostics et à l'espérance de vie, si elles ne sont pas spécifiquement demandées par la patiente ou sa famille, ou si les membres de la famille estiment que la patiente ne doit pas en être informée [8,31–33]. Une démarche qui peut toutefois porter atteinte au principe du droit de la patiente. Si aux États-Unis, la loi a défini l'obligation au clinicien de fournir à la patiente toutes les informations sur l'évolution de la maladie et le traitement [28] ; en ASS, la communauté familiale ou tribale joue un rôle primordial qui prend souvent le pas sur l'individu en le privant du droit légitime de connaître la vérité sur sa pathologie et du droit de choisir son plan de traitement sous prétexte de le ménager psychologiquement [9,34]. En effet, d'une part, il existerait une crainte chez le médecin, de provoquer une morbidité psychologique chez cette dernière et, d'autre part, la réticence de la patiente à découvrir la vérité, qui sont des justifications de non-partage de l'information pour les uns et les autres [35–38]. Aussi, se dissimulant souvent à travers le nombre trop important de consultation et le temps assez court assigné à celle-ci, certains oncologues délèguent parfois cette tâche aux médecins généralistes [4,39].

Tableau 4 Répercussions de l'annonce d'un cancer sur la patiente. 2022.

Pays/nombres d'études	Premier auteur (année)	Types d'études/objectifs	Population	Méthodes/outils	Résultats
Congo-Brazzaville/1	Bolenga Liboko AF. (2021)	Étude transversale analytique à collecte de données prospective qui s'est déroulée du 1 ^{er} janvier au 31 août 2019	150 patients âgés d'au moins 18 ans, quel que soit le sexe, suivis en hospitalisation ou en consultation, porteurs d'un cancer du sein confirmé à l'histologie	Échelle visuelle numérique le « distress thermometer » ou thermomètre de la détresse couplé à la liste des problèmes rencontrés, et le HADS (Échelle d'estime de soi de Rosenberg)	La dépression et les troubles anxieux avaient été retrouvés respectivement chez 50,76 % et 46 % des patients 38 % présentaient une estime de soi très faible 26 % présentaient une estime de soi faible
Burkina Faso/1	Zeba S. (2019)	Étude socio-anthropologique, qualitative de type transversal et inductif Analyse des formes de vulnérabilité socioéconomiques des femmes atteintes du cancer du col de l'utérus	9 membres du personnel de santé (médecins, sages-femmes, maïeuticiens, infirmier-e-s d'État) 2 tradipraticiens 12 femmes malades 2 leaders religieux 33 femmes atteintes d'un cancer du sein	Entretiens individuels semi-structurés	Le cancer du col de l'utérus est interprété comme le résultat des infractions de la victime à des normes sociales élaborées pour réguler les pratiques et comportements sexuels de la femme
Niger/1	Soumana A. (2022)	Évaluer les troubles de l'image du corps et les distorsions de l'estime de soi dans la survenue d'un cancer du sein	33 femmes atteintes d'un cancer du sein	Échelle de l'image du corps « Body image scale » Échelle d'estime de soi de Rosenberg	La survenue du cancer du sein est accompagnée d'une faible qualité de l'estime de soi articulée autour des perturbations de l'image du corps

Le dispositif d'annonce mis en œuvre depuis 2005 en France par l'Institut national du cancer (INCa) se veut répondre également à cette sollicitation de la patiente à travers l'instauration des temps de consultation et de coordination. L'objectif étant de dire la maladie à la patiente, de lui présenter et de lui donner, le plus clairement possible, toutes les informations importantes dont elle aura besoin tout au long de son parcours de soins [40]. De même, au Canada, dans le cadre du Plan de lutte contre le cancer en Ontario, des études se sont penchées sur les méthodes de communication clinicien-patient atteint de cancer et ont mis en exergue l'impact positif ou négatif de cette communication sur le bien-être du patiente tout au long du parcours des soins [26,41].

Ces études convergent vers la mise en place d'un dispositif d'annonce comme étant une grande avancée dans la prise en charge des patientes en cancérologie. Parallèlement, elles relèvent aussi qu'aucun dispositif ne résorberait véritablement les difficultés qu'il y a à dire et entendre la maladie tant du côté médical que du côté de la patiente. N'omettons pas le fait que les réactions des patientes ne sont ni homogènes, ni prévisibles. Chaque

individu réagissant différemment en fonction de sa propre histoire, ses caractéristiques sociales et culturelles, mais aussi de ses dispositions personnelles [10,42]. Une meilleure connaissance du vécu de l'annonce du diagnostic de la patiente paraît donc utile pour mener une réflexion sur les pratiques du personnel soignant lors de cette étape cruciale qui marque l'entrée dans la maladie.

Traumatisme de l'annonce

Pour décrire la violence intrinsèque de l'annonce de la maladie cancéreuse, certaines expressions sont évoquées par les patientes lors des consultations : « je me suis sentie comme dans un état de flottement...C'est comme si je nageais dans un fleuve sans savoir où je vais... J'étais à gauche, à droite...je ne comprenais rien...cela m'a fait l'effet d'une bombe... » (propos de certaines patientes atteintes de cancers gynécologiques recueillis dans le cadre des consultations psychologiques, ICA 2023). L'annonce de la maladie était essentiellement caractérisée par des réactions émotionnelles comme le choc, l'incrédulité, la colère, le chagrin. Des données statistiques ont démontré qu'au

Tableau 5 Répercussions de l'annonce de la maladie sur le partenaire/couple. 2022.

Pays/nombre d'articles	Premiers auteurs/année	Objectifs	Types d'études	Résultats
Mali/1	Diabaté K. (2021)	Impact des cancers gynécologiques et de leurs traitements sur la vie du couple	Étude prospective	Les cancers gynécologiques impactent fortement sur la sexualité du couple et peuvent entraîner le divorce
Bénin/1	Coovi G. (2020)	Représentations et enjeux socioculturels de la maladie cancéreuse	Étude qualitative	La maladie demeure une hantise pour le patient, le médecin, l'entourage
Cameroun/1	Nguimfack L. (2016)	Examiner et comprendre en quoi et comment la subjectivation par la famille du patient cancéreux, du diagnostic annoncé pourrait affecter le fonctionnement de l'appareil psychique familial	Étude qualitative	La situation d'entrée dans la maladie cancer, de même que l'annonce du diagnostic, constituent toutes deux des moments qui provoquent une angoisse automatique dans la famille, suivies d'un vécu groupal angoissé

Congo-Brazzaville 50,76 % des patientes présentaient une dépression et 46 % ont manifesté des troubles anxieux à l'annonce [43]. Ces données sont inférieures à celles enregistrées au Maroc, où 32 % des patientes atteintes de cancer présentaient un trouble dépressif et 35 % un trouble anxieux à l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) avec plus de 80 % des patientes atteintes du cancer du sein qui ont témoigné d'une vive inquiétude en rapport avec la perspective de l'avenir de leur état de santé [44]. De même en France, une prévalence de 32 % de dépression et 30 % de troubles anxieux étaient enregistrés auprès des patientes atteintes de cancer [40]. Par contre au Danemark seulement 13 % des patientes présentaient des troubles anxiodépressifs [45]. Ainsi, l'anxiété et la dépression seraient reconnues comme des complications témoignant d'une souffrance psychique qu'il est important de repérer le plus tôt possible.

La souffrance existentielle de la patiente est marquée par de multiples pertes : perte de l'illusion de l'immortalité (ou peur de la mort), perte de l'idéal de santé, perte de sa propre valeur sociétale (dont la perte d'emploi) ou encore des difficultés financières rattachées aux hospitalisations, aux ordonnances, perte des symboles de fertilité que sont le sein, l'utérus ou la disparition des menstrues, perte des cheveux suite à la chimiothérapie, amaigrissement et tous autres changements corporels seraient autant d'événements traumatiques responsables de blessures tant physiques que narcissiques [17,46–48]. Un état qualifié par les psychologues de « perte de soi » qui induirait des sentiments de rejet, de dévalorisation, d'atteinte de la féminité, de perte du pouvoir de séduction et même de discrimination parfois dans la sphère familiale [16,21,39,44,46,49]. Le sens de la maladie serait principalement conditionné tant par la nature de la maladie elle-même, que par le contexte

culturel du malade, à travers l'univers de représentations, de normes, de valeurs, de rapports sociaux qui structure la vie de la patiente [50–52]. Au regard de la littérature, des risques importants de suicide sont à craindre dès les premiers mois [53–55], bien qu'en Côte d'Ivoire seulement 3,4 % des cas aient été enregistrés [56].

Bien que la dimension traumatique de l'annonce d'un cancer soit reconnue, le débat reste ouvert quant à sa classification. En effet, les premiers travaux menés par l'équipe du psychologue Derogatis en 1983 aux États-Unis, établissaient une prévalence des troubles psychiatriques dans le contexte du cancer [47] en précisant que près d'une patiente sur deux, toutes localisations et tous stades confondus, présentaient des troubles psychopathologiques selon les critères du DSM-III (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, version III). Plus tard, d'autres études se référant au DSM-IV, inscraient la dimension traumatique de l'annonce d'un cancer dans les troubles de stress post-traumatiques (TSPT) [51,54,57,58]. Aujourd'hui, en se référant au DSM-5, on est plutôt enclin à inscrire ce traumatisme parmi les troubles de l'adaptation. En effet, le DSM-5 souligne que pour distinguer les troubles de l'adaptation des troubles post-traumatiques et des troubles de stress aigu, on peut se fonder sur le moment de survenue et sur le profil symptomatique. « Les troubles de l'adaptation peuvent être diagnostiqués immédiatement et persister jusqu'à 6 mois après l'exposition à l'événement traumatique, tandis que le trouble de stress aigu peut survenir uniquement entre 3 jours et 1 mois après l'exposition au stress et le TSPT ne peut être diagnostiqué qu'un mois après la survenue du facteur de stress traumatique » [52]. Quoiqu'il en soit, le traumatisme de l'annonce reste une réalité pour chaque patiente et si cette dernière ne reçoit

pas le soutien nécessaire, il pourrait avoir des conséquences néfastes sur son adhésion aux traitements, sa qualité de vie et ses chances de survie, voire majorer le désir d'un décès anticipé [54,57,58].

Retentissement de l'annonce sur le couple

Il existe un réel fardeau lié à la maladie qui impacte fortement le couple même lorsque celle-ci n'a pas de localisation en lien avec les organes sexuels. Une incidence élevée d'infections respiratoires, d'hypertension, de réduction de la fonction immunitaire, des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil et une mauvaise santé, ont été constatés chez les conjoints de patientes atteintes de cancer [20,24,30,36,59,60].

Le dialogue au sein du couple devient souvent difficile et peut conduire à des ruptures. Diakité, au Mali, avait enregistré 33 % de cas de divorce suite à l'annonce d'un cancer. Il relève que 42 % des partenaires auraient abandonné leur conjointe malade au profit de la coépouse et 17 % se seraient remariés [6,20,61]. Ce qui n'est pas loin du constat fait par Keller et al. en Angleterre, qui relèvent un taux de 10 à 20 % de couples qui auraient présenter des relations conjugales tendues après l'annonce d'un cancer chez un des partenaires [49,62–64] Tandis que Seban en France [65], met en évidence un taux de 39 % de partenaires chez qui la cause de la séparation serait le décès du conjoint, 3 % des hommes ne vivent plus en couple ou ont changé de partenaire et 16 % des femmes déclarent que leur conjoint les aurait quittés à cause du cancer. Cette hypothèse n'est pas partagée par tous les auteurs au regard des travaux de Le Corroller et al. en France [21], qui, tout en reconnaissant que l'annonce du diagnostic est souvent mal vécue par les conjoints dans 63 % des cas, relèvent que ces derniers ne reconnaissent aucune conséquence due à la maladie de la femme. On observe par contre un renforcement des relations du couple dans 37 % des cas, tandis que 55 % affirment que le cancer n'a pas eu de conséquences sur leur relation. Ils disent ne se sentir ni différents dans 73 % des cas, ni tristes pour 71 % d'entre eux [66]. Seuls 7,8 % affirment que le cancer agit négativement sur leur relation [56,66].

Au-delà de la peur du cancer comme maladie conduisant inévitablement à la mort, il y a celle rattachée aux différents traitements et particulièrement à la chimiothérapie, leurs conséquences et les actes chirurgicaux mutilants (tumorectomie, chirurgie conservatrice, mastectomie, hystérectomie) entraînant souvent des modifications de l'image du corps [60]. Toutes ces transformations peuvent induire des sentiments d'être non désirable, de culpabilité et d'incapacité à procréer, d'être intouchable voire contagieux. Si pour certains hommes, ces transformations n'altèrent pas forcément l'amour qu'ils portent à leurs femmes, ils reconnaissent tout de même ne plus les désirer sur le plan sexuel [36,49,67]. Des conséquences psychoaffectives ont été enregistrées au Mali avec 42 % des partenaires qui ont abandonné leur conjointe malade au profit de la coépouse, 17 % qui se sont remariés, 33 % divorcés et 8 % des patientes ont optées pour une distanciation physique [20]. Un constat semblable est fait auprès des femmes marocaines atteintes d'un cancer gynécologique, pour qui la distanciation physique semble traduire une vulnérabilité au regard du conjoint [68] Aussi préfèrent-elles

fuir tout contact intime avec lui. Cette incapacité à assurer le devoir conjugal génère de surcroît un sentiment de culpabilité et certaines vont même jusqu'à chercher une seconde épouse pour leur mari afin de combler leur « défaillance » [34,44,69].

Enfin, selon une étude de Paradis [59], la maladie peut entraîner comme « un effet de contagion » sur le conjoint. D'une part, du fait que le partenaire non malade est lié à l'exposition répétée de la détresse du partenaire malade, autrement dit, il reçoit, gère et même anticipe les douleurs physiques, morales et psychologiques de son conjoint. D'autre part, la détresse du conjoint non malade et les stratégies d'adaptation qu'il met en œuvre pour soutenir efficacement sa femme peut influencer à leur tour la manière dont celle-ci s'adapte à sa maladie [34,59,70]. L'incertitude face à la maladie reste cependant l'aspect le plus gênant avec le risque de rechute, la fatigue, l'angoisse, la dépression et la mort [71].

Limites de l'étude

La limite principale de notre recherche bibliographique réside dans le fait que dans les pays occidentaux, tout comme dans certains pays du Moyen-Orient et d'Amérique, les questions de l'annonce du diagnostic d'un cancer et de ses répercussions sur les patientes et leur entourage ont été réfléchies et appliquées pour la plupart, depuis plus de 10 ans. Ce qui explique le caractère quelque peu ancien de nos références bibliographiques concernant ces régions.

En Afrique subsaharienne, cette question n'est quasiment pas abordée. Aussi la littérature est plutôt pauvre, voire quasi-inexistante, bien qu'elle soit assez récente. Des approches sont aujourd'hui entreprises mais elles restent encore loin des réalités psychologiques et psychopathologiques qui caractérisent les femmes atteintes d'un cancer gynécologique en Afrique, telles que nous avons souhaité les mettre en lumière dans notre étude.

Conclusion

Ce travail n'a pas permis de mettre en lumière un cadre déontologique, éthique et réglementaire pour l'annonce d'un cancer gynécologique en Afrique subsaharienne (ASS). Nos recherches montrent que ce domaine est souvent négligé au profit des stratégies de dépistage, de prévention ou de recherches biomédicales ignorant ainsi le fardeau émotionnel des patientes et de leurs familles. Pourtant, les besoins d'information des patientes sont clairs et leur désir de mieux comprendre leur maladie est évident [11]. En Occident, un cadre similaire améliore la confiance médecin/patiente, la compliance aux traitements, le vécu de la maladie et la qualité de vie des patientes et leurs familles [24,26].

Les troubles psychologiques tels que la dépression et l'anxiété, touchent autant les patientes que leurs conjoints, impactant leur qualité de vie et leurs relations familiales [63]. Les effets secondaires des traitements peuvent entraîner une stigmatisation et affecter considérablement l'image et l'estime de soi, menaçant la cellule familiale [20,64].

Il est impératif de développer une approche psychologique intégrée dans la prise en charge du cancer en ASS. Ce travail pourrait inspirer la mise en place d'un dispositif d'annonce tenant compte des réalités culturelles et sociales des patientes. Un tel dispositif permettrait de mieux comprendre les réactions psychologiques à l'annonce du diagnostic, établissant un climat de confiance entre les patientes et le personnel soignant. Les chercheurs et les praticiens doivent collaborer pour créer et implémenter des protocoles d'annonce adaptés, qui respectent et soutiennent les patientes tout au long de leur parcours de soins. Il est crucial de former les professionnels de santé à des compétences relationnelles et communicationnelles spécifiques pour améliorer l'expérience des patientes et leurs familles face à un diagnostic de cancer. Ensemble, nous pouvons améliorer la qualité de vie des patientes et renforcer la résilience de leurs familles contre les défis posés par cette maladie. N'omettons pas que l'annonce ne se limite pas au diagnostic initial, mais inclut tout le parcours de soins, à savoir les changements de protocole, les interventions chirurgicales et les soins de support.

Protection des droits des sujets humains et animaux

Les auteurs déclarent que la conduite de la recherche décrite dans cet article est en accord avec la Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale révisée en 2013 concernant les expérimentations sur les patients ou sujets, ainsi qu'avec la directive européenne 2010/63/EU concernant les expérimentations animales.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que l'article ne contient aucune donnée personnelle pouvant identifier le patient ou le sujet.

Financement

Cette étude n'a reçu aucun financement spécifique d'une agence publique, commerciale ou à but non lucratif.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs attestent du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article.

Remerciement

Un remerciement spécial à Mme Yolande Angue pour son soutien matériel.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030; 2015.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Document de synthèse de l'OMS en vue des consultations régionales d'experts. (Version du 20 août 2021) Élaboration d'une feuille de route 2023–2030 pour la mise en oeuvre du Plan d'action mondial pour la lutte contre les MNT, 2013–2030; 2021.
- [3] Misery L, Chastaing M. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *Rev Med Interne* 2005;26:960–5.
- [4] Brocq H. Éthique et annonce de diagnostic : informer ou l'art de mettre les formes. *J Psychol* 2008;259:65–9.
- [5] Article 35 – Information du patient. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2019 [<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>]. Accessed 31 August 2022].
- [6] Stulz A, Boinon D, Dauchy S, Delaloge S, Brédart A. Ajustement psychologique des couples confrontés à un cancer du sein : perceptions des comportements de soutien du conjoint. *Bull Cancer (Paris)* 2014;101:690–7.
- [7] Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313(7059):724–6.
- [8] Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001;84:48–51.
- [9] Guessous N. Les questions éthiques liées au cancer. *Hegel* 2012;3:27–38.
- [10] Massinissa B, Gacem O. Annonce de diagnostic en cancérologie : aspects éthiques et déontologiques. *Avicenna Med Res* 2021;12–24.
- [11] Bâ F, Bâ EHM, Faye PL, Thiam MH, Dem A, Sylla O. Vécu psychologique de l'annonce du cancer du sein au Sénégal. *Psychooncology* 2011;5:259–62.
- [12] Ly M, Ly A, Rodrigues M, Lorient Y, Deberne M, Boudou-Rouquette P, et al. Le cancer en Afrique, un nouveau défi sanitaire. Exemples du Mali et de l'association OncoMali. *Bull Cancer (Paris)* 2010;97:965–8.
- [13] Germaine AAD. Les perceptions du cancer par les patients, leur entourage et les soignants à Lomé, analyse descriptive au CHU SO, à la clinique Biasa et à la clinique de l'aéroport. *Eur Sci J* 2020;16, <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n11p178>.
- [14] Soumana A. Troubles de l'image du corps et de l'estime de soi dans le cancer du sein chez les patientes de la maternité Issaka Gazobi de Niamey. *Psy Cause* 2022;82:37–51.
- [15] Touré PGL, Kamara I, Traoré S, Touré M, Adoubi I, Yéo-Ténéna J-M. Perception de l'annonce du diagnostic de cancer dans un cadre hospitalo-universitaire en Côte d'Ivoire. À propos de 120 patients suivis dans les services d'oncologie et d'onco-hématologie. *Bull Cancer (Paris)* 2022;109:679–84.
- [16] Zeba S. Femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et accès aux soins dans la ville de Ouagadougou; 2019 [Accessed 5 September 2022] <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/vulnerabilites/chapter/chapter-1/>.
- [17] Dany L, Dudoit É, Favre R. Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psychooncology* 2008;2:53–8.
- [18] Marie Tebeu P, Saint Saba Antaon J, Adjeba M, Pikop F, Tsuala Fouogue J, Ndom P. Connaissances, attitudes et pratiques des

- professionnels de santé sur le cancer du col de l'utérus au Cameroun. *Sante Publique* 2021;32:489–96.
- [19] Nguimfack L. Expérience familiale subjective et dynamique psychique familiale à l'annonce du diagnostic du cancer. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux* 2016;57:27–47.
- [20] Diakite K, Diarra I, Kouma A. Cancers gynécologiques et vie du couple. *Health Sci Dis* 2021;22:46–8.
- [21] Le Corroller-Soriano A-G, Malavolti L, Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic de cancer : une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Paris: La Documentation française; 2008.
- [22] Ederly L. Facteurs psychologiques impliqués dans l'annonce du diagnostic de cancer. In *Annoncer un cancer. Psychooncology* 2011;81–94.
- [23] Ruzniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec* 2012;60:24–37.
- [24] INCa. Plan Cancer 2014–2019. 4^e Rapport au Président de la République; 2018 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_pr_2018_final_compile.pdf.
- [25] INCa. Le dispositif d'annonce du cancer (Mesure 40 du Plan Cancer); 2006 <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>.
- [26] Canadian Strategy for Cancer Control. Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : un plan canadien de lutte contre le cancer; 2006 [Accessed 27 March 2022] <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2017/10/canadian-strategy-for-cancer-control-cancer-plan-for-canada-FR.pdf>.
- [27] Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de référence sur la lutte contre le cancer chez les Premières Nations au Canada; 2013 [Toronto].
- [28] Dias L, Chabner BA, Lynch TJ, Penson RT. Breaking Bad news: a patient's perspective. *Oncologist* 2003;8:587–96.
- [29] Khan J, Laxmi S. Does the cancer patient want to know? Results from a study in an Indian tertiary cancer center. *South Asian J Cancer* 2013;2:57.
- [30] Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 2007;16:573–81.
- [31] Chua GP, Tan HK, Gandhi M. What information do cancer patients want and how well are their needs being met? *2018;25:873*.
- [32] Hack TF, Degner LF, Parker PA, The SCRIN Communication Team. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005;14:831–45.
- [33] Leydon GM. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ* 2000;320:909–13.
- [34] Ameur MB, Kharmoum S, Errihani H. Le soutien familial du patient cancéreux : qu'en est-il du Maroc ? *Pan Afr Med J* 2013;15, <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2013.15.64.2851>.
- [35] Alsirafy SA, Abdel-Aziz HI, Abdel-Aal HH, El-Sherief WA, Farag DE. Not telling patients their cancer diagnosis in Egypt: is it associated with less anxiety and depression and better quality of life? *JCO Glob Oncol* 2022:e2200080.
- [36] Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, Howard F, Nikanfar A, Ferguson C. Cancer disclosure: experiences of Iranian cancer patients. *Nurs Health Sci* 2012;14:250–6.
- [37] Gellera SD. Exploration de la communication entre patient et médecin lors de la communication pour l'annonce d'un cancer du sein; 2016.
- [38] Bettevy F, Dufranc C, Hofmann G. Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer; 2006.
- [39] Brocq H, Collomp R, Biyo A. Le dispositif médical d'annonce. *2005;6:197–224*.
- [40] INCa. Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011; 2012.
- [41] Tetreault M, Laporte S, Mathieu A. Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé. Guide de pratique clinique; 2015 [opiq-qc/wp-content/uploads/2015/e_opiq_quidecomm2014_VF.pdf. Accessed 5 October 2022].
- [42] Bacqué M-F. Annoncer un cancer : diagnostic, traitements, rémission, rechute, guérison, abstention. Paris, Berlin, Heidelberg, [etc.]: Springer; 2010.
- [43] Bolenga Liboko A, Ngatali C. Détresse psychologique des patients atteints de cancers du Sein au centre hospitalier et universitaire de Brazaville. 2021;22.
- [44] Manoudi F, Chagh R, Asri F, Tarwate M, Tazi I, Tahiri A, et al. Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer. Une étude marocaine. *Psychooncology* 2010;4:13–20.
- [45] Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Væth M, Møller S, Ravnsbæk J, et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2009;113:339–55.
- [46] Dong T, Magne Fongang AG, Njifon Nsangou H. Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein. *Perspect Psy* 2023;62:268–77.
- [47] Reich M. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique : Travail présenté lors des 27^{es} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24–27 septembre 2008. *Inf Psychiatr* 2009;85:247–54.
- [48] Reich M, Deschamps C, Ulaszewski AL, Horner-Vallet D. L'annonce d'un diagnostic de cancer : paradoxes et quiproquos. *Rev Med Interne* 2001;22:560–6.
- [49] Préau M, Marcellin F, Lert F, Spire B, Moatti J-P. Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. *Hal*; 2008 [fhalshs-01564008f].
- [50] Sarradon-Eck A. Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps. In *Faire face au cancer. Image du corps, image de soi*. 2009;285–311.
- [51] Dauchy S, Rouby P. Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme jeune. In: 28^{es} Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM). Lille, France. 2006. p. 322–7.
- [52] Roux P, Kalampalikis N, Durif-Bruckert C. Schémas et représentations sociales : leur rôle dans le vécu du cancer du sein. *Cah Int Psychol Soc* 2016;110:159–76.
- [53] Baurecht H, Heinrich M, Kreuzer PM, Langguth B, Hofmann L, Leitzmann MF, et al. Suicide among patients with cancer: a call to action for researchers and clinical caregivers. *Clin Transl Med* 2022;12:e946.
- [54] Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami H-O, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012;366:1310–8.
- [55] Liu Q, Qu Z, Dong H, Qi Y, Wu J, Zhang W, et al. Trends in cancer-related suicide in the United States: a population-based epidemiology study spanning 40 years of data. *Transl Psychiatry* 2024;14:213.
- [56] Toure M, Nguessan E, Bambara AT, Kouassi YKK, Dia JML, Adoubi I. Facteurs liés au diagnostic tardif des cancers du sein en Afrique sub-saharienne : cas de la Côte d'Ivoire. *Gynecol Obstet Fertil* 2013;41:696–700.
- [57] Hamon-Valanchon H. Femmes et cancer : imaginaire de la maladie et culture hospitalière. *Societes* 2009;105:57–69.
- [58] Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* 2019;76:51.

- [59] Paradis M, Consoli SM, Pelicier N, Lucas V, Andrieu J-M, Jian R. Détresse psychosociale et communication à propos du cancer chez le partenaire malade et son conjoint. *Encephale* 2009;35:146–51.
- [60] Almont T. Santé sexuelle des patients atteints de cancer, de l'annonce à l'après cancer : information, disparités et besoins non satisfaits; 2018 [Accessed 8 January 2023] <https://theses.hal.science/tel-02276776>.
- [61] Nguemy Keubo FR, Mutarambirwa HD, Nchankou Tatepong AM, Delphine NS. La symptomatologie physique et vécu psychologique dans le cancer du col utérin : interrogations à partir de trois cas cliniques au Cameroun. *Rev Int Soins Palliatifs* 2019;34:91–5.
- [62] Dong T, Magne Fongang AG, Njifon Nsangou H. Vécu mélancolique et altération de la sexualité chez les femmes mastectomisées avec cancer du sein. *Perspect Psy* 2023;62:268–77.
- [63] Proia-Lelouey N, Lemoignie S. Couples face au cancer. *Dialogue* 2012;197:69–79.
- [64] Keller M, Henrich G, Sellschopp A, Beutel M. Between distress and support: spouses of cancer patients. In: *Cancer and the family*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1996. p. 187–223.
- [65] Seban R. Étude de la consultation d'annonce en cancérologie pour les patients ayant un cancer incurable au diagnostic : information, place des traitements, et participation à la décision; 2018 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01864908>.
- [66] Neill G, Green E, Caris P. La lutte contre le cancer au Québec et en Ontario : une approche centrée sur le patient. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2014 [<https://statistique.quebec.ca/fr/document/la-lutte-contre-le-cancer-au-quebec-et-en-ontario-une-approche-centree-sur-le-patient>. Accessed 12 March 2022].
- [67] Freitas D. Le couple face au cancer : comment opère la protection ? Une étude qualitative; 2015.
- [68] Ghorbel A, Yousfi A, Abidi R, Yahyaoui S, Zaraa S, Mahjoubi K, et al. Le retentissement du cancer utérin et ses traitements sur la sexualité. *Sexologies* 2020;29:186–97.
- [69] Lamtali S, Boussaa S, Loukid M. La prise en charge psychologique des patients cancéreux au Maroc : cas du centre d'oncologie-hématologie de Marrakech. *Psychooncology* 2019;13:82–8.
- [70] Nassiba ON. La famille à l'épreuve du cancer : enjeux et répercussions psychologiques (The family living with cancer: issues and psychological implications). 2021;6:7464–772.
- [71] Duprez C, Vanlemmens L, Untas A, Antoine P, Lesur A, Loustalot C, et al. Emotional distress and subjective impact of the disease in young women with breast cancer and their spouses. *Future Oncol* 2017;13:2667–80.