

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée : une étude mixte**

**Auteur :** Kourouma, Mamady

**Promoteur(s) :** 28367; 28368

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24019>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de  
Guinée : Une étude mixte**

Mémoire présenté par M. Mamady KOUROUMA  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en praticien spécialisé en Santé publique  
Année académique : 2024 – 2025

**Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de  
Guinée : Une étude mixte**

Mémoire présenté par M. Mamady KOUROUMA  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en praticien spécialisé en Santé publique  
Promoteur : Professeur Bangaly TRAORE  
Co-promoteur : Docteur Mamady KEITA  
Année académique : 2024 – 2025

## **Remerciements**

Ce travail achève un long parcours universitaire et personnel, marqué par des défis formateurs, des réussites importantes et un soutien précieux.

Je tiens d'abord à honorer la mémoire de mon père, Sékou KOUROUMA. Sa résilience et sa passion pour le savoir continuent de me guider chaque jour. À ma mère, Manty DIAWARA, merci du fond du cœur pour tes sacrifices silencieux, ton dévouement sans faille et ton soutien constant durant toutes ces années.

Un merci immense à mon frère Fadama KOUROUMA, sans son aide et son réconfort pendant mes études à Liège, rien n'aurait été possible. Sa présence bienveillante a été ma véritable force.

Je tiens à témoigner ma profonde reconnaissance au Professeur Bangaly TRAORE, pour ses orientations précieuses et son engagement constant. Je remercie également Docteur Mamady KEITA pour son suivi et son encadrement.

Ma gratitude va également à Docteur Abdoulaye CAMARA dont le sérieux et l'investissement ont été déterminants pour la collecte des données.

Je n'oublie pas les équipes du CHU Donka et de la Polyclinique Médisar, leur professionnalisme et leur collaboration ont été indispensable à cette recherche.

Enfin, un merci particulier à l'équipe pédagogique de l'Université de Liège, leur expertise, leurs conseils éclairés et leur disponibilité ont été la clé de voûte de ce travail.

À tous ceux qui m'ont soutenu, visiblement ou dans l'ombre, ces pages vous appartiennent autant qu'à moi.

## Résumé

### Introduction

En République de Guinée, la prise en charge des cancers constitue un enjeu de santé publique majeur. L'absence de couverture maladie expose les patients à une toxicité financière significative, réduisant l'accès aux soins et accentuant leur vulnérabilité. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prévalence, les déterminants et les conséquences comportementales et psychosociales de la toxicité financière, ainsi que leur vécu.

### Méthodologie

Une étude mixte a été réalisée du 1<sup>er</sup> février au 5 mars 2025 au service d'oncologie de Donka et à la polyclinique Médisar, dans la capitale Conakry. Les données ont été collectées par questionnaire auprès de 177 patients et par entretiens semi-directifs auprès de 13 d'entre eux. Elles ont ensuite été, analysées avec le logiciel R (pour le volet quantitatif) et par analyse thématique (pour le volet qualitatif).

### Résultats

L'étude a révélé une prévalence élevée de toxicité financière (87,6 %), principalement associée à l'absence d'assurance maladie (87,0 %,  $p < 0,0001$ ) et aux faibles revenus (30,0 %,  $p = 0,0105$ ). Les conséquences comportementales documentées incluent : réduction du budget alimentaire (76,3 %), recours à l'endettement (68,9 %), cession d'actifs patrimoniaux (61,0 %) et interruptions thérapeutiques (67,2 %). 156 patients (88,1 %) présentaient une détresse psycho-économique. L'analyse qualitative enrichit ces données en illustrant comment les patients vivent la toxicité financière comme une expérience aux dimensions multiples : poids familial, stratégies d'adaptation contraignantes (telles que les tontines), inégalités dans l'accès aux soins (notamment les écarts de coûts à l'étranger) et conséquences identitaires.

### Conclusion

En République de Guinée, près de neuf patients atteints de cancer sur dix sont confrontés à une toxicité financière, principalement liée à l'absence d'assurance maladie et à des revenus faibles. Cette précarité oblige de nombreux patients à faire des choix douloureux pour poursuivre leurs soins. Il est indispensable de mettre en place des mesures urgentes : instaurer une assurance maladie obligatoire, prévoir des subventions spécifiques pour les traitements.

**Mots clés :** toxicité financière, cancer, précarité socio-économique, couverture maladie, Guinée

## **Abstract**

### **Introduction**

cancer care is a major public health issue in the Republic of Guinea. The lack of health insurance exposes patients to significant financial toxicity, reducing access to care and increasing their vulnerability. The aim of this study was to access the prevalence, determinants and behavioural and psychosocial consequences of financial toxicity, as well as their experience.

### **Methods**

A mixed study was conducted from 1<sup>st</sup> February to 5<sup>th</sup> March 2025 at the Donka oncology department and the Medisar polyclinic in the capital Conakry. Data were collected by questionnaire from 177 patients and by semi-structured interviews with 13 of them. They were then analysed using R software (for the quantitative component) and thematic analysis (for the qualitative component).

### **Results**

The study revealed a high prevalence of financial toxicity (87.6%), mainly associated with lack of health insurance (87.0%,  $p < 0.0001$ ) and low income (55.4%,  $p = 0.0307$ ). Documented behavioral consequences included: reduced in food budget (76.3%), recourse to debt (68.9%), disposal of property assets (61.0%) and therapeutic interruptions (67.2%). 156 patients (88.1%) presented psycho-economic distress. The qualitative analysis enriches these data by illustrating how patients experience financial toxicity as an experience with multiple dimensions: family burden, restrictive coping strategies (such as tontines), inequalities in access to care (particularly differences in costs abroad) and identity-related consequences.

### **Conclusion**

In the Republic of Guinea, nearly nine out of ten cancer patients face financial toxicity, mainly due to a lack of health insurance and low incomes. This precarious situation forces many patients to make painful choices in order to continue their treatment. Urgent measures must be put in place: introducing compulsory health insurance and providing specific subsidies for treatment.

**Keywords:** financial toxicity, cancer, socio-economic precariousness, health cover, Guinea

## Table des matières

<b>Préambule .....</b>	7
<b>Abréviations .....</b>	8
<b>Liste des figures.....</b>	9
<b>Liste des tableaux.....</b>	9
<b>1. Introduction.....</b>	10
1.1. Le poids croissant des maladies cancéreuses : Un fléau mondial et un défi financier.....	10
1.2. Classification des coûts liés à la prise en charge des cancers.....	10
1.3. Cadre conceptuel et théorique de la TF des maladies cancéreuses.....	11
1.4. Financement des soins de santé à l'échelle internationale.....	13
1.5. Enjeux des soins oncologiques en RG.....	14
1.5.1. Profil socio-économique .....	14
1.5.2. Cancers et Couverture sanitaire universelle (CSU) : barrières financières, techniques et organisationnelles.....	14
1.5.3. Programme national de lutte contre le cancer (PNLCC).....	15
1.5.4. Financement de la santé.....	16
<b>2. Matériel et méthodes .....</b>	18
2.1. Type et période d'étude .....	18
2.2. Outils de collecte de données .....	19
2.3. Caractéristiques de la population étudiée .....	19
2.3.1. La population cible.....	19
2.3.2. La population d'étude .....	20
2.3.3. Les critères de sélection .....	20
2.3.3.1. Critères d'inclusion.....	20
2.3.3.2. Critères de non-inclusion .....	20
2.4. Echantillonnage .....	21
2.5. Organisation de la collecte de données .....	21
2.6. Contrôle de qualité des données collectées.....	21
2.7. Analyses statistiques.....	21
2.7.1. Partie quantitative .....	21
2.7.2. Partie qualitative .....	22
2.7.3. Intégration des résultats .....	23
2.8. Composition de l'équipe de recherche.....	23
2.9. Aspects réglementaires et financement de l'étude.....	23
2.9.1. Financement .....	23
2.9.2. Vie privée et protection de données .....	24

2.9.3. Comité d'éthique .....	24
2.9.4. Conflit d'intérêt .....	24
2.9.4. Information et consentement.....	24
2.9.5. Exploitation et publication des résultats .....	25
<b>3. Résultats .....</b>	<b>25</b>
3.1. Partie quantitative .....	25
3.2. Partie qualitative .....	35
3.3. Interprétation intégrée des résultats quantitatifs et qualitatifs .....	39
<b>4. Discussion .....</b>	<b>40</b>
4.1. Limites et biais.....	40
4.2. Qualités de l'étude.....	41
4.3. Comparaison à la littérature scientifique internationale.....	41
4.4. Perspectives.....	42
<b>Conclusion .....</b>	<b>43</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe .....</b>	<b>48</b>

## **Préambule**

Le cancer ne frappe pas que le corps : il frappe aussi les portefeuilles et les espoirs.

La décision de poursuivre un Master en santé publique s'est imposée à nous comme une nécessité professionnelle et humaine, motivée par notre vécu au quotidien au CHU Donka. En tant que médecin généraliste ayant exercé pendant près de deux ans au service de cancérologie, nous avons vu des patients se battre sur deux fronts : contre la maladie, mais aussi contre les coûts médicaux insupportables et l'impossibilité d'accès à des traitements spécialisés comme la radiothérapie ou les soins palliatifs.

Nous avons accompagné des histoires qui nous marquent encore : des familles obligées de vendre leurs terres ou leurs maisons pour tenter des soins, des renoncements aux soins qui conduisent beaucoup de patients à retourner dans leurs villages ou à une fin prématurée.

Ces réalités répétées nous ont montré un lien dramatique : plus la précarité économique s'aggrave, plus les chances de guérison s'effondrent. Elles ont aussi révélé une vérité crue : en Guinée, survivre au cancer dépend trop souvent de sa capacité financière.

C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'explorer la « Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée », un thème encore peu documenté localement malgré son urgence sociale. Cette recherche vise à établir des données probantes sur l'impact financier des cancers pour les patients, et proposer des pistes d'action pour les autorités sanitaires, afin de réduire les inégalités et d'améliorer la prise en charge globale des patients qui souffre de cancer en République de Guinée.

A travers ce mémoire, nous ambitionnons de sensibiliser les décideurs publics à la nécessité de mécanismes de protection financiers pour les patients vulnérables, contribuer à l'élaboration de politiques sanitaires plus équitables, intégrant des solutions concrètes (subventions, mutualisation des coûts selon le contexte local, etc.), influencer la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux cancers, en levant les barrières économiques qui compromettent les traitements.

## Abréviations

**CNERS** : Comité national d'éthique pour la recherche en santé

**CNPS** : Caisse nationale de prévoyance sociale

**CSU** : Couverture sanitaire universelle

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**DIU** : Diplôme inter-universitaire

**EORTC QLQ – C 30** : *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*

**FDSI** : Fonds de développement social et d'indigence

**HPV** : Papillomavirus humain

**IDH** : Indice de développement humain

**IVA/IVL** : Inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol

**NSIA** : Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PNLCC** : Programme nationale de lutte contre le cancer

**PNLP** : Programme nationale de lutte contre le paludisme

**PTF** : Partenaire technique et financier

**RG** : République de Guinée

**RGPD** : Règlement général sur la protection des données

**TF**: Toxicité financière

**UE** : Union européenne

## Liste des figures

<b>Figure 1 :</b> Cadre conceptuel de la toxicité financière des maladies cancéreuses .....	13
<b>Figure 2 :</b> Répartition des patients selon la présence ou l'absence de la toxicité financière ..	25
<b>Figure 3 :</b> Répartition des patients selon le stade du cancer .....	27

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1 :</b> Caractéristiques des patients .....	28
<b>Tableau 2 :</b> Analyse univariée et multivariée de la toxicité financière en fonction des caractéristiques des patients.....	29
<b>Tableau 3 :</b> Analyse univariée et multivariée de la détresse psychologique financière en fonction des caractéristiques des patients.....	30
<b>Tableau 4 :</b> Analyse univariée et multivariée de la réduction des dépenses alimentaires en fonction des caractéristiques des patients.....	31
<b>Tableau 5 :</b> Analyse univariée et multivariée de l'emprunt d'argent en fonction des caractéristiques des patients.....	32
<b>Tableau 6 :</b> Analyse univariée et multivariée de la Vente de biens en fonction des caractéristiques des patients.....	33
<b>Tableau 7 :</b> Analyse univariée et multivariée du retard/abandon de traitement en fonction des caractéristiques des patients.....	34

## **1. Introduction**

### **1.1. Le poids croissant des maladies cancéreuses : Un fléau mondial et un défi financier**

Les maladies cancéreuses constituent un problème de santé publique majeur en raison de leurs taux de morbi-mortalité élevés. Les projections indiquent une augmentation significative du nombre de cas diagnostiqués dans le monde au cours des prochaines années (1). En 2022, près de 20 millions de nouveaux cas de cancers ont été enregistrés dans le monde (2), 1 185 216 nouveaux cas en Afrique (2), et 8 777 nouveaux cas en République de Guinée (RG) avec près de 6 363 décès (2). D'ici 2040, on estime que le nombre de nouveaux cas de cancer dépassera les 27 millions par an, soit une augmentation de 50 % par rapport aux 18,1 millions estimés en 2018 (3). Cette situation engendre des charges financières considérables, tant pour les patients que pour le système de santé.

Du côté des patients, la charge économique liée au traitement des cancers ne cesse elle aussi d'augmenter, entraînant des conséquences graves telles que, le retard dans le diagnostic initial de la maladie, le renoncement aux traitements, des faillites, une accentuation de la précarité, et une diminution de la survie globale (4,5).

A ce sujet, la notion de « toxicité financière (TF) », décrivant les répercussions délétères des coûts élevés liés aux services de soins pour les maladies cancéreuses a récemment attiré l'attention dans le domaine de la Cancérologie (5–8).

Cette réalité impose une analyse systématique des composantes économiques qui la sous-tendent.

### **1.2. Classification des coûts liés à la prise en charge des cancers**

Le traitement du cancer entraîne des dépenses substantielles pesant simultanément sur les patients, leurs proches et les structures sanitaires. Ce poids économique multidimensionnel se décline en trois typologies majeures (9) :

**Les coûts directs :** Les dépenses spécifiquement liées aux traitements (consultations, hospitalisations, chimiothérapie, radiothérapie, médicaments). Ils incluent également les dépenses connexes non médicales (transport, hébergement, nutrition pour le patient et accompagnateur). Ces coûts récurrents et substantiels constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, surtout dans les systèmes de santé financés majoritairement par les ménages (9).

**Les coûts indirects :** Pertes économiques découlant de la pathologie, incluant la baisse de revenus due à l'incapacité professionnelle, la réduction d'activité, et le temps consacré par l'entourage aidant. Bien que moins quantifiables, ces impacts compromettent la stabilité financière des familles et accroissent leur précarité, surtout dans les économies fragiles comme celle de la RG (9).

**Les coûts intangibles :** Répercussions psychosociales fréquemment minimisées (souffrance, anxiété, dépression, tensions familiales liées aux difficultés économiques). Bien que non monétaires, elles altèrent profondément la qualité de vie et participent pleinement au fardeau global de la maladie (9).

Derrière cette typologie, se cache un concept théorique en pleine structuration, dont la compréhension est indispensable à toute action politique éclairée.

### **1.3. Cadre conceptuel et théorique de la TF des maladies cancéreuses**

L'impact financier du cancer sur les patients et leur entourage, souvent qualifié de « TF », est un phénomène en pleine émergence découlant de la maladie ou des traitements qui lui sont associés, elle est également considérée comme un effet secondaire, généré par la maladie elle-même et/ou son traitement (10).

Ce concept recouvre plusieurs définitions proches et complémentaires, et sa signification varie entre les pays à revenu élevé et à faible revenu, en fonction des systèmes de santé, des conditions économiques, etc.

**Définition générale :** La TF désigne l'ensemble des conséquences négatives liées au coût des soins du cancer sur la situation financière des patients et de leur entourage, pouvant entraîner une détresse psychologique, sociale et économique (11).

**Définition clinique :** C'est le fardeau financier supporté par les patients atteints de cancer, résultant de la combinaison des coûts directs (paiements à la charge du patient pour les traitements, les médicaments, les soins, les hospitalisation, etc.), des coûts indirects (la perte de revenus, les déplacements, l'adaptation de domicile, etc.) et de la détresse subjective ressentie (le stress financier, l'anxiété devant les facture, la peur de l'endettement, etc.) (12,13).

**Définition pour les pays du Nord :** La TF désigne la détresse économique induite par les coûts non couverts des innovations thérapeutiques (les thérapies ciblées, immunothérapie, etc.), exacerbée par la complexité des assurances (14,15).

**Définition pour les pays du Sud :** Dans les contextes à ressources limitées, la TF correspond à l'appauvrissement dramatique dû aux paiements directs (*out-of-pocket*) pour les soins oncologiques de base (la chirurgie, la chimiothérapie), dans des systèmes dépourvus de protection sociale et d'infrastructure (16,17).

Malgré une diversité de notions et de définitions sur le sujet, il est généralement admis que ce concept reflète une forme de détresse financière subjective perçue par les malades, résultant de la lourdeur des coûts objectifs engendrés par cette pathologie (18).

Ce concept couvre deux dimensions principales (18) :

**La charge financière objective :** L'ensemble des coûts directs (frais médicaux et non médicaux) et indirects (perte de revenus, temps consacré aux soins).

**La détresse financière subjective :** L'impact sur l'équilibre psychologique et les relations sociales face aux difficultés économiques.

Afin de cerner de manière complète les différentes facettes de la TF en RG, notre étude s'appuie sur le cadre d'analyse à six dimensions proposé par Witt et al. (18) :

**Les dépenses financières actives :** Estimation des dépenses médicales par rapport au revenu familial.

**Les ressources financières passives :** Utilisation de l'épargne ou de la cession de possessions pour financer les traitements.

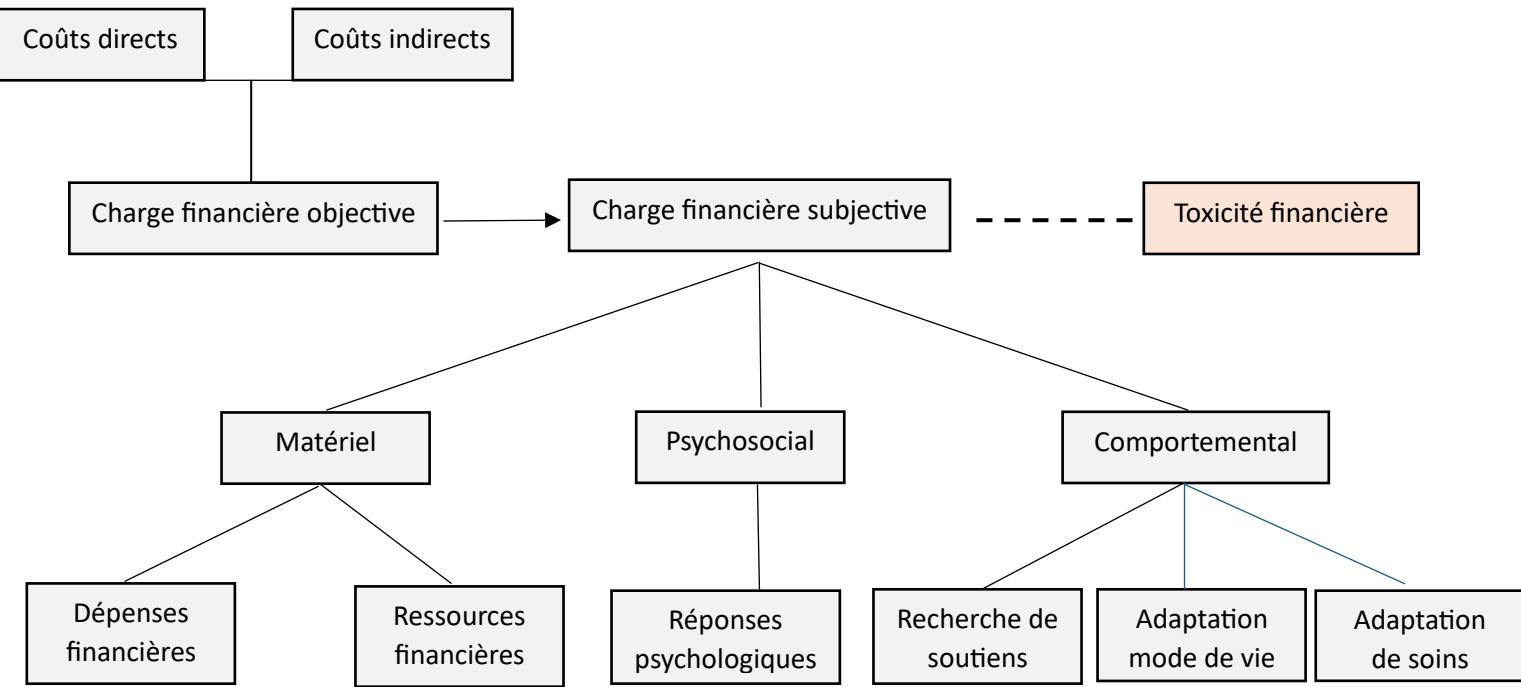
**Les réactions affectives :** Manifestations émotionnelles découlant des pressions économiques.

**Les ajustements thérapeutiques :** Altération des protocoles de soins (renoncement à des traitements pour motifs financiers).

**Les adaptations dans le mode de vie :** Compression des dépenses vitales et récréatives.

**Les recours à l'aide extérieure :** Sollicitation de soutien familial ou institutionnel.

Ces dimensions conceptuelles prennent un relief dramatique lorsqu'elles se heurtent aux réalités des systèmes de santé, profondément divergentes à l'échelle mondiale.



**Figure 1 :** Cadre conceptuel de la toxicité financière des maladies cancéreuses (18) (Source : Creswell JW et al., 2017)

#### 1.4. Financement des soins de santé à l'échelle internationale

Dans les pays développés, si nous prenons par exemple les pays de l'Union européenne (UE), près de 80 % des dépenses de santé sont financées par des mécanismes publics, contre 16 % à la charge des ménages et 5 % via des assurances privées (19). En France, le reste à charge est limité à 9 % grâce à une forte couverture publique. Aux États-Unis, bien que la réforme Obamacare ait ramené la participation de quelques ménages à 11 %, les dépenses de santé demeurent importantes (880 euros/habitant) du fait des honoraires cliniques et des tarifs élevés des produits médicaux (19).

Dans les pays en voie de développement, le financement des soins de santé est un obstacle pour les malades. Ce financement dépend surtout des paiements directs (*Out-of-pocket*) des familles. Cela expose les ménages à des dépenses catastrophiques et limite l'accès équitable aux soins spécialisés, comme ceux contre le cancer. Par exemple, au Burkina Faso, les familles payent 34,2 % du coût total des soins de santé (20), un taux bien plus élevé que le maximum des 20 % recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour éviter des dépenses insupportables (21). Au Niger les ménages assument 43,6 % de la dépense totale et les dépenses publiques restent inférieure à 10 % (22). Au Sénégal, plus de 50 % des dépenses

oncologiques sont à la charge des ménages, contre 40 % pour le financement public, incluant la gratuité partielle des traitements du cancer du sein et du col de l'utérus (23). Ces données démontrent la relation directe entre la structure du financement et la performance des programmes de lutte contre les maladies chroniques. L'accroissement du financement public, la mutualisation des ressources et la réduction de la part des ménages apparaissent comme des leviers déterminants pour améliorer l'accès et la qualité des soins, notamment pour les pathologies à coût élevé comme le cancer.

Cette disparité Nord-Sud s'exacerbe en RG, où les vulnérabilités structurelles renforcent de manière dramatique la TF.

## **1.5. Enjeux des soins oncologiques en RG**

### **1.5.1. Profil socio-économique**

La RG est considérée comme un pays en voie de développement. Son développement humain demeure marqué par de fortes contraintes structurelles, selon l'indice de développement humain (IDH) en 2023, elle se classe au 179<sup>ème</sup> rang sur 193 pays, avec un score de 0,5 (24). Cette situation traduit un accès limité aux ressources essentielles que sont la santé, l'éducation et le niveau de vie.

### **1.5.2. Cancers et Couverture sanitaire universelle (CSU) : barrières financières, techniques et organisationnelles**

Malgré l'adoption de la couverture sanitaire universelle (CSU) comme mesure mondiale pour surmonter les obstacles aux services de santé, de nombreux pays continuent de subir d'énormes conséquences financières. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne les traitements anticancéreux, aux coûts souvent exorbitants et non couverts par les services essentiels de la politique de santé de plusieurs pays. La CSU, telle que définie par l'OMS, vise à garantir que chacun reçoive des services de santé de qualité sans difficultés financières (25). Ces piliers reposent sur l'amélioration à la fois quantitative et qualitative des soins. Il s'agit de couvrir les besoins essentiels, tout en réduisant les risques financiers et l'appauvrissement dus à la maladie. Ces deux éléments devraient profiter à l'ensemble de la population. Trois dimensions guident la progression vers la CSU : La couverture de la population, la couverture des services essentiels, et le coût supporté par les malades (26).

La RG présente des défis structurels majeurs dans l'atteinte de la CSU. Avec seulement 6,64 % du budget national alloué à la santé en 2019 (27), bien en deçà des 15 % recommandés par la déclaration d'Abuja (28). La prise en charge des cancers reste marquée par des failles structurelles importantes, qui influencent directement la qualité et l'accessibilité des soins : Malgré la création récente d'un Programme national de lutte contre le cancer (PNLCC), l'absence d'un plan stratégique pleinement opérationnel et financé empêche la mise en œuvre d'une politique cohérente. Sur le plan technique, le déficit d'infrastructures spécialisées est majeur : la radiothérapie est inexistante, seuls 25 à 30 % des patients nécessitant cette modalité thérapeutique peuvent y accéder, généralement par le biais d'une évacuation sanitaire à l'étranger (Sénégal, Tunisie, Inde, etc.) (29), engendrant des coûts souvent insupportables pour les malades, ainsi que leur famille ; seulement deux laboratoires publics assurent une analyse anatomopathologique et la plupart des diagnostics sont réalisés à un stade tardif. La pénurie de ressources humaines est tout aussi marquée, avec trois chirurgiens oncologues et deux oncologues médicaux en exercice pour l'ensemble du pays.

La prévention reste aussi fragmentaire : La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) responsable du cancer du col de l'utérus n'est pas encore introduite dans le programme de vaccination, la couverture vaccinale contre l'hépatite B, pour le cancer du foie, ne dépasse pas 47 % chez les enfants de 0 à 5 ans, et les dépistages à l'inspection visuelle à l'Acide acétique et au Lugol (IVA/IVL) ne couvrent qu'une minorité de la population malgré 41 sites identifiés dont seulement 24 opérationnels (29).

Ces lacunes ne sont pas seulement financières ou techniques, elles s'inscrivent dans une dynamique plus large de vulnérabilité sanitaire, où le diagnostic tardif, le manque d'orientation médicale adéquate et les renoncements aux soins viennent s'entrecroiser. Les récits des patients rapportés par Traoré et al. (30) illustrent clairement ces parcours fragmentés, souvent interrompus, où la précarité, l'ignorance ou encore la méfiance vis-à-vis des traitements s'ajoutent aux contraintes techniques et organisationnelles (29,30).

### **1.5.3. Programme national de lutte contre le cancer (PNLCC)**

En 2022, le PNLCC a été institué. Il s'agit de l'entité dévolue au Ministère de la santé chargée de mettre en œuvre les stratégies de lutte contre le cancer en RG. Il convient de souligner les nombreuses difficultés rencontrées, notamment en raison de sa nouveauté. Actuellement

dépourvu de financement de la part de l'Etat et même de locaux dédiés, ce programme fait preuve d'une détermination remarquable en réussissant à mener à bien des activités grâce au soutien des partenaires techniques et financiers (PTF). Une analyse comparative des programmes sanitaires guinéens révèle une disparité de financement entre le PNLCC et les autres programmes : Alors que les programmes comme le VIH/Sida, le Programme élargi de vaccination (PEV), le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), captent des ressources significatives en raison de leur ancrage politique international, le PNLCC quant à lui fonctionne avec un budget proportionnellement moindre ou presque sans budget (31). Ce déficit de financement de lutte contre les maladies cancéreuses compromet davantage la qualité de prise en charge de ces maladies dont le taux de morbidité et de mortalité ne cesse d'augmenter. Ce déficit génère donc une exposition élevée aux conséquences financières des coûts trop élevés des services de soins contre les maladies cancéreuses.

#### **1.5.4. Financement de la santé**

Le financement des soins de santé en RG repose principalement sur la combinaison de financement public et des dépenses personnelles, avec une part significative de cette dernière, ce qui entraîne un impact négatif significatif sur l'accès aux soins de santé.

**Autorités étatiques :** En RG, avec seulement 6,64 % (en 2019) (27) du budget national consacré à la santé, le pays souffre d'un sous-financement chronique, aggravé par l'informalité économique limitant les recettes fiscales et la capacité de subventionner les soins, notamment pour les maladies chroniques, dont le cancer (32).

**Assurance maladie sociale :** La caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), et le fonds de développement social et d'indigence (FDSI) sont deux institutions clés de protection sociale en RG, avec des rôles complémentaires (33,34).

La CNPS est un organisme public de sécurité sociale. Elle a pour principale mission de gérer la protection sociale des travailleurs salariés (secteur privé, semi-public et fonctionnaires). Ses domaines de couverture sont : L'assurance maladie (soins de santé, médicaments), les pensions de retraite, les indemnités en cas d'accident du travail. Sa population cible est principalement les fonctionnaires et les employés du secteur formel (33,34).

Le FDSI est un fonds public à vocation sociale. Sa principale mission est de lutter contre la pauvreté et assurer une prise en charge médicale aux couches de population vulnérable. Ses

domaines d'intervention sont : La couverture sanitaire des indigents (personnes sans revenu), soutien aux initiatives locales de développement social. Ce fonds a pour principale cible, les indigents (personnes en extrême précarité) (33,34).

Ces deux institutions ne touchent qu'une fraction réduite de la population guinéenne (faible capacité financière du FDSI, exclusion des travailleurs du secteur informel par la CNPS). Elles rencontrent également des défis structurels : Un faible recouvrement des cotisations de la CNPS, un financement aléatoire du FDSI, et une insuffisance des prestations pour les pathologies lourdes (maladies cancéreuses).

**Assurance maladie privée** : L'assurance santé privée demeure marginale dans le système guinéen, ne couvrant que 0,5 % des dépenses sanitaires totales. Ce mécanisme facultatif concerne principalement les structures commerciales privées et les organisations de coopération internationale (bilatérales et multilatérales), qui constituent l'essentiel de sa base contractante (32). Trois assureurs sont principalement impliqués dans la prise en charge des cancers, ce sont : Lanala Assurance, Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance (NSIA) et Gras Savoye Assurance. Leurs taux de couverture varient de 80 à 100 %.

**Dépenses à la charge des ménages (*Out-of-pocket*)** : Le paiement direct par les ménages, avec 62,2 % sur le total des sources de financement, constitue la principale source de financement en RG. Ce pourcentage élevé de dépenses est en rapport avec une exposition considérable à la TF due à la précarité de la population (31). Les autorités affirment qu'un peu moins de la moitié (44 %) de la population guinéenne se situe en dessous du seuil national de pauvreté estimé à 16 423 GNF par personne et par jour en 2020 (35).

À ce jour, aucune donnée n'existe sur la prévalence, les facteurs de risque de la TF liée aux maladies cancéreuses, ni sur le vécu des patients atteints de cancer en RG, où le financement du système de santé est basé principalement sur le paiement direct (*Out-of-pocket*). Face à ce constat, cette étude s'attache à explorer la TF des maladies cancéreuses en RG, en s'appuyant sur les objectifs et hypothèses suivants :

## **Objectif de recherche**

Explorer la TF des maladies cancéreuses en République de Guinée à travers une approche intégrée.

	Objectifs spécifiques
Quantitative	Déterminer la prévalence et les facteurs associés à la TF des maladies cancéreuses en République de Guinée.  Evaluer les conséquences comportementales de la TF des maladies cancéreuses chez les patients en République de Guinée.
Qualitative	Comprendre comment les patients atteints de cancers en République de Guinée vivent, interprètent et s'adaptent à la TF induite par leur maladie.

## **Hypothèses**

Notre étude repose sur quatre hypothèses :

Les inégalités de couverture sanitaire chez les patients atteints de cancer sont fortement associées à la survenue d'une TF.

Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques ont une influence dans l'apparition de la TF.

Les coûts directs et indirects représentent les principaux facteurs déclencheurs de la TF.

La TF a des répercussions psychosociales négatives : Stress accru, troubles anxieux et ajustements comportementaux (rationalisation des dépenses essentielles, recours aux réseaux d'entraide).

## **2. Matériel et méthodes**

### **2.1. Type et période d'étude**

Cette recherche a mobilisé un dispositif méthodologique mixte (36), intégrant simultanément une étude observationnelle transversale et une investigation qualitative. Cette approche intégrative a permis d'appréhender de manière globale la TF liée aux maladies cancéreuses en RG. La phase de collecte sur le terrain s'est déroulée du 1<sup>er</sup> février au 5 mars 2025.

Ce cadre méthodologique s'appuyait sur le modèle convergent parallèle (Quantitatif-Qualitatif), qui nous a permis d'analyser simultanément et indépendamment les données quantitatives et qualitatives avant leur intégration pour une interprétation globale. Cette

approche assurait une triangulation des résultats, renforçant ainsi la robustesse de l'étude et permettant une meilleure compréhension des enjeux de la TF dans un contexte de ressources limitées comme la RG (36).

## **2.2. Outils de collecte de données**

### **Conception et validation préliminaire de l'outil de collecte de données**

Le questionnaire (Annexe 1) utilisé dans notre étude a été spécifiquement élaboré sur la base d'un questionnaire validé, *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C 30) (Annexe 2) (37) afin de répondre aux objectifs de la recherche, en intégrant les particularités culturelles et contextuelles propres à la RG. Avant l'enquête proprement-dit, nous avons testé notre questionnaire auprès de cinq patients volontaires qui correspondaient à notre population cible. Ce pré-test sur le terrain nous a été très utile : Nous avons pu constater que certaines questions prêtaient à confusion. Nous les avons donc reformulées pour plus de clarté. Ces ajustements concrets ont nettement amélioré la qualité de notre outil de collecte.

Le questionnaire a été structuré en neuf sections, couvrant les aspects sociodémographiques, cliniques, financiers, psychosociaux et comportementaux, afin d'explorer de manière exhaustive les coûts et leurs conséquences. La détresse financière subjective (indicateur de la TF), a été mesurée à travers la question 28 du questionnaire EORTC QLQ-C30, modifiée afin de l'adapter au contexte guinéen (37).

En complément de l'outil principal, les registres des deux structures (consultation, chimiothérapie, protocole opératoire) et leurs bases de données (clinique et comptabilité) ont été utilisés pour enrichir et vérifier les informations collectées auprès des malades, minimisant ainsi les risques d'erreurs et d'omissions.

## **2.3. Caractéristiques de la population étudiée**

### **2.3.1. La population cible**

Tous les malades qui ont fréquenté le service de cancérologie de l'hôpital national Donka/CHU de Conakry, le plus grand hôpital public du pays, situé dans le quartier Donka, dans la commune de Dixinn, structure de référence dans la prise en charge des maladies cancéreuses en RG ; et le Centre de cancérologie de la polyclinique Médisar, situé dans le quartier Kaporé marché, dans la commune de Ratoma.

### **2.3.2.La population d'étude**

Notre population d'étude a été constituée de patients qui étaient inscrits dans les registres de consultation et de traitement dans l'un des deux structures et répondant aux critères d'inclusion.

### **2.3.3.Les critères de sélection**

#### **2.3.3.1. Critères d'inclusion**

- Diagnostic confirmé de cancer : Les patients ayant reçu un diagnostic de cancer confirmé, validé par des documents médicaux (histopathologie).
- Capacité décisionnelle : Aptitude à fournir un consentement écrit après information complète.
- Age : Les patients âgés de 18 ans ou plus, pour garantir une compréhension optimale des outils d'évaluation.
- Résidence : Les patients résidant en RG, afin d'assurer la pertinence géographique et culturelle des données.
- La maîtrise de la langue française (en plus des autres critères, vu la diversité de la langue locale, et le taux élevé de patients ne comprenant pas la langue française pour la partie qualitative).

#### **2.3.3.2. Critères de non-inclusion**

- Les patients n'ayant aucune confirmation histopathologique.
- Les patients en incapacité de fournir un consentement écrit après une information complète.
- Les mineurs de moins de 18 ans.
- Les patients non-résidents.
- Défaut d'aptitude à consentir (déficits cognitifs ou contraintes physiques invalidant la compréhension).
- Non-disponibilité : Les patients qui n'étaient pas disponibles pour des suivis nécessaires à la collecte des données ou qui ne pouvaient pas répondre aux questionnaires de manière fiable.

## **2.4. Echantillonnage**

Nous avons effectué un échantillonnage par méthode de convenance (non probabiliste), choix motivé par les contraintes logistiques et les ressources limitées sur le terrain.

## **2.5. Organisation de la collecte de données**

Les participants de cette étude ont été sélectionnés parmi les patients régulièrement suivis dans les deux structures, sur la base des registres médicaux. Deux médecins généralistes (enquêteurs) locaux, dotés d'une maîtrise approfondie des langues locales ainsi que d'une bonne connaissance des patients ont bénéficié d'une formation ciblée portant sur l'utilisation du questionnaire. Nous avons fait cette formation pour deux raisons : D'abord, aider les enquêteurs à maîtriser le questionnaire, et ensuite, leur donner des outils pour clarifier les réponses ambiguës pendant les entretiens.

Concernant la composante qualitative, l'enquêteur principal a réalisé des entretiens semi-directifs d'une durée de 10 à 20 minutes auprès de quelques patients. Une saturation complète des thématiques a été observée pour les catégories centrales (fardeau économique et familial, stratégies d'adaptation, impact psychologique, etc.). Cette approche a offert un accès privilégié à l'expérience subjective des patients.

## **2.6. Contrôle de qualité des données collectées**

Une analyse statistique exploratoire a été réalisée pour identifier les valeurs aberrantes et les données manquantes. Les anomalies détectées ont été revérifiées dans les questionnaires originaux.

La base de données a été examinée pour détecter d'éventuelles incohérences entre les variables. Une attention particulière a été portée aux variables clés de l'étude, telles que les coûts financiers, et la TF subjective.

## **2.7. Analyses statistiques**

### **2.7.1. Partie quantitative**

Les étapes de l'analyse statistique ont été structurées comme suit :

#### **Statistiques descriptives**

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser la population étudiée :

- Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes suivies de leurs écarts-types, et par des médianes suivies de leurs intervalles interquartiles après vérification de la normalité.
  - Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et pourcentages
- Les résultats descriptifs ont été illustrés à l'aide de tableaux et de graphiques.

### **Statistiques univariées et multivariées**

Les tests Chi-carré ( $\chi^2$ ) et Fisher ont été utilisés pour les variables nominales, le test t de Student et test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives en univariées selon que la normalité est respectée ou non. Des modèles de régression binaire ont été réalisés pour explorer les associations entre les covariables (facteurs sociodémographiques, cliniques, financiers) et la TF, ainsi que ces différentes composantes. Toutes les variables qui étaient significatives en univariée ont été utilisées dans les modèles multivariés.

### **Critères de significativité statistique**

Le seuil de significativité statistique a été fixé à une valeur p inférieure à 0,05. Compte tenu du caractère exploratoire de notre étude, aucune correction supplémentaire des tests n'a été appliquée.

### **Traitement de données manquantes**

Après contrôle de qualité, les données de cette étude ne comportaient aucune donnée manquante.

### **Logiciel utilisé**

Logiciel R version 4.2.1 : Ce logiciel a été utilisé pour les analyses descriptives, univariées et multivariées. Également pour la visualisation des données et la validation des modèles.

#### **2.7.2. Partie qualitative**

Les entretiens réalisés auprès de 13 patients, âgés de 28 à 68 ans, majoritairement de sexe féminin, avec différents statuts matrimoniaux et professionnels ont été consignés et retranscrits scrupuleusement, puis regroupés dans un document texte. Après la collecte des verbatims, une analyse a posteriori en suivant plusieurs étapes a été faite. Cette phase a impliqué, une analyse verticale (lecture de tous les entretiens séparément), une analyse horizontale (comparaison des textes), la recherche de thèmes récurrents, la catégorisation des réponses, et l'attribution de codes pour refléter les différentes dimensions des expériences

partagées par les malades. Par la suite, les codes ont été regroupés en catégories plus larges facilitant ainsi la synthèse des résultats.

### **2.7.3. Intégration des résultats**

Les analyses quantitatives et qualitatives ont été conduites simultanément et indépendamment avant confrontation systématique visant à détecter :

- Les concordances inter-méthodes (validation triangulaire des résultats).
- L'éclairage contextuel (interprétation des tendances statistiques par les témoignages qualitatifs).
- La modélisation contextualisée (intégration des réalités socio-économiques dans l'appréciation de la TF).

Cette méthodologie mixte a assuré une compréhension intégrale de la problématique de TF, et nous a permis d'élaborer des recommandations adaptées aux politiques de santé publique.

### **2.8. Composition de l'équipe de recherche**

L'équipe de recherche était composée de :

- M. Mamady KOUROUMA : Médecin généraliste, DIU en santé globale et Maladies émergentes, Data-manager, Etudiant en Master en Sciences de la santé publique à l'Université de Liège. Investigateur principal
- M. Bangaly TRAORE : Pr. Titulaire en Chirurgie oncologique, Coordinateur du PNLCC en République de Guinée, Chef de service d'oncologie de Donka/CHU de Conakry. Promoteur de l'étude
- M. Mamady KEITA : Ph.D en Radio-oncologie, Maître assistant. Co-promoteur
- M. Abdoulaye Mabinty CAMARA : Médecin généraliste service d'oncologie de Donka/CHU de Conakry et Polyclinique Médisar. Enquêteur

### **2.9. Aspects réglementaires et financement de l'étude**

#### **2.9.1. Financement**

Ma mission en RG a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Université de Liège. Leur programme de mobilité (catégorie non-allocataire) m'a octroyé une bourse incluant 820 euros pour les frais de voyage, permettant la réalisation de l'enquête de terrain.

### **2.9.2.Vie privée et protection de données**

Le traitement des données personnelles s'est strictement conformé au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Une architecture de double sécurité a été déployée :

- L'ordinateur de l'investigateur principal
- L'ordinateur du promoteur

Chaque système étant sécurisé par un mot de passe, assurant la confidentialité des informations sensibles.

Pour préserver l'anonymat des patients, nous avons attribué un code unique à chacun d'entre eux. L'accès aux données a été limité exclusivement aux membres de l'équipe de recherche, et celles-ci n'ont été utilisées que pour les objectifs définis dans le document d'information et de consentement signé.

### **2.9.3.Comité d'éthique**

Dans le cadre de cette étude, une demande d'approbation a été soumise au Comité National d'Ethique pour la Recherche en santé (CNERS) en RG, en vue d'obtenir l'autorisation de réaliser la recherche. L'autorisation nous a été accordée, et par la suite, cette approbation a été transmise au Comité d'Ethique Facultaire de l'Université de Liège (Annexe 3 et 4).

### **2.9.4.Conflict d'intérêt**

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt pour la réalisation et la diffusion des résultats de cette étude.

### **2.9.4.Information et consentement**

Un document d'information et de consentement (Annexe 5) a été élaboré afin de garantir que chaque participant soit pleinement informé des objectifs, du déroulement, des risques et des bénéfices de cette recherche, ainsi que leurs droits.

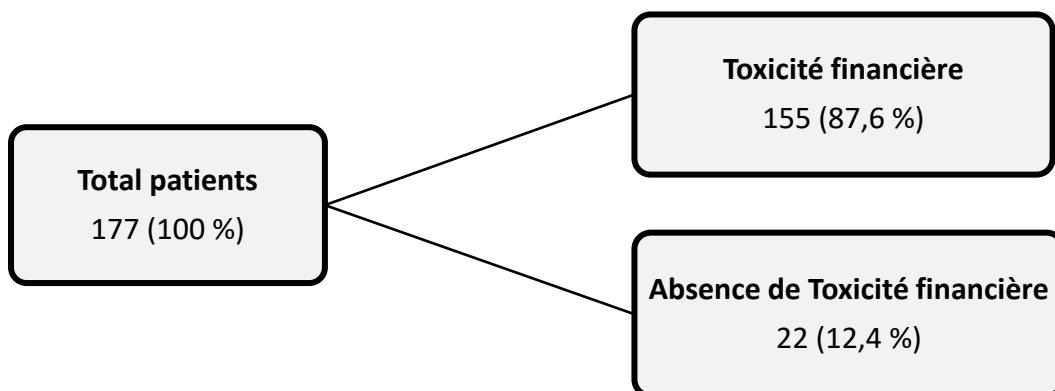
Pour les participants qui ne parlaient pas français, les enquêteurs ont pris le temps d'expliquer le contenu du document dans les langues locales adaptées, comme le Malinké, le Soussou ou le Poular. Cette démarche a garanti une compréhension des enjeux dans le strict respect des contextes linguistiques et culturels.

## 2.9.5. Exploitation et publication des résultats

Ce travail s'inscrit dans une démarche académique visant la validation du Master en Sciences de la santé publique, avec une spécialisation en praticien de la santé publique. Les données recueillies et les résultats issus de cette étude présentent un potentiel de valorisation scientifique, que ce soit par la publication d'article ou comme point de départ pour de futures recherches dans des thématiques proches.

## 3. Résultats

### 3.1. Partie quantitative



**Figure 2 :** Répartition des patients selon la présence ou l'absence de la toxicité financière

#### Profil social

Notre étude s'est portée sur une cohorte de 177 patients, dont 156 femmes (88,1 %). L'âge moyen des patients étudiés était de 45,2 ans ± 12,6 ans. Par ailleurs 128 patients (72,3 %) étaient mariés. L'analyse de notre échantillon a révélé une double fragilité éducative et professionnelle, avec 54,3 % des patients n'ayant dépassé aucun cycle éducatif formel ou seulement le primaire, limitant leur littératie en santé. Le secteur informel prédomine notre échantillon (43,5 % de chômeur et 35,0 % de travailleurs indépendants), avec seulement 16,4 % bénéficiant d'un emploi salarié stable. (Tableau 1)

#### Profil économique

Dans notre échantillon, 154 patients (87,0 %) n'avaient pas d'assurance maladie, les exposant intégralement aux coûts directs élevés : 71,8 % déclarent des frais médicaux mensuels supérieurs à 2 millions GNF, dépassant souvent le revenu mensuel des ménages. De plus, 95

patients 53,7 % survivent avec moins de 1 million de franc guinéen (GNF) mensuels, créant un décalage insurmontable avec les dépenses de santé. (Tableau 1)

### **Profil clinique**

Les cancers du sein représentaient 59,3 % et du col de l'utérus 20,9 %, et 53 % des participants présentaient un cancer de stade IV (Figure 3).

### **Manifestations de la TF**

La fréquence dramatique de la TF (Figure 2) se matérialise par des stratégies de survie à impact socio-économique délétère : des ventes de biens (61,0 %), des recours à l'endettement (68,9 %), et des réductions du budget alimentaire (76,3 %). Également par des impacts cliniques directs : des renoncements aux soins (67,2 %) et des pertes de revenus (61,0 %). Par ailleurs, 156 patients (88,1 %) présentaient une détresse psycho-économique, révélant l'imbrication des souffrances physiques et financières. (Tableau 1)

### **Facteurs associés à la TF selon l'analyse multivariée**

Lors de l'analyse univariée de la TF prise comme variable dépendante, les analyses ont mis en évidence une association significative entre celle-ci et trois facteurs : le statut d'emploi, le revenu mensuel net du ménage, et l'absence d'assurance maladie. Après ajustement des variables, seul l'absence d'assurance maladie et le revenu mensuel ont conservé un lien statistiquement significatif avec la TF. ( Tableau 2)

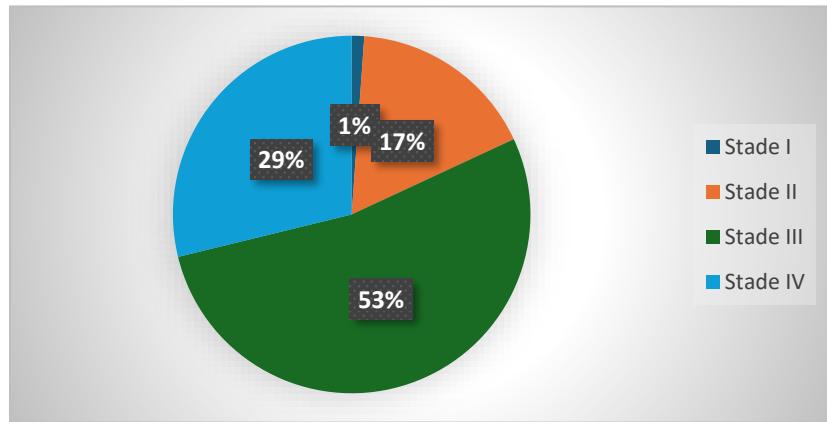
Des analyses effectuées, en prenant quelques composantes de la TF comme variables dépendantes, les analyses univariées ont révélé une association entre la détresse financière psychologique et les éléments comme le diplôme, le revenu mensuel, l'emploi ou l'assurance maladie, et seul le revenu mensuel a conservé son association en modélisation multivariée (Tableau 3).

Dans notre étude, l'insuffisance de revenu et le statut d'emploi ont émergé comme déterminants clés de la limitation du budget alimentaire (Tableau 4).

L'âge, la faiblesse de revenu, et le défaut d'assurance maladie étaient des déterminants significatifs du recours à l'endettement (Tableau 5).

La liquidation de biens personnels, comme tactique de survie, était étroitement associée au manque d'assurance maladie et au site primitif du cancer (Tableau 6).

Le non-respect du calendrier thérapeutique était significativement associé au revenu mensuel, à la chimiothérapie et à une absence d'assurance maladie (Tableau 7).



**Figure 3 :** Répartition des patients selon le stade du cancer

**Tableau 1 : Caractéristiques des patients**

		N	%	Moyenne ± SD / Médiane (P25 – P75)
Age (année)		-	-	45,2 ± 12,6 ans
Sexe	Homme	21	11,9	
	Femme	156	88,1	
Situation matrimoniale	Célibataire	14	7,9	
	Marié (e)	128	72,3	
	Divorcé (e)	5	2,8	
	Veuf (ve)	30	17	
Niveau d'éducation	Aucun	76	43,0	
	Primaire	20	11,3	
	Secondaire	31	17,5	
	Université	37	20,9	
	Autres	13	7,3	
Statut d'emploi	Employé	29	16,4	
	Indépendant	62	35,0	
	Chômeur	77	43,5	
	Retraité (e)	9	5,1	
Résidence principale	Zone urbaine	124	70,1	
	Zone rurale	53	29,9	
Revenu mensuel net du ménage	Pas de revenu	53	30,0	
	< 500 000 GNF*	42	23,7	
	500 000 GNF – 1 000 000 GNF*	29	16,4	300 000 (0 – 1 500 000) GNF*
	1 000 001 GNF – 5 000 000 GNF*	45	25,4	
	> 5 000 000 GNF*	8	4,5	
Assurance maladie	Aucune	154	87,0	
	Sociale	12	6,8	
	Privée	11	6,2	
Toxicité financière	Oui	155	87,6	
	Non	22	12,4	
Site primitif du cancer	Sein	105	59,3	
	Col de l'utérus	37	20,9	
	Autres	35	19,8	
Chirurgie	Oui	69	39,0	
	Non	108	61,0	
Chimiothérapie	Oui	122	68,9	
	Non	55	31,1	
Radiothérapie	Oui	34	19,2	
	Non	143	80,8	
Frais médicaux mensuels	< 500 000 GNF*	8	4,5	
	500 000 GNF – 1 000 000 GNF*	19	10,7	3 300 000 (1 900 000 – 5 300 000) GNF*
	1 000 001 GNF – 2 000 000 GNF*	23	13,0	
	> 2 000 000 GNF*	127	71,8	
Frais non médicaux mensuels	< 100 000 GNF*	26	14,7	
	100 001 GNF – 300 000 GNF*	53	29,9	390 000 (150 000 – 650 000) GNF*
	300 001 GNF – 500 000 GNF*	41	23,2	
	> 500 000 GNF*	57	32,2	
Perte de revenu	Oui	108	61,0	
	Non	69	39,0	
Détresse psychologique financière	Oui	156	88,1	
	Non	21	11,9	
Réduction des dépenses alimentaires	Oui	135	76,3	
	Non	42	23,7	
Emprunt d'argent	Oui	122	68,9	
	Non	55	31,1	
Vente de biens	Oui	108	61,0	
	Non	69	39,0	
Retard/Abandon de traitement	Oui	119	67,2	
	Non	58	32,8	

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 2 :** Analyse univariée et multivariée de la toxicité financière en fonction des caractéristiques des patients

	<b>Univariée</b>	<b>Multivariée</b>
	<i>p-valeur</i>	<i>p-valeur</i>
Age (année)	0,1999	-
Sexe (femme vs homme)	0,7292	-
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,8490	-
Divorcé vs Marié	0,9890	-
Veuf vs Marié	0,9020	-
Niveau d'éducation		
Aucun vs Universitaire	0,0551	-
Primaire vs Universitaire	0,3857	-
Secondaire vs Universitaire	0,7102	-
Autres vs Universitaire	0,3589	-
<b>Statut d'emploi</b>		
<b>Indépendant vs Employé</b>	<b>0,0333</b>	0,8169
<b>Chômeur vs Employé</b>	<b>0,0002</b>	0,2832
Retraité vs Employé	0,9897	0,9970
Résidence principale (Zone rurale vs Zone urbaine)	0,0743	-
Revenu mensuel net du ménage (GNF*)	0,1151	-
<b>Revenu mensuel net du ménage</b>		
<b>Pas de revenu vs &gt; 5 000 000 GNF*</b>	<b>0,0209</b>	<b>0,0105</b>
< 500 000 GNF* vs > 5 000 000 GNF*	0,9906	0,9942
500 000 – 1 000 000 GNF* vs > 5 000 000 GNF*	0,0685	0,1143
<b>1 000 0001 – 5 000 000 GNF* vs &gt; 5 000 000 GNF*</b>	<b>0,0245</b>	<b>0,0104</b>
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,9190	-
Stade III vs Stade I	0,9090	-
Stade IV vs Stade I	0,7900	-
Site primitif du cancer		
Sein vs Autres	0,7708	-
Col de l'utérus vs Autres	0,9335	-
Chirurgie (non vs oui)	0,2575	-
Chimiothérapie (non vs oui)	0,2868	-
Radiothérapie (non vs oui)	0,7721	-
Frais médicaux mensuels (GNF*)	0,1806	-
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,2160	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,1800	-
<b>1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs &gt; 2 000 000 GNF*</b>	<b>0,6890</b>	-
Frais non médicaux mensuels (GNF*)	0,6661	-
Frais non médicaux mensuels		
< 100 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,2850	-
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,3590	-
<b>300 001 - 500 000 GNF* vs &gt; 500 000 GNF*</b>	<b>0,2160</b>	-
perte de revenu (oui vs non)	0,4615	-

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 3 : Analyse univariée et multivariée de la détresse psychologique financière en fonction des caractéristiques des patients**

	<b>Univariée</b>	<b>Multivariée</b>
	<i>p-valeur</i>	<i>p-valeur</i>
<b>Age (année)</b>	0,4816	-
<b>Sexe (femme vs homme)</b>	0,2831	-
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,6110	-
Divorcé vs Marié	0,5820	-
Veuf vs Marié	0,8070	-
<b>Niveau d'éducation</b>		
<b>Aucun vs Université</b>	<b>0,0061</b>	0,8056
Primaire vs Université	0,2049	0,9497
Secondaire vs Université	0,1261	0,5791
Autres vs Université	0,9278	0,3215
<b>Statut d'emploi</b>		
<b>Indépendant vs Employé</b>	<b>0,0187</b>	0,2718
<b>Chômeur vs Employé</b>	<b>0,0113</b>	0,3145
Retraité vs Employé	0,7501	0,7590
Résidence principale (Zonz rurale vs Zone urbaine)	0,7179	-
<b>Revenu mensuel net du ménage (GNF*)</b>	<b>0,0235</b>	<b>0,0432</b>
Revenu mensuel net du ménage		
Pas de revenu vs > 5 000 000 GNF*	0,7868	-
< 500 000 GNF* vs > 5 000 000 GNF*	0,4163	-
500 000 – 1 000 000 GNF* vs > 5 000 000 GNF*	0,8622	-
1 000 000 – 5 000 000 GNF* vs > 5 000 000 GNF*	0,5387	-
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>0,0087</b>	0,2085
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,9890	-
Stade III vs Stade I	0,9890	-
Stade IV vs Stade I	0,9900	-
Site primitif du cancer		
Sein vs Autres	0,5779	-
Col de l'utérus vs Autres	0,0700	-
<b>Chirurgie (non vs oui)</b>	<b>0,1799</b>	-
<b>Chimiothérapie (non vs oui)</b>	<b>0,2047</b>	-
<b>Radiothérapie (non vs oui)</b>	<b>0,5606</b>	-
<b>Frais médicaux mensuels (GNF*)</b>	<b>0,5568</b>	-
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,9530	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,4080	-
1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,4620	-
<b>Frais non médicaux mensuels (GNF*)</b>	<b>0,6256</b>	-
Frais non médicaux mensuels		
< 100 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,1960	-
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,6700	-
300 001 - 500 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,9330	-
<b>perte de revenu (oui vs non)</b>	<b>0,1799</b>	-

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 4 : Analyse univariée et multivariée de la réduction des dépenses alimentaires en fonction des caractéristiques des patients**

	<b>Univariée</b>	<b>Multivariée</b>
	<i>p-valeur</i>	<i>p-valeur</i>
Age (année)	0,2367	-
Sexe (femme vs homme)	1,000	-
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,5710	-
Divorcé vs Marié	0,3550	-
Veuf vs Marié	0,5740	-
<b>Niveau d'éducation</b>		
<b>Aucun vs Université</b>	<b>0,0001</b>	0,7808
Primaire vs Université	0,1780	0,4073
Secondaire vs Université	0,2284	0,4073
Autres vs Université	0,4323	0,3076
<b>Statut d'emploi</b>		
<b>Indépendant vs Employé</b>	<b>0,0003</b>	<b>0,0415</b>
<b>Chômeur vs Employé</b>	<b>0,0005</b>	0,1514
Retraité vs Employé	0,8406	0,8993
Résidence principale (Zone rurale vs Zone urbaine)	0,5431	-
<b>Revenu mensuel net du ménage (GNF*)</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0024</b>
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>&lt;0,0001</b>	0,0543
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,7890	-
Stade III vs Stade I	0,4890	-
Stade IV vs Stade I	0,2890	-
Site primitif du cancer		
Sein vs Autres	0,4397	-
Col de l'utérus vs Autres	0,0744	-
Chirurgie (non vs oui)	0,0937	-
Chimiothérapie (non vs oui)	0,2441	-
Radiothérapie (non vs oui)	0,0778	-
Frais médicaux mensuels (GNF*)	0,9849	-
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,1110	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,2130	-
1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,7990	-
Frais non médicaux mensuels (GNF*)	0,2726	-
Frais non médicaux mensuels (réf. : > 500 000 GNF)		
< 100 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,3929	-
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,2588	-
300 001 - 500 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,8921	-
perte de revenu (oui vs non)	0,8925	-

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 5 :** Analyse univariée et multivariée de l'emprunt d'argent en fonction des caractéristiques des patients

	Univariée	Multivariée
	p-valeur	p-valeur
<b>Age (année)</b>	<b>0,0326</b>	<b>0,0151</b>
<b>Sexe (femme vs homme)</b>	<b>0,0060</b>	0,6604
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,8830	-
Divorcé vs Marié	0,6530	-
Veuf vs Marié	0,7600	-
<b>Niveau d'éducation</b>		
<b>Aucun vs Université</b>	<b>&lt;0,0001</b>	0,8120
Primaire vs Université	0,1728	0,5275
Secondaire vs Université	0,4657	0,3045
Autres vs Université	0,0635	0,3280
<b>Statut d'emploi</b>		
<b>Indépendant vs Employé</b>	<b>0,0046</b>	0,3740
<b>Chômeur vs Employé</b>	<b>0,0015</b>	0,4570
Retraité vs Employé	0,2373	0,8872
Résidence principale (Zone rurale vs Zone urbaine)	0,1130	-
<b>Revenu mensuel net du ménage (GNF*)</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0258</b>
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0274</b>
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,9152	-
Stade III vs Stade I	0,9002	-
Stade IV vs Stade I	0,7366	-
<b>Site primitif du cancer</b>		
<b>Sein vs Autres</b>	0,0034	0,4836
<b>Col de l'utérus vs Autres</b>	0,0053	0,6159
<b>Chirurgie (non vs oui)</b>	<b>0,0044</b>	0,1780
<b>Chimiothérapie (non vs oui)</b>	<b>0,0128</b>	0,1825
Radiothérapie (non vs oui)	0,1567	-
<b>Frais médicaux mensuels (GNF*)</b>	0,2075	-
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,7610	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,1560	-
1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,8140	-
<b>Frais non médicaux mensuels (GNF*)</b>	0,0930	-
Frais non médicaux mensuels		
< 100 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,2185	-
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,1070	-
300 001 - 500 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,8260	-
<b>perte de revenu (oui vs non)</b>	0,2359	-

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 6 :** Analyse univariée et multivariée de la Vente de biens en fonction des caractéristiques des patients

	Univariée	Multivariée
	p-valeur	p-valeur
<b>Age (année)</b>	<b>0,0175</b>	<b>0,0031</b>
Sexe (femme vs homme)	0,1799	-
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,8072	-
Divorcé vs Marié	0,4058	-
Veuf vs Marié	0,6674	-
<b>Niveau d'éducation</b>		
<b>Aucun vs Université</b>	<b>0,0420</b>	0,9647
Primaire vs Université	0,7920	0,6151
Secondaire vs Université	0,7740	0,3663
Autres vs Université	0,8770	0,8974
Statut d'emploi		
Indépendant vs Employé	0,4760	-
Chômeur vs Employé	0,1050	-
Retraité vs Employé	0,3400	-
Résidence principale (Zone rurale vs Zone urbaine)	0,3706	-
<b>Revenu mensuel net du ménage (GNF*)</b>	<b>0,0023</b>	0,3229
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>0,0057</b>	<b>0,0170</b>
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,7962	-
Stade III vs Stade I	0,6550	-
Stade IV vs Stade I	0,1256	-
<b>Site primitif du cancer</b>		
<b>Sein vs Autres</b>	<b>0,0029</b>	<b>0,0403</b>
<b>Col de l'utérus vs Autres</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0044</b>
Chirurgie (non vs oui)	0,1069	-
<b>Chimiothérapie (non vs oui)</b>	<b>0,0320</b>	0,2288
Radiothérapie (non vs oui)	0,4946	-
Frais médicaux mensuels (GNF*)	0,2774	-
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,7807	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,0841	-
1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,4893	-
Frais non médicaux mensuels (GNF*)	0,1810	-
<b>Frais non médicaux mensuels</b>		
<b>&lt; 100 000 GNF* vs &gt; 500 000 GNF*</b>	<b>0,0482</b>	0,7933
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,8912	0,1472
300 001 - 500 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,9493	0,5225
perte de revenu (oui vs non)	0,2180	-

GNF\* : Franc guinéen

**Tableau 7 : Analyse univariée et multivariée du retard/abandon de traitement en fonction des caractéristiques des patients**

	<b>Univariée</b>	<b>Multivariée</b>
	<i>p-valeur</i>	<i>p-valeur</i>
<b>Age (année)</b>	0,5781	-
<b>Sexe (femme vs homme)</b>	0,9531	-
Situation matrimoniale		
Célibataire vs Marié	0,7340	-
Divorcé vs Marié	0,2000	-
Veuf vs Marié	0,8250	-
<b>Niveau d'éducation</b>		
<b>Aucun vs Université</b>	<b>0,0063</b>	0,0954
Primaire vs Université	0,0597	0,5381
Secondaire vs Université	0,2986	0,3028
Autres vs Université	0,0873	0,9949
<b>Statut d'emploi</b>		
<b>Indépendant vs Employé</b>	<b>0,0081</b>	0,1367
<b>Chômeur vs Employé</b>	<b>0,0005</b>	0,0756
Retraité vs Employé	0,6669	0,6754
Résidence principale (Zone rurale vs Zone urbaine)	0,8978	-
<b>Revenu mensuel net du ménage (GNF*)</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0035</b>
<b>Assurance maladie (non vs oui)</b>	<b>0,0004</b>	<b>0,0187</b>
Stade du cancer		
Stade II vs Stade I	0,9880	-
Stade III vs Stade I	0,9880	-
Stade IV vs Stade I	0,9890	-
Site primitif du cancer		
Sein vs Autres	0,9185	-
Col de l'utérus vs Autres	0,3544	-
<b>Chirurgie (non vs oui)</b>	<b>0,0359</b>	0,5770
<b>Chimiothérapie (non vs oui)</b>	<b>0,0055</b>	<b>0,0261</b>
Radiothérapie (non vs oui)	0,2451	-
<b>Frais médicaux mensuels (GNF*)</b>	<b>0,3103</b>	
Frais médicaux mensuels		
< 500 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,2890	-
500 000 - 1 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,3590	-
1 000 001 - 2 000 000 GNF* vs > 2 000 000 GNF*	0,2650	-
<b>Frais non médicaux mensuels (GNF*)</b>	<b>0,9850</b>	-
Frais non médicaux mensuels (réf. : > 500 000 GNF)		
< 100 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,9412	-
100 000 - 300 000 GNF* vs 500 000 GNF*	0,9554	-
300 001 - 500 000 GNF* vs > 500 000 GNF*	0,6051	-
<b>perte de revenu (oui vs non)</b>	<b>0,8412</b>	-

GNF\* : Franc guinéen

### 3.2. Partie qualitative

#### Caractéristiques de l'échantillon

N°	Age	Sexe	Situation matrimoniale	Statut d'emploi	Nombre d'enfant	Type de cancer	Stade de cancer
1	36 ans	Femme	Célibataire	Chômeuse	0	Sein	III
2	46 ans	femme	Mariée	Employée	4	Col de l'utérus	III
3	67 ans	Homme	Marié	Retraité	15	Prostate	IV
4	45 ans	Homme	Marié	Chômeuse	3	Foie	Child C
5	50 ans	Homme	Marié	Indépendant	5	Foie	Child B
6	37 ans	Femme	Mariée	Indépendante	1	Sein	II
7	28 ans	Femme	Célibataire	Chômeuse	0	Partie molle	III
8	33 ans	Femme	Mariée	Employée	2	Peau	III
9	35 ans	Femme	Mariée	Chômeuse	4	Sein	II
10	34 ans	Homme	Célibataire	Chômeuse	0	Foie	Child B
11	68 ans	Femme	Mariée	Retraitee	5	Col de l'utérus	III
12	45 ans	Femme	Veuve	Indépendante	2	Col de l'utérus	III
13	34 ans	Femme	Divorcée	Employée	0	Sein	II

L'analyse thématique, basée sur les témoignages des 13 patients, a révélé que la TF dépassait largement le cadre économique. Vécue comme une réalité inéluctable multidimensionnelle, elle entraîne une déstructuration sociale, familiale et identitaire. Les stratégies d'adaptation contraintes et le manque perçu de soutien institutionnel exacerbent la détresse psychologique, transformant la maladie en une expérience existentielle aux conséquences dramatiques (au-delà des seuls coûts médicaux). Il en ressort six grandes thématiques qui mettent en évidence les expériences vécues par les patients atteints de cancer en RG.

#### Une toxicité financière omniprésente et multidimensionnelle

La TF est vécue comme un poids dont l'étendue dépasse souvent ce que les patients avaient imaginé. Ce n'est pas seulement le manque d'argent qui est problématique, mais le fait que chaque aspect de la vie doit être réorienté autour de la maladie : vendre des biens, solliciter les proches, s'endetter, ou encore renoncer au traitement.

*« ... J'ai vendu ma parcelle que j'avais pour pouvoir soutenir à des besoins, la maladie a impacté mon travail, parce qu'à l'heure-là, je ne travaille pas, je travaillais avec une société étrangère, et c'est quand tu travailles, on te paye, quand je travaillais, j'étais assuré, ils disaient qu'ils*

*prenaient 50 % des frais de traitement, quand tu pars à l'hôpital, tu envoies la facture, ils te remboursent. ...Depuis que j'ai eu cette maladie, la société ne m'a plus prise en charge... ».*

#### ***Patients N°1***

Ce qu'expriment ces témoignages, ce n'est pas simplement une contrainte financière, mais un changement majeur de leur statut social et économique. Le cancer n'est pas seulement une maladie physique ; il devient une force déstabilisatrice de l'équilibre financier et identitaire des patients. Ceux qui travaillent se retrouvent au chômage, ceux qui avaient des projets doivent les abandonner.

#### ***Une charge économique qui dépasse le patient (le fardeau familial)***

Le cancer ne touche jamais qu'une seule personne. Il entraîne un effet domino qui met à rude épreuve l'ensemble du réseau familial. Le patient devient une responsabilité, non seulement en termes de coûts médicaux, mais aussi dans la réorganisation des dynamiques familiales.

*« ...je leur ai dit : puisque c'est ainsi, je préfère vendre mon terrain, au lieu de continuer à faire pression sur mes enfants. Parce qu'il n'y a pas que ce traitement, il faut parallèlement assurer le quotidien, qui est énorme, par ce que je suis père de famille d'au moins plus de 20 personnes. Je ne dis pas que la pension ne représente rien, mais elle ne peut pas m'aider à subvenir à tous ces besoins, au niveau du foyer, au niveau de mon traitement, et ça me pèse énormément sur le plan moral... ».* Patients N°3

Ici, ce n'est pas seulement la question financière qui est évoquée, mais la douleur morale et la culpabilité. Ce que ces personnes disent, ce n'est pas seulement qu'elles doivent trouver de l'argent, mais que le simple fait d'exister et d'être malade leur semble pesant pour leurs proches. Le cancer redéfinit leur rôle au sein de la famille, non plus comme soutien mais comme une charge émotionnelle.

#### ***Des stratégies d'adaptation marquées par la contrainte***

Les malades et leurs familles adoptent différentes stratégies pour faire face aux dépenses, mais toutes réduites à des choix contraints et non d'une réelle solution. Il ne s'agit pas de planifier, mais de survivre au jour le jour.

*« ...du point de vue financier, ce que je vais vous dire, je revends, je mets des tontines, après la fin du mois je prends l'argent, je l'amène à l'hôpital pour les soins, y'a mes oncles maternels qui nous viennent souvent en aide... ».* Patients N°7

*« ...même si les médecins nous programment dans 2 semaines, à cause des problèmes d'argent, nous prolongeons à 3 voire 4 semaines. Pour qu'on puisse accumuler encore un peu d'argent pour pouvoir faire les soins. Tout ça la, bon, ça nous donne des difficultés dans la vie. Le fond des indigents au compte du gouvernement, nous avait pris en charge, ça aussi, ça n'a pas duré, ils ont commencé un mois, deux mois, le dernier mois, parce qu'ils ont dit 3 mois, le dernier mois restant, nous avons pris nous-même en charge les frais du traitement... ». Patients N°8*

Ce que ces paroles montrent, c'est que l'accès aux soins n'est pas linéaire : les traitements sont interrompus, retardés, fragmentés, au gré des disponibilités financières. Ce n'est pas une logique de soins qui prévaut mais une logique des priorités immédiates.

### **Des inégalités d'accès aux soins qui amplifient la souffrance**

Un autre aspect récurrent dans les témoignages est la perception d'une disparité structurelle dans l'accès aux soins. Les malades ne soulignent pas seulement le coût du traitement, mais aussi le fait que d'autres, dans d'autres pays, ont accès à ces soins plus facilement.

*« ...Parce que dans mon parcours je suis allé au Sénégal, je faisais mon contrôle ici et au Sénégal, on n'est parti là-bas, là-bas les médicaments sont subventionnés par l'Etat, mais pour les sénégalais. Par exemple avec la radiothérapie, nous partons, eux les Sénégalais, ils payent 150 mil FCFA, les étrangers, nous les Guinéens, on paie 750 mil FCFA, vous voyez, il y a une grande différence. Les médicaments anti-cancéreux sont donnés aux Sénégalais gratuitement. Seulement les diluants, les solvants qu'ils achètent. Et nous, on achète tout à un coût très cher. En Guinée il n'y a pas ces faveurs et il n'y a pas de radiothérapie. On est obligé d'aller pour ces genres de traitement... ». Patients N°13*

Ici, ce que ces personnes expriment, ce n'est pas seulement une frustration économique, mais un sentiment profond de négligence par leur propre pays. Le cancer devient une lutte non seulement contre la maladie, mais aussi contre un système de santé fragilisé.

### **Une détresse psychologique qui dépasse la douleur physique**

Le poids de la maladie ne se limite pas aux traitements et aux finances. La TF s'accompagne d'une toxicité émotionnelle, qui se traduit par un stress permanent, un isolement progressif et une détresse morale intense.

*« ... y'a des personnes peut être, moi je suis arrivé à relever beaucoup de difficultés, peut-être il y'a certaines, qui n'ont pas ces moyens, et maintenant moi aussi mes moyens sont réduit par*

*rappor t à ma perte d'emplois que je vous ai dit, mon contrat qui est en suspension, et donc si par exemple tu n'as pas d'argent, c'est le stress d'ailleurs qui va finir avec toi avant la maladie... ». Patients N°10*

*« ...Comme il a commencé de parler avec la famille, petit à petit, ils ont parlé que cette maladie ne va pas me laisser, que je vais mourir, après sa famille lui a dit maintenant, il ne faut pas qu'il se fatigue, il n'a qu'à chercher une deuxième femme, après mon décès, ça trouvera que, y'a une femme à côté. Après ils ont parlé ça, après maintenant, avant on avait l'habitude de parler, ou bien de faire des financements, après 3 mois, ç'a commencé à changer, maintenant quand je l'appelle, il me dit qu'il est occupé, en ce moment moi je suis en Tunisie, même si t'es occupé, trouve un temps pour moi pour qu'on puisse parlé un peu, parce que je suis seul ici... ». Patients N°9*

Ici, il est clair que le cancer n'est pas une épreuve seulement médicale. Il devient une cause de rupture relationnelle, un catalyseur de solitude et d'abandon. Les malades se sentent de plus en plus seuls, certains sont même confrontés à un repli par leurs proches.

### **Un appel urgent aux autorités : entre espoir et résignation**

Face à ces difficultés, les malades lancent un appel pressant aux autorités, mais ce qui ressort surtout, c'est une perception de résignation : ils demandent de l'aide, tout en étant convaincus qu'elle n'arrivera pas.

*« ..moi, je dirai au gouvernement, de nous aider, surtout les produits subventionnés par l'Etat. Parce que dans mon parcours je suis allé au Sénégal, je faisais mon contrôle ici et au Sénégal, on n'est parti là-bas, là-bas les médicaments sont subventionnés par l'Etat, mais pour les Sénégalais... ». Patients N°13*

*« ...Il faut qu'on demande de l'aide aux autorités de nous aider, sinon nous allons mourir. Surtout moi, cette fois ci qu'à même, cette fois ci, en tout cas je n'ai plus d'espoir. Parce que même ce qu'on dit là, on fait d'abord le traitement, on fait la chimiothérapie, après on fait maintenant la chirurgie, ahah, je pense maintenant, je me dis comment je vais avoir de l'argent maintenant pour faire la chirurgie. Et je suis en train de payer 3 millions GNF pour un médicament, et même pour avoir ça, il n'y a pas ce médicament ici, j'ai eu ça à Dakar ... ». Patients N°11*

Ces témoignages vont bien au-delà de simples demandes d'aide économique, ils traduisent une détresse profonde. Pour les patients, l'État reste une figure lointaine, perçue comme inaccessible.

### **3.3. Interprétation intégrée des résultats quantitatifs et qualitatifs**

Cette démarche méthodologique combine de manière convergente les analyses quantitative et qualitative, permettant leur examen parallèle avant une intégration critique par triangulation. Cette articulation vise à déchiffrer les manifestations multidimensionnelles de la TF des maladies cancéreuses en RG.

#### **Convergence des résultats**

Cinq convergences ont émergé des deux analyses (Quantitative - Qualitative)

Eléments de convergences	Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs
Prévalence de la TF	87,6 %	Les témoignages identifient la maladie comme un facteur d'appauvrissement structurel
Mécanismes de survie économique	Vente de bien : 61,0 % Endettement : 68,9 % Restriction budget alimentaire : 76,3 %	Les entretiens soulignent également les mécanismes suivants : vente de biens immobiliers, tontines forcées, privations vitales
Discontinuité des parcours de soins	67,2 %	Des témoignages de prise en charge non terminés (interruptions de chimiothérapie, ou les examens différés à 6 mois par faute de moyens financiers)
Conséquences psychologiques	88,1 %	Les entretiens soulignent ces conséquences sous forme de stress permanent
Absence d'assurance maladie	87,0 %	Les entretiens mettent en lumière des attentes non satisfaites envers les mécanismes institutionnels de protection

#### **Valeur ajoutée du qualitatif**

L'analyse contextuelle révèle des dimensions invisibles aux statistiques :

- Fardeau moral : Au-delà du coût matériel, émerge une culpabilité de survivre qui mine les solidarités familiales.
- Rupture des liens sociaux : Des dynamiques d'exclusion (*« mon épouse a pris les enfants et quitté la maison »*), illustrent cette rupture.

## **Apport conceptuel de la TF**

L'analyse des données révèle que la TF agit comme un processus complexe et interconnecté. Le diagnostic de cancer déclenche souvent une série de conséquences socio-économiques, à savoir : Une diminution des ressources (vente de biens), une transformation du statut au sein de la famille (inversion des rôles, les enfants devenant un soutien financier), des souffrances invisibles (angoisse de ne plus subvenir aux essentiels et de ne rien laisser comme héritage aux enfants), et une spirale infernale de sacrifices (d'abord les soins, puis le budget alimentaire, et enfin la dignité et les liens sociaux). Ce phénomène cristallise ainsi les inégalités sanitaires guinéennes, transformant les maladies cancéreuses en un véritable accélérateur de précarité.

## **4. Discussion**

### **4.1. Limites et biais**

Malgré les contributions de notre étude, quelques limites et biais doivent être mentionnés.

Catégories	Biais/Limites	Impact potentiel sur l'étude
Biais de déclaration	Réponses influencées par les attentes implicites d'aide financière ou la crainte de jugement social.	Peut surestimer et sous-estimer l'intensité perçue de la toxicité financière.
Biais de sélection	Sélection par convenance des participants.	Réduit la représentation et la généralisation des résultats.
Barrières linguistiques	Différences de compréhension entre la langue française et celles locales.	Risque de perte d'information ou de mauvaise interprétation des verbatims qualitatifs.
Présence de l'enquêteur	Présence de l'enquêteur pouvant influencer les réponses.	Risque de réponses socialement désirables.

#### **4.2. Qualités de l'étude**

Les qualités suivantes permettant de renforcer la validité des résultats sont à prendre en compte malgré les quelques limites et biais dans notre étude.

<b>Catégories</b>	<b>Forces identifiées</b>	<b>Impact positif sur l'étude</b>
Originalité du sujet	Première étude en République de Guinée portant spécifiquement sur la toxicité financière liée aux cancers.	Comble un vide scientifique et fournit une base de données nationales.
Approche mixte (qualitative et quantitative)	Valeur ajouté des entretiens qualitatifs.	Permet une analyse à la fois statistique et contextuelle de la problématique étudiée.
Diversité de l'échantillon	Inclusion de profils socio-économiques variés et de différents types de cancers.	Renforce la pertinence et la transférabilité des résultats.
Politique et sanitaire	Résultats exploitables pour orienter les politiques publiques et la planification du PNLCC.	Potentiel d'influence sur la création de mécanismes de financement et de protection sociale.
Sensibilisation	Met en lumière un problème souvent sous-estimer par les décideurs.	Peut servir de catalyseur pour des réformes en santé.

#### **4.3. Comparaison à la littérature scientifique internationale**

Les résultats de notre étude mettent en évidence une prévalence élevé de TF liée aux soins oncologiques (87,6 %), ce qui dépasse les estimations disponibles pour de nombreux pays en Afrique subsaharienne où l'absence de couverture maladie et la dépendance aux paiements directs exacerbent la vulnérabilité économique des ménages. Une étude réalisée par Njagi et al. sur les dépenses catastrophiques de santé en Afrique de l'Ouest rapporte que dans des pays voisins comme la côte d'ivoire, le Mali, le Libéria et la Sierra Leone, la part des ménages exposés à des dépenses catastrophiques pour les soins de santé varie de 17 à 37 %, avec des pics supérieurs pour les maladies chroniques telles que les cancers (38).

Concernant spécifiquement les maladies non transmissibles (MNT) incluant le cancer, Odunyeni et al. relèvent que la prévalence de la TF peut atteindre 80 à 90 % dans les pays a

revenu faible ou intermédiaire, notamment en Afrique de l'Ouest où le financement repose à plus de 60 % sur les paiements directs des ménages (38). Cela corrobore la prévalence rapporté par notre étude, et confirme que le cancer constitue un catalyseur de dépenses dramatiques bien au-delà des moyennes nationales pour les soins de santé généraux.

Dans les pays comparables à la Guinée, comme le Libéria et le Mali, la non observance des soins dépassent 60 % pour les traitements oncologiques ou chroniques lorsque le paiement repose sur les ménages, un phénomène également documenté par Derkyi-Kwarteng et al. dans leur analyse des écarts entre couverture théorique et paiements effectifs sous assurance en Afrique de l'Ouest (39). Les témoignages des patients étudiés dans notre étude, illustrant le renoncement de quelques traitements tels que la chimiothérapie après quelques cycles ou le report des examens coûteux reflètent ces mêmes dynamiques.

Les mécanismes de survie observés dans notre étude, la vente des biens immobiliers, le recours à l'endettement, et la réduction du budget alimentaire sont cohérents avec les stratégies d'adaptation décrites par Njagi et al., et Odunyemi et al. dans la sous-région, où la vente des terres et les tontines forcées constituent des moyens fréquents pour financer les soins (38,40).

La dépendance aux paiements directs (62,2 % des dépenses totales de santé en Guinée) reflète une tendance régionale. Les pays voisins immédiats présentent des ratios similaires : 37 % au Libéria, 18 % en côte d'ivoire et plus de 60 % au Mali (38). Cette structure de financement, dominée par le paiement direct (*Out-of-pocket*), est identifiée par l'OMS comme l'un des principaux obstacles à la CSU et un facteur déterminant de précarité des ménages dans les pays en voie développement.

#### **4.4. Perspectives**

Les propositions suivantes sont à prendre en compte afin de réduire la TF des maladies cancéreuse en RG.

<b>Domaine</b>	<b>Propositions</b>	<b>Objectifs visés</b>
Recherche	Réaliser des études sur l'impact économique du cancer sur les aidants familiaux.	Évaluer l'impact de la maladie au delà des patients et mesurer les répercussions sur le plan socio-économique.

	Développer et valider une échelle de toxicité financière contextualisée aux réalités guinéennes.	Disposer d'un outil standardisé intégrant les dimensions identitaires et communautaires.
Politiques sanitaires	<p>Expérimenter un mécanisme de subventions des médicaments anticancéreux.</p> <p>Intégrer la toxicité financière comme indicateur de performance au sein du Programme national de lutte contre le cancer (PNLCC).</p> <p>Créer un institut de cancérologie (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins palliatifs).</p> <p>Mettre en place une assurance santé obligatoire adaptée au secteur informel.</p>	<p>Réduire la charge financière directe supportée par les ménages et améliorer l'accès aux traitements.</p> <p>Suivre l'impact économique et social des politiques et ajuster les stratégies de prise en charge.</p> <p>Offrir une prise en charge multidisciplinaire, renforcer l'accessibilité et assurer la continuité des soins.</p> <p>Augmenter la couverture maladie nationale, réduire l'exclusion financière et limiter l'impact de la toxicité financière sur les ménages les plus vulnérables.</p>

## Conclusion

Nos résultats confirment l'ampleur dramatique de la TF en Guinée : près de 9 patients sur 10 en souffrent. Cette précarité économique, directement liée à une absence d'assurance maladie et aux faibles revenus, force les malades à des choix contraignants : Une réduction du budget alimentaire, des endettements, ou l'arrêt des traitements.

Ainsi nos analyses plaident en faveur d'une réforme urgente autour de trois piliers : La mise en œuvre d'une assurance maladie obligatoire, des subventions ciblées pour les traitement anticancéreux, et un système de suivi national des difficultés économiques des patients. Ces mesures sont vitales pour atténuer le cercle vicieux où la précarité aggrave la maladie, et la maladie engendre la précarité.

## Bibliographie

1. Iragorri N, de Oliveira C, Fitzgerald N, Essue B. The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care—A Systematic Literature Review. *Current Oncology*. avr 2021;28(2):1216-48.
2. IARC : International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today* [Internet]. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/today/>
3. Jiang H, Lyu J, Mou W, Jiang Q, Du J. Association between financial toxicity and health-related quality of life in cancer survivors: A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2023;19(4):439-57.
4. Garaszcuk R, Yong JHE, Sun Z, de Oliveira C. The Economic Burden of Cancer in Canada from a Societal Perspective. *Current Oncology*. 14 avr 2022;29(4):2735-48.
5. Fabian A, Rühle A, Domschikowski J, Trommer M, Wegen S, Becker JN, et al. Financial toxicity in cancer patients undergoing radiotherapy in a universal health care system – A prospective multicenter study of 1075 patients. *Radiotherapy and Oncology* [Internet]. 1 juin 2023 [cité 23 sept 2023];183. Disponible sur: [https://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140\(23\)00142-1/fulltext](https://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140(23)00142-1/fulltext)
6. Jiang H, Lyu J, Mou W, Jiang Q, Du J. Association between financial toxicity and health-related quality of life in cancer survivors: A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2023;19(4):439-57.
7. Zafar SY, Abernethy AP. Financial Toxicity, Part I: A New Name for a Growing Problem. *Oncology* (Williston Park). févr 2013;27(2):80-149.
8. Perrone F, Jommi C, Maio MD, Gimigliano A, Gridelli C, Pignata S, et al. The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy†. *Annals of Oncology*. 1 déc 2016;27(12):2224-9.
9. Essue BM, Iragorri N, Fitzgerald N, de Oliveira C. The psychosocial cost burden of cancer: A systematic literature review. *Psycho-Oncology*. 2020;29(11):1746-60.
10. Fabian A, Domschikowski J, Greiner W, Bockelmann G, Karsten E, Rühle A, et al. Financial toxicity in cancer patients treated with radiotherapy in Germany—a cross-sectional study. *Strahlenther Onkol*. 2022;198(12):1053-61.
11. Zafar SY, Abernethy AP. Financial Toxicity, Part I: A New Name for a Growing Problem. *Oncology* (Williston Park). févr 2013;27(2):80-149.
12. Carrera PM, Kantarjian HM, Blinder VS. The financial burden and distress of patients with cancer: Understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(2):153-65.
13. de Souza JA, Yap BJ, Hlubocky FJ, Wroblewski K, Ratain MJ, Cella D, et al. The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*. 2014;120(20):3245-53.

14. Ramsey SD, Bansal A, Fedorenko CR, Blough DK, Overstreet KA, Shankaran V, et al. Financial Insolvency as a Risk Factor for Early Mortality Among Patients With Cancer. JCO. 20 mars 2016;34(9):980-6.
15. Meropol NJ, Schrag D, Smith TJ, Mulvey TM, Langdon RM, Blum D, et al. American Society of Clinical Oncology Guidance Statement: The Cost of Cancer Care. JCO. 10 août 2009;27(23):3868-74.
16. Donkor A, Atuwo-Ampoh VD, Yakanu F, Torgbenu E, Ameyaw EK, Kitson-Mills D, et al. Financial toxicity of cancer care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2022;30(9):7159-90.
17. Adekunle AO, Abiodun A, Akingbola A, Tundelao S, Anyagwa OE, Mobolaji AA, et al. Financial toxicity of surgical cancer treatment in LMICs: Implications for patients and health systems. Journal of Cancer Policy. 1 sept 2025;45:100616.
18. Witte J, Mehlis K, Surmann B, Lingnau R, Damm O, Greiner W, et al. Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications. Annals of Oncology. 1 juill 2019;30(7):1061-70.
19. Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/9%20Comparaisons%20internationales%20de%20la%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20et%20du%20reste%20%C3%A0%20charge.pdf>
20. Ministère de la santé Burkina Faso. Strategie-nationale-de-financement-de-la-sante-pour-la-CSU-BFA.x80726.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://p4h.world/app/uploads/2024/02/Strategie-nationale-de-financement-de-la-sante-pour-la-CSU-BFA.x80726.pdf>
21. Organisation mondiale de la Santé. Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 29 juill 2025]. 74 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/185069>
22. Ministère de la santé publique, de la population, et des affaires sociales du Niger. Strategie\_Nationale\_Financement\_Sante\_Niger\_2023.x80726.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: [https://p4h.world/app/uploads/2024/05/Strategie\\_Nationale\\_Financement\\_Sante\\_Niger\\_2023.x80726.pdf](https://p4h.world/app/uploads/2024/05/Strategie_Nationale_Financement_Sante_Niger_2023.x80726.pdf)
23. Ministère de la santé et de l'action publique Sénégal. PLAN CANCER V7-04-2025 VF.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/2025-04/PLAN%20CANCER%20V7-04-2025%20VF.pdf>
24. Nations U. Specific country data [Internet]. Human Development Reports. United Nations; [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data>
25. Santé O mondiale de la. Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/185069>

26. Boerma T, Ezenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels. *PLOS Medicine*. 22 sept 2014;11(9):e1001731.
27. Ministère de la santé et de l'hygiène publique République de Guinée. Plan stratégique nationale de la santé communautaire 2023 - 2027 (PSNSC-2023-2027\_Guinee.x80726).pdf [Internet]. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: [https://p4h.world/app/uploads/2024/09/PSNSC-2023-2027\\_Guinee.x80726.pdf](https://p4h.world/app/uploads/2024/09/PSNSC-2023-2027_Guinee.x80726.pdf)
28. World Health Organization. The Abuja Declaration: Ten Years on. WHO-HSS-HSF-2010.01-eng.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341162/WHO-HSS-HSF-2010.01-eng.pdf>
29. Minister of Health and Public Hygiene Republic of Guinea. Cancer Control Capacity and Needs Assessment Report. August 2024. 113p
30. Traoré B, Keita F, Keita N. les barrières au traitement des cancers en Afrique : trois parcours de soins. *Carcinol Clin Afrique*. 2015;14(1):34-8.
31. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 | FAOLEX [Internet]. [cité 29 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC158099/>
32. Wright, Jenna, Karishmah B, Ffyona P, Jeanna H, Thierry VB, Rena E. 2016. Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries. Rapport préparé par le Projet Health Finance et Governance. Washington. DC: United States Agency for International Development. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/slideshow/financing-of-universal-health-coverage-and-family-planning-a-multiprovincial-landscape-study-and-analysis-guinea/78197911>
33. Guinee114.com. Fonds de développement social et de l'indigence: qui est concerné par la prise en charge médicale gratuite ? [Internet]. Guinee114.com. 2022 [cité 1 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.guinee114.com/2022/10/17/fonds-de-developpement-social-et-de-lindigence-qui-est-concerne-par-la-prise-en-charge-medicale-gratuite/>
34. Caisse nationale de sécurité sociale de la Guinée - Conférence interafricaine de la prévoyance sociale [Internet]. 2023 [cité 1 juill 2025]. Disponible sur: <https://lacipres.org/caisse-nationale-de-securite-sociale-de-la-guinee/>
35. SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE - GUINÉE | Direction générale du Trésor [Internet]. [cité 29 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/GN/situation-economique-et-financiere>
36. Creswell JW, Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research. SAGE Publications; 2017. 795 p.
37. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 3 mars 1993;85(5):365-76.

38. Njagi P, Arsenijevic J, Groot W. Understanding variations in catastrophic health expenditure, its underlying determinants and impoverishment in Sub-Saharan African countries: a scoping review. *Syst Rev* [Internet]. déc 2018 [cité 29 juill 2025];7(1). Disponible sur: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0799-1>
39. Derkyi-Kwarteng ANC, Agyepong IA, Enyimayew N, Gilson L. A Narrative Synthesis Review of Out-of-Pocket Payments for Health Services Under Insurance Regimes: A Policy Implementation Gap Hindering Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 1 mai 2021 [cité 29 juill 2025]; Disponible sur: [http://www.ijhpm.com/article\\_4043.html](http://www.ijhpm.com/article_4043.html)
40. Odunyemi A, Islam MT, Alam K. The financial burden of noncommunicable diseases from out-of-pocket expenditure in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Health Promotion International* [Internet]. 1 oct 2024 [cité 29 juill 2025];39(5). Disponible sur: <https://academic.oup.com/heapro/article/doi/10.1093/heapro/daae114/7758824>

## **Annexe**

### **Annexe 1 : Questionnaire**

N° de la fiche :

Identifiant :

N° du dossier :

#### **INTRODUCTION**

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir des informations sur les coûts financiers et les conséquences économiques des traitements du cancer chez les patients souffrant de cancers en République de Guinée.

Votre participation est essentielle pour améliorer la compréhension et l'aide aux patients atteints de cancer dans le pays. Toutes les informations fournies seront confidentielles et utilisées uniquement à des fins de recherche.

#### **CONSENTEMENT**

Avez-vous compris l'objectif de cette étude et acceptez-vous de participer ? Oui  Non

#### **SECTION 1 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

1. Sexe : Homme  Femme

2. Quel est votre âge ? ..... ans

3. Quelle est votre situation maritale ? Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve

4. Quel est votre niveau d'éducation ? Aucun  Primaire  Secondaire  Universitaire  Autres

si autres à préciser : .....

5. Quelle est votre profession actuelle ? .....

6. Quelle est votre résidence ? .....

7. Quelle est votre statut d'emploi actuel ? Employé  Travailleur indépendant  Fonctionnaire  Chômeur  Retraité

8. Quel est votre revenu mensuel net familial ? Pas de revenu  < 500 000 GNF  500 000 – 1 000 000 GNF   
1 000 001 – 5 000 000 GNF  > 5 000 000 GNF

#### **SECTION 2 : ASSURANCE MALADIE**

1. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ? Oui  Non

2. Si oui, quel type d'assurance maladie avez-vous ? Assurance maladie sociale  Assurance maladie privée   
Autre

si autres à préciser : .....

3. Quel pourcentage des coûts de votre traitement est couvert par votre assurance ? Moins de 25%  25-49%   
50-74%  75-100%

#### **SECTION 3 : DONNEES CLINIQUES**

1. Quand le cancer pour lequel vous êtes actuellement traité a-t-il été diagnostiqué pour la première fois ?

..... / ..... / ..... (JJ/ MM/AAAA)

2. Quel type de cancer vous a-t-on diagnostiqué ? Sein Col de l'utérus Foie Parties-molle Peau ,  
Autres

si autres à préciser : .....

3. A quel stade de cancer êtes-vous actuellement ? Stade I  Stade II  Stade III  Stade IV

4. Quels types de traitements avez-vous reçus ? (Cochez tout ce qui s'applique) Chirurgie  Chimiothérapie   
Radiothérapie  Immunothérapie  Autre

si autres à préciser : .....

#### **SECTION 4 : COUTS DIRECTS ET INDIRECTS**

1..Combien dépensez-vous en moyenne par mois pour les frais médicaux (consultations, médicaments, analyses) ?

< 500 000 GNF  500 000 - 1 000 000 GNF  1 000 001 - 2 000 000 GNF  > 2 000 000 GNF

2..Combien dépensez-vous en moyenne par mois pour les frais non médicaux (transport, hébergement) liés à votre traitement ?

< 100 000 GNF  100 000 - 300 000 GNF  300 001 - 500 000 GNF  > 500 000 GNF

3. Avez-vous subi une perte de revenus en raison de votre maladie ou de votre traitement? Oui  Non

Si Oui, à quel montant évaluerez-vous en moyenne par mois cette perte de revenu :

< 500 000 GNF  500 000 – 1 000 000 GNF  1 000 001 – 5 000 000 GNF  > 5 000 000 GNF

#### **SECTION 5 : TOXICITE FINANCIERE**

1.Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?

Oui  Non

#### **SECTION 6 : CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES ET COMPORTEMENTALES**

1. Avez-vous ressenti un impact psychologique (stress, anxiété, dépression) lié à vos problèmes financiers ?

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

2. Avez-vous modifié vos dépenses alimentaires ou réduit d'autres dépenses essentielles à cause des coûts des traitements ? Oui  Non

#### **SECTION 7 : RECHERCHE DE SOUTIEN ET ADAPTATION**

1. Avez-vous recherché un soutien financier extérieur (famille, amis, associations) pour couvrir les frais médicaux ? Oui  Non

2. Avez-vous reçu une aide financière de la part d'organismes ou d'associations ? Oui  Non

3. Quelles mesures d'adaptation avez-vous prises face aux coûts des soins (cocher tout ce qui s'applique) :

- Réduction des dépenses de nourriture

- Emprunt d'argent

- Vente de biens

- Modification du mode de vie
  - Autre (préciser) : .....

## **SECTION 8 : DONNEES QUALITE DE VIE**

#### **1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie globale depuis le diagnostic ?**

- Très mauvaise
  - Mauvaise
  - Moyenne
  - Bonne
  - Très bonne

2. Avez-vous eu à abandonner ou modifier vos traitements en raison de difficultés financières ? Oui  Non

## **SECTION 9 : Partie quantitative (Interview)**

#### **1. Expérience globale en tant que patient atteint de cancer et des suggestions pour améliorer l'accès aux soins pour les patients atteints de cancer en République de Guinée.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci beaucoup pour votre participation à cette étude. Vos réponses sont précieuses pour améliorer les politiques de santé et l'aide apportée aux patients atteints de cancer en République de Guinée.

Nom et Prénom de l'enquêteur : .....

### Signature de l'enquêteur

**Annexe 2 : European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (version 3)**

FRENCH (EUROPE)



## EORTC QLQ-C30 (version 3)

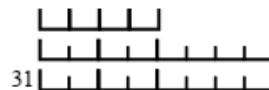
Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

*Merci de préciser :*

Vos initiales :

Date de naissance (jour/mois/année) :

La date d'aujourd'hui (jour/mois/année) :



	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	1	2	3	4

#### **Au cours de la semaine passée :**

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé(e) ?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

					FRENCH (EUROPE)
		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<b>Au cours de la semaine passée :</b>					
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?		1	2	3	4
18. Avez-vous été fatigué(e) ?		1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?		1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?		1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?		1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?		1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?		1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?		1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?		1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ?		1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma... ) ?		1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?		1	2	3	4

**Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :**

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1                  2                  3                  4                  5                  6                  7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1                  2                  3                  4                  5                  6                  7

Très mauvais

Excellent

**Annexe 3 : CNERS en république de Guinée**

**REPUBLIQUE DE GUINEE**  
=====  
**TRAVAIL – JUSTICE – SOLIDARITE**  
**COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE**  
**(CNERS)**

Conakry, le 13 Mars 2025

N° :041/CNERS/25

Objet : Examen d'un protocole.

**LA PRESIDENTE**

**A**

**Dr Mamady Kourouma**  
Université de Liège, Belgique  
Tél 00 224 628 68 81 12  
«mkourouma25@yahoo.fr »

**Monsieur,**

Le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) a procédé à l'examen de la version corrigée de votre protocole de recherche intitulé : «Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée».

Le CNERS prend note des corrections apportées à la précédente version de ce protocole. Toutefois, il vous rappelle que les considérations éthiques doivent insister sur le volontariat, l'anonymat et la confidentialité des données comme vous l'avez mentionné dans le formulaire d'information des participants à l'étude.

Le CNERS autorise la mise en œuvre de votre protocole de recherche dans le respect des principes éthiques y énoncés. Il tient à être informé de toute modification du présent protocole au cours de sa mise en œuvre. Il vous invite à lui transmettre les rapports d'étape ainsi que le rapport final de l'étude.

Cette approbation est valable pour une période d'un an à compter de sa date de signature.

Veuillez agréer, Monsieur l'investigateur principal, l'expression de ma considération distinguée.

P. La Présidente P.O.

Dr N'nah Djénab SYLLA



## Annexe 4 : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 08/04/2025

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Mamady KOUROUMA  
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: **2024/395**

"Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée."

Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude entre dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine en Belgique. Toutefois, l'étude étant réalisée en Guinée, le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège n'est pas compétent pour donner un avis.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude. Il vous recommande toutefois de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données et de vous conformer aux lois en vigueur dans le pays où l'étude sera réalisée.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX  
Intensiviste, CHU

## Président

Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX  
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Vice-Président

Monsieur le Docteur Guy DAENEN  
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

## Vice-Président

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET**  
Généraliste, membre extérieur au CHU

## Vice-Président

**Monsieur Resmi AGIRMAN**  
Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU

**Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI** (suppléant)  
Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)  
Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU

**Madame Isabelle HERMANS**  
Assistante sociale, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**  
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame la Docteure Marie-Paule LECART  
Rhumato-gériatre, CHU

Madame Marie LIEBEN

**Madame Patricia MODANESE**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure Anne-Simone PARENT  
Rédactrice, CHU

Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER  
Chirurgien, CHU

Monsieur Stéphane ROBIDA  
Institut de Médecine CHU

**Madame Isabelle ROLAND / Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN (suppléant)**  
**Pharmacien CHU**                           **Pharmacologue Hôpital**

Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN  
En charge de la maternité au CHU

## **Madame Cécile THIRION**

## **Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement éclairé**

**Titre de l'étude :** « Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée »

**Promoteur de l'étude :** M. Bangaly TRAORE, Professeur en Chirurgie Oncologique

Coordinateur du programme national de lutte contre le cancer en Guinée

Chef de service de Chirurgie Oncologique CHU-Donka, Guinée-Conakry

**Co-Promoteur :** M. Mamady KEITA, Ph.D Radio-Oncologie, Université de Guinée CHU-Donka

**Etudiant :** M. Mamady KOUROUMA, Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé en santé publique

Option : Epidémiologie et économie de la santé, et Management des organisations de santé

Année académique : 2024 – 2025

### **1. Information essentielle à votre décision de participer**

#### Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude ayant pour objectif de mieux comprendre l'impact économique et financier des traitements du cancer en République de Guinée. Cette recherche vise à analyser la « toxicité financière » subie par les patients atteints de cancer, ainsi que les conséquences économiques pour leurs familles et la société.

Avant de décider de participer, il est important que vous compreniez bien en quoi consiste l'étude, ses objectifs, les implications pour vous en tant que participant, et vos droits. Ce document a pour but de vous fournir ces informations et de garantir que votre décision de participer soit bien informée et volontaire.

#### **2. Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez de participer, vous serez invité(e) à répondre à un questionnaire portant sur les aspects financiers et psychosociaux liés à votre traitement. Les questions porteront sur vos dépenses médicales, votre qualité de vie, ainsi que votre expérience globale en tant que patient atteint de cancer.

La participation implique un entretien d'environ 60 minutes, qui pourra se faire sur place lors de votre visite médicale ou à distance, selon vos disponibilités ainsi que l'usage de votre dossier médical pour récolter d'éventuelle données.

#### **3. Risques et bénéfices**

Il n'y a aucun risque physique lié à votre participation à cette étude. Toutefois, répondre à des questions sur les aspects financiers de votre traitement pourrait être un sujet sensible pour certains participants. Si vous ressentez une gêne, vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou de vous retirer à tout moment de l'étude.

Cette étude n'entraîne pas de bénéfices directs pour vous, mais elle pourrait aider à améliorer la gestion des coûts de santé liés au cancer en Guinée.

#### **4. Participation volontaire et droits des participants**

Votre participation est « entièrement volontaire ». Vous êtes libre de décider de participer ou non à l'étude, sans aucune conséquence sur la qualité de votre prise en charge médicale actuelle ou future.

Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de justification. Si vous souhaitez modifier ou retirer vos données après l'entretien, vous pouvez contacter l'équipe de recherche.

#### **5. Confidentialité**

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront « strictement confidentielles ». Vos données seront anonymisées, ce qui signifie qu'aucune donnée personnelle permettant de vous identifier ne sera liée aux résultats publiés. Les informations seront stockées de manière sécurisée et ne seront accessibles qu'aux chercheurs impliqués dans l'étude.

#### **6. Contact**

Pour toute question concernant cette étude, vous pouvez contacter :

**M. Bangaly TRAORE, Promoteur de l'étude**

Tél. : +224 622 39 33 27

E-mail : [ucodonka@gmail.com](mailto:ucodonka@gmail.com)

**M. Mamady KEITA, Co-Promoteur**

Tél. : +224 628 74 04 97

E-mail : [mamadykeita@rocketmail.com](mailto:mamadykeita@rocketmail.com)

**M. Mamady KOUROUMA, Etudiant**

Tél : +32 470 95 48 97

E-mail : [m.kourouma@student.uliege.be](mailto:m.kourouma@student.uliege.be)

**Consentement éclairé**

Je déclare avoir lu et compris les informations fournies ci-dessus concernant l'étude « Toxicité financière des maladies cancéreuses en République de Guinée ». J'ai eu l'opportunité de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. J'accepte de participer à cette étude.

Nom du participant :

Signature :

Date :