



**HAL**  
open science

## Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France (Métropole / Outre-mer)

Anne Vega, Juan Diego Poveda Avila, Blandine Solignat, Dr Marc Pracht, Louise Ludet, Estelle Rousseau, Zoé Maimouna Dramé, Milhan Chaze

### ► To cite this version:

Anne Vega, Juan Diego Poveda Avila, Blandine Solignat, Dr Marc Pracht, Louise Ludet, et al.. Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France (Métropole / Outre-mer). Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France (Métropole / Outre-mer), Anne Vega, avec Norbert Amsellem et Ibtissem Ben Dridi, Nov 2022, Paris, France. hal-04091529

**HAL Id: hal-04091529**

**<https://hal.parisnanterre.fr/hal-04091529v1>**

Submitted on 14 May 2023

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

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

Public Domain

## Actes du colloque

# Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France

(Métropole / Outre-mer)

21-22 novembre 2022 - MSH Paris-Nord



<b>Partie 1 : Le terrain des Outre-mer – perspective comparative. Des difficultés rencontrées par les soignés aux recherches-actions mises en place</b>
---

Résumé : Le colloque sur « *Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de cancer en France (Métropole / Outre-mer)* » a permis des échanges fructueux entre les intervenants, les modérateurs et le public, issus de diverses disciplines (anthropologie, sociologie, géographie de la santé, sciences politiques, sciences infirmières, etc.). La plupart des problématiques présentées ont trouvé une résonance avec l'étude au long cours Corsac, ayant motivé l'organisation de ce colloque. En outre, l'ensemble des communications présente des continuités, dépassant à la fois la prise en charge exclusive du cancer et la simple opposition Métropole/Outre-mer. Dans le contexte actuel d'augmentation des inégalités sociales et de détérioration des services publics (notamment de santé), il s'agit ici de valoriser en particulier les communications d'associations humanitaires et de jeunes chercheurs, y compris professionnels de santé ultramarins (1<sup>ère</sup> journée du colloque : *Le terrain des Outre-mer, perspective comparative et politique. Des difficultés rencontrées par les soignés aux recherches-actions*). Des diapositives, des supports illustrés et cartographiques, ainsi que des notes de bas de page permettent de mieux contextualiser et comprendre des actions localisées et des études en cours à Mayotte, en Guyane, ainsi qu'à La Réunion. Les travaux d'autres jeunes chercheurs en métropole sont présentés dans une seconde partie (2<sup>ème</sup> journée du colloque : *La démocratie sanitaire en question*). Certaines communications, présentées uniquement ici sous forme de diaporama, feront l'objet de publications plus développées (revues, ouvrage collectif). Nous remercions la MSH-PN, l'EHESP, le Sophiapoll et le Cens pour leurs soutiens financiers; Norbert Amsellem pour la relecture de communications, et Blandine Solignat pour son aide technique.

## **Introduction générale du colloque**

Dans le contexte de la réduction constante des durées de séjour à l'hôpital (cf. « virage ambulatoire »), le premier volet de la recherche qualitative « Coordination des Soins Ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du Cancer » (*Corsac1*, 2011-2014) visait à pallier la rareté des informations disponibles sur le vécu des malades lors de leur retour à domicile, en même temps qu'ils poursuivent leurs traitements chimiothérapeutiques en hôpital de jour. Suite aux résultats partiels de ce premier volet, réalisé en CLCC<sup>1</sup>, en termes de gradients sociaux, des entretiens complémentaires ont été menés avec 50 autres malades en hôpitaux publics (*Corsac2*, 2015-2017). En effet, le recrutement des patients s'y fait souvent à partir de poches de « milieux populaires », « précaires<sup>2</sup> » et « pauvres » en conditions de vie - incluant des personnes d'origine étrangère et/ou « sans papier »<sup>3</sup> - et contribuant à la diminution des taux de survie à la maladie. L'enquête s'est alors centrée sur la problématique des inégalités sociales de santé (ISS<sup>4</sup>), toujours marquées dans le cancer (Vega *et al*, 2018 ; Vega et Morel, 2020 ; Loretto, 2021), en recueillant plus systématiquement les points de vue des professionnels et des aidants (au sens large : proches, familles, acteurs du secteur social et associatifs et/ou d'autres recours thérapeutiques) prenant en charge les patients enquêtés et désignés par ces derniers. Ce second volet a confirmé la difficulté à joindre et à impliquer les malades en situation de vulnérabilité effective, du fait notamment d'états de santé rapidement dégradés. Grâce au financement d'un troisième volet de cette étude par l'INCa, celle-ci a été étendue à La Réunion et à Mayotte (*Corsac3*, 2019-2022)<sup>5</sup>, où se conjuguent la problématique des ISS et des mobilités sanitaires (Union des Comores-Mayotte ; Mayotte-Réunion) : soit plus de 60 nouveaux entretiens auprès de patients revus plusieurs fois pour certains (approche longitudinale) et/ou filmés en vue de la réalisation d'un documentaire audiovisuel (en cours de montage par I. Ben Dridi – tournage réalisé après la pandémie).

Dans ce dernier volet, nous avons pu voir de près les effets différentiels des statuts sociaux sur la santé - bien plus marqués qu'en Métropole, même si ces effets étaient présents dans le secteur public -, ainsi que les effets de politiques de santé et migratoires en partie communes avec l'Hexagone. La présence importante de professionnels de santé et l'importation de modèles sanitaires venant de métropole ont permis un début de comparaison avec les deux autres volets.

---

<sup>1</sup> Se présentant comme « modèles » de prise en charge (coord. G. Coindard et A. Vega, UPO).

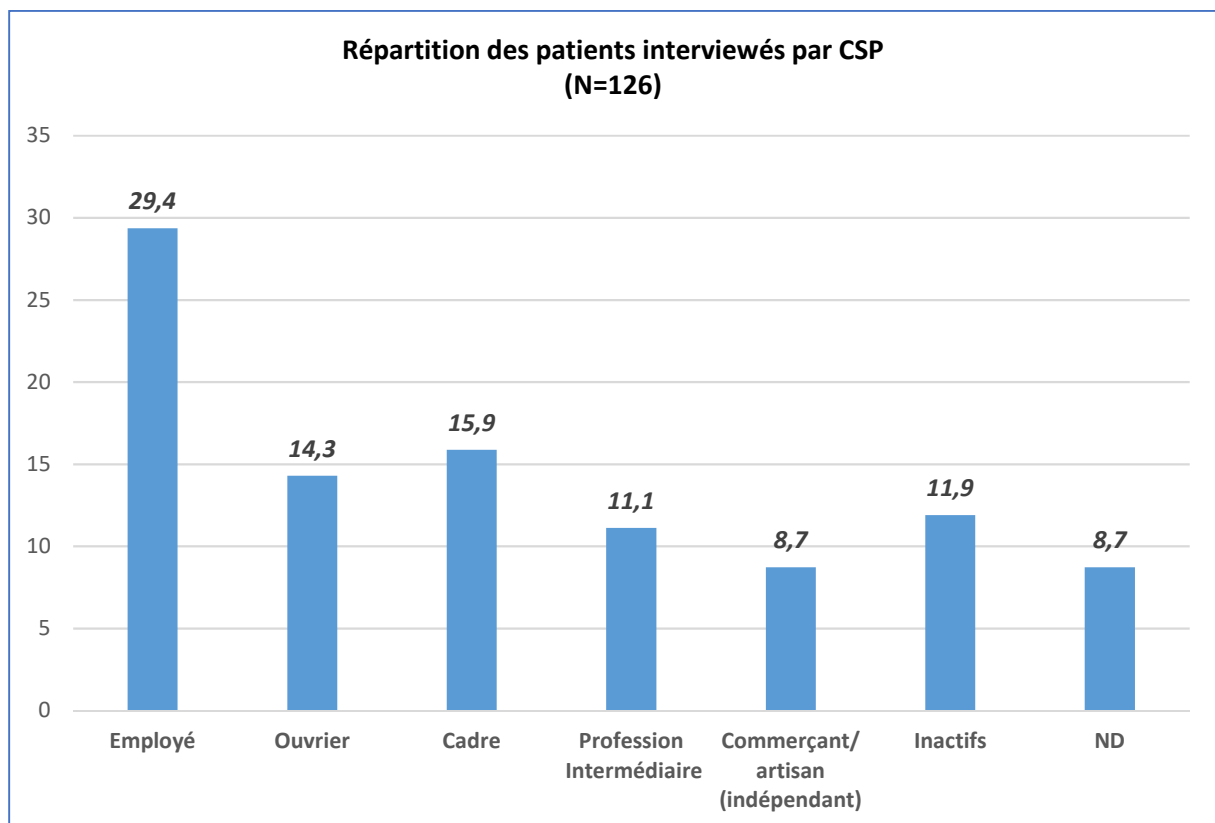
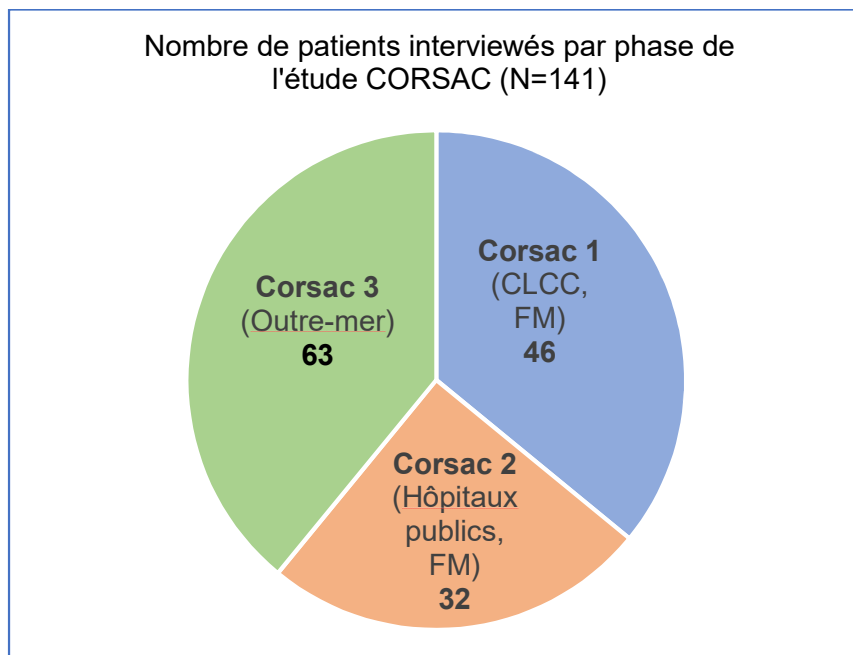
<sup>2</sup> Renvoyant à des situations ou à des ressentis d'instabilité ou d'insécurité sociales, avec comme risque principal la rupture progressive des liens sociaux et/ou l'épreuve de discriminations et stigmatisations sociales.

<sup>3</sup> Nos entretiens comprenaient aussi des étrangers arrivés en France avec un visa touristique, dont le cancer ou sa rechute ont été diagnostiqués en France.

<sup>4</sup> Renvoyant aux « différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du (ou des) rapport(s) de pouvoir qu'ils entretiennent, qu'elles inspirent ou non un sentiment d'injustice à ces groupes et qu'elles désavantagent des dominant-e-s ou des dominé-e-s » (Carde, 2021, p.114).

<sup>5</sup> Coord. A. Vega (participation aux trois volets de l'étude, UPO), avec I. Ben Dridi (EHESP) et E. Delpech (UPO) ayant aussi participé à *Corsac1* ; avec N. Amsellem (CESP/Inserm) et, au début de l'étude : L. Franchina, J-F. Humblot, L. Pourchez (INALCO), A. Dumont et D. Pourette (IRD). Cette étude a été prolongée d'un an suite à la pandémie de Covid19, laquelle a confirmé l'importance des dimensions économiques et politiques de la santé.

Structure de l'échantillon d'enquête (N. Amsellem)



Cependant, il restait à mieux renseigner et comprendre des continuités en termes de processus socio-culturels et de spécificités tant par rapport à l'Hexagone qu'entre les différents territoires Outre-mer (statutaires, historiques et politiques, géographiques, démographiques, etc.) et ce, sans oublier les disparités internes à chaque territoire - à l'origine de l'organisation de ce colloque. Au regard des

travaux des auteurs recensés, la lutte contre les ISS reste « balbutiante en France, avec une politique d'adaptation face au problème » (Ramel, 2021). « Le modèle sur lequel reposent les décisions politiques françaises et l'identification des priorités reste biomédical, séparant soins et prévention médicalisée d'une part et, d'autre part, organisation sociale, politique ou environnementale. Le contexte social n'y est pas pensé, encore moins enseigné » (Menvielle et Lang, 2021). De plus, une certaine idéologie républicaine conforte la tendance à responsabiliser individuellement les usagers transformés en « entrepreneurs de leur propre santé » (Bergeron et Castel, 2014 ; Vega 2019). Il s'agit d'un mythe venant « invisibiliser la présence de risques collectifs » (Derbez et Rollin, 2016). Ces points de vue dominants ralentissent la mise en place de politiques globales, incluant les territoires et les personnes les plus touchés par les ISS, pourtant préconisées par l'OMS depuis 2013 (*Santé 2020*, 2013). Enfin, sur l'ensemble des territoires investigués lors de l'étude Corsac, la politique de restriction budgétaire nationale pourrait concourir à tendre les relations entre professionnels et soignés. En effet, l'éthique n'est plus de soigner « chaque patient, quelle que soit sa condition », mais de s'assurer « que les soins prodigués ne mettent pas en péril les finances de l'ensemble du système » (Izambert, 2016, p. 102), au motif de la sauvegarde du système sanitaire, du département et/ou de la République<sup>6</sup>. En ce sens, on peut penser que des processus de discrimination – dont des étiquetages négatifs du type « *mauvais payeurs* », « *profiteurs du système* » (entendus sur le terrain) - seraient rendus plus visibles actuellement, *a fortiori* dans certains territoires ultra-marins comme Mayotte de nouveau au centre de l'actualité politique depuis ce colloque<sup>7</sup>. Quoi qu'il en soit, lutter contre ces inégalités reste donc un « vaste chantier », dont s'emparent néanmoins des acteurs de terrain<sup>8</sup>, dont plusieurs auteurs de communications sélectionnés pour ce colloque, dans une optique de recherche-action.

Toujours en lien avec ce bref état de la littérature pluridisciplinaire, il s'agira de résumer les principaux points communs aux trois volets de l'étude Corsac, avant d'introduire ceux plus spécifiques de La Réunion et en particulier de Mayotte. Sur ce dernier territoire, la plupart des médecins métropolitains apparaissent peu formés aux effets structurels de la santé, alors qu'il s'agit du département français dont la population est la plus jeune et la plus pauvre (**Anne Vega**). Et nos autres constats sont analogues et complémentaires avec ceux réalisés par *Médecins du Monde* dont il a semblé important de faire entendre la voix, par l'entremise de **Juan Diego Poveda**. Cette seconde étude, réalisée pratiquement au même moment que Corsac<sup>3</sup>, intègre en effet davantage d'enquêtes associatives et d'habitants de bidonvilles. Et pour cause : « face aux difficultés d'accès aux soins à Mayotte, notamment des personnes immigrées, une offre de secours s'est constituée avec l'installation d'associations ou d'ONG, qui tentent de pallier les défaillances du système de soins. Autrement dit, une fragmentation s'opère entre les acteurs publics, privés, associatifs et humanitaires » (Roudot, 2014). En outre, la prévalence de politiques migratoires (dont des politiques d'expulsion sans cesse renforcées, particulièrement visibles à Mayotte) sur la santé a de nombreuses conséquences, soulignées depuis 2014, dont les « aberrations de certaines prises en charge » et « une gestion partielle de la démarche de soin » (Thocaven, 2014)<sup>9</sup>. Ceci explique des pratiques cachées de

---

<sup>6</sup> D'après Hachimi-Alaoui, 2016 (et ses autres travaux plus récents) ; Vega *et al.* 2018.

<sup>7</sup> Voir la thèse en sciences politiques de Clémentine Lehuger (<https://www.theses.fr/2022PA01D047>) et les contributions de la CIMADE (<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/l-invite-e-des-matins/mayotte-paroxysme-des-crisis-francaises-1855569>).

<sup>8</sup> Voir aussi [https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/05/Comede\\_Maux-d-Exil-67.pdf](https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/05/Comede_Maux-d-Exil-67.pdf)

<sup>9</sup> Voir aussi le travail de terrain récent de Alison Morano en 2022.

professionnels, qui sont « à la limite de la légalité », et qui restent également d'actualité en Métropole. Si certaines visent toujours à favoriser des patients, « comme des hospitalisations non déclarées ou dont la déclaration est différée » (Pian, 2012), d'autres pratiques attestent d'un traitement différencié des populations, de pratiques inégalitaires, d'exception ou de zèle juridiques et/ou de discriminations (Mulot, 2014 ; Vega et Ben Dridi, 2023). Ces dernières s'opèrent à partir de catégories construites, opposant patients en situation régulière ou non, particulièrement visibles à Mayotte où le Code de la Sécurité Sociale ne s'applique pas, avec des problèmes d'accès aux droits et aux soins que l'équipe de *Médecins du Monde* a illustré en Bande Dessinée (Camille Besse et Éric La Blanche). Ces constats renvoient à une complexité des relations entre la métropole et les territoires d'Outre-mer<sup>10</sup> ayant en commun des dépendances néocoloniales ou « une gouvernance postcoloniale » et « un traitement différencié des populations » (d'après les travaux de Nicolas Roinsard<sup>11</sup> et d'Emmanuel Blanchard).

Ces deux premières communications sont suivies par celle de **Blandine Solignat**, fondée sur un travail de thèse en cours en Guyane, où l'on retrouve en partie ces spécificités. Cet autre territoire insulaire, toujours « *attractif* » (Bourdier, 2002), cumule une « *pression* » migratoire, des retards d'investissements publics et d'autres tensions dans les relations sociales, du fait notamment de son immensité géographique (frontières incontrôlable, zones où l'orpaillage est synonyme de mort). Dans ces conditions, comment mettre sur pied une formation d'infirmières en pratiques avancées tenant compte de la contingence du contexte socioculturel et en particulier des territoires isolés de certaines communes ? Enfin, cette première session sera clôturée par la présentation des expériences de professionnels (para)médicaux du CHU de La Réunion (poster), puis du CLCC de Nantes accueillant des patients en provenance de Wallis & Futuna (diapositives) - en transition avec la seconde partie du colloque, centrée sur la Métropole.

Anne Vega

**1. Parcours de soins comparés en métropole, à La Réunion et à Mayotte : résumé des principaux résultats transversaux de l'étude socio-anthropologique CORSAC** (Anne Vega, avec la participation d'Ibtissem Ben Dridi)

Cette recherche au long cours confirme d'abord des aspects saillants et communs dans les trajectoires de soin, sur l'ensemble des territoires étudiés (CLCC de Nice et de Villejuif ; hôpitaux publics de région parisienne et de réseaux de médecine générale à Toulouse ; hôpitaux publics et/ou cliniques privées à la Réunion et à Mayotte). Sans revenir sur l'importance des parcours individuels et des expériences de rupture bibliographique, y compris parmi les proches des enquêtés, on peut souligner trois tendances majeures :

1/ les limites de l'écoute et de la prise en compte de la contribution effective des malades au système de santé, en dehors de ceux appartenant à des milieux sociaux aisés (ayant traditionnellement recours à des réseaux d'interconnaissance pour améliorer leur prise en charge - Hardy, 2013; Camara, 2017; Vega *et al.* 2018, Barthe et Defossez, 2021).

---

<sup>10</sup> Les relations actuelles entre Mayotte et la Métropole pouvant être comparées à celles de La Réunion il y a 25 ans (*Monde diplomatique* : [Septembre 1996, page 15](#)).

<sup>11</sup> Membre du comité scientifique du colloque avec Rosane Braud, Benjamin Derbez, Aurore Loretti, Sylvie Morel, Anne Paillet et Laure Pitti.

2/ Un travail notable de traduction du discours médical, de coordination et/ou d'organisation des soins endossé par le patient et son entourage. Ce dernier a un rôle central élargi, en particulier en milieu social moyen à défavorisé : suite aux coûts de transport vers les hôpitaux, de restes à charge et/ou d'avances de frais ; aux démarches administratives (Braconnier et Mayer, 2021) pendant les traitements et/ou suite à l'arrivée de proches à l'hôpital avec des cancers aggravés<sup>12</sup>. Le soutien des aidants est alors également moral<sup>13</sup>, expliquant des détresses importantes de patients éloignés géographiquement de leurs familles, *a fortiori* lorsque leur état de santé se dégrade et s'ils sont jeunes parents (Vega et Ben Dridi, 2023). Dans les deux territoires d'Outre-mer investigués, des relais associatifs souvent communautaires ou humanitaires, permettent aussi traditionnellement de pallier les nombreux problèmes d'isolement social, d'hébergement, et de ressources financières.

3/ Dans tous les cas, la réputation des médecins et des établissements selon les territoires conduit de nombreux patients des trois volets de l'étude à devoir refaire des examens déjà effectués en début de parcours : lorsqu'ils doivent, ou préfèrent, changer de structure de soins.

Trois autres résultats communs concernent les patients les moins dotés de l'étude. Ils renvoient à des processus déjà étudiés en métropole, mais sont plus prononcés ou plus visibles dans certains territoires d'Outre-mer.

4/ Des enquêtés n'ont pas de médecins traitant, et surtout n'accèdent pas aux soins de support<sup>14</sup> faute de moyens économiques et/ou d'état de santé suffisant. Ceci renvoie à des décalages importants de la communication institutionnelle (type ARS), comprenant également des injonctions sociétales difficiles, voire impossible à tenir : faire du sport, participer à des événements organisés (principalement pour les patientes atteintes de cancer du sein) et surtout « bien manger », « manger sainement », marqueur des inégalités sociales<sup>15</sup>. Ainsi, du fait de la situation socio-économique défavorisée de la plupart des patients à Mayotte - souvent hébergés de façon précaire -, les professionnels de santé et les aidants les accompagnant témoignent du fait qu'ils « *ne mangent rien* » pendant leurs chimiothérapies.

5/ De plus, on assiste à la promotion des recours auprès de psychologues (très peu consultés dans notre étude), aux dépens de l'accompagnement social *a fortiori* hospitalier. Les médecins enquêtés sont ainsi peu nombreux à travailler avec des assistantes sociales (par ailleurs en nombre insuffisant<sup>16</sup>) et des acteurs associatifs de lutte contre la pauvreté.

---

<sup>12</sup> Car en moins bonne santé avant le cancer (Fassin *et al.*, 2001; Derbez et Rollin, 2016). La plupart de ces enquêtés sont d'ailleurs dans des logiques de survie, le plus souvent d'espoir de guérison.

<sup>13</sup> Renvoyant en partie aux travaux de Rosane Braud en 2017. Dans les trois volets de l'étude, la principale source de démoralisation (observée) est d'attendre aux côtés de personnes en état de santé très dégradés dans les hôpitaux (Vega, 2014) et/ou d'être confronté aux décès répétés de compatriotes en foyer de malades.

<sup>14</sup> Visant à soulager les effets indésirables des traitements, à atténuer la fatigue ou la douleur, et incluant soutien physique, psychologique et/ou social tout au long de la maladie et après le cancer (ils n'existent pas ou peu à Mayotte).

<sup>15</sup> Qu'elles soient appréhendées à partir de critères monétaires (revenu, niveau de vie) ou socioprofessionnels (diplôme, métier) : <https://www.foodplanet.fr/app/download/5790614657/esco-inra-comportements-synthese.pdf>. Voir aussi les travaux en métropole de Hugol-Gential, 2020.

<sup>16</sup> Dans les trois volets, peu de patients ont été mis en contact avec une assistante sociale, alors que la maladie cancéreuse reste paupérisante. Les témoignages de professionnelles réunionnaises attestent aussi du fait qu'elles sont à la fois peu mobilisées par le corps médical et souvent débordées. A Mayotte, l'enquête de Florence *et al.* (2010) soulignait déjà cette carence d'assistantes sociales pourtant « relais de la consultation médicale ». Depuis, il y a eu moins de recrutement dans la

6/ On observe finalement des parcours de soins plus longs et/ou discriminatoires de malades « étrangers », comme de « petits blancs »<sup>17</sup>, renvoyant à des stéréotypes culturels et de classes délégitimant de la parole de soignés (Basla, 2003 ; Gelly et Pitti, 2016 ; Morel et Vega, 2020) - *a fortiori* en cas de suspicion d'alcoolisme, de toxicomanie et quand le patient est passé par la psychiatrie<sup>18</sup>. A l'instar de migrants en situation irrégulière en Guyane et en Guadeloupe (Bourdier, 2002 ; Mulo, 2014), les itinéraires des enquêtés de Mayotte venant des trois autres îles des Comores sont encore plus caractérisés par des retards et errances diagnostiques liés aussi à un contexte géopolitique et historique spécifique.

### **1<sup>ère</sup> focale sur Mayotte - Des professionnels métropolitains aux patients évasés : des médecines à plusieurs vitesses ?**

Nos entretiens attestent de difficultés d'une partie des professionnels travaillant au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), participant au *turnover* et au déficit de personnels de santé sur l'île (*voir ci-dessous*). En effet, les professionnels nouveaux venus - pour la plupart métropolitains contractualisés, souvent de passage -, découvrent « sur le tas » des cancers de très mauvais pronostic et des tensions sociales liées à des fractures pré- et postcoloniales dans l'archipel des Comores. Elles occasionnent des difficultés d'accès aux soins et aux droits pour une partie de la population, notamment des personnes en mobilité thérapeutique depuis les trois autres îles de l'archipel voisines de Mayotte (dont l'effectif est important au CHM). En outre, au-delà de ces populations, on observe sur ce territoire une stratification sociale visible en termes de conditions d'habitat, d'emploi et de scolarité.

#### Quelques données de contexte socio-démographique

Par rapport à la métropole, la mortalité masculine est environ 2 fois supérieure à La Réunion pour les tumeurs, avec une surmortalité significative pour les tumeurs malignes de l'estomac. Les comorbidités sont encore plus importantes à Mayotte et dans l'Union des Comores (UC) avec des types de cancers proches de ceux des pays du Sud<sup>19</sup>.

1/3 des habitants n'ont pas accès à l'eau courante, et 1600 ménages n'ont d'autre accès à l'eau que les rivières et ruisseaux (<https://www.insee.fr/fr/information/2411261>).

On estime que plus de 75% des populations vivent sous le seuil de pauvreté (plus de la moitié avec moins de 160€/mois), et que 35% de la population adulte est au chômage (<https://lejournaldemayotte.yt/2020/07/02/a-mayotte-les-inegalites-se-creusent-toujours-davantage/>).

Les populations sont globalement très jeunes, encore peu scolarisées ou exclues du système scolaire, et particulièrement touchées par le chômage et des pratiques d'exclusion pour les « Comoriens » (Morano, 2022 ; voir les illustrations suivantes par Médecins du Monde).

---

fonction publique hospitalière, alors que les effectifs de la fonction publique d'État a triplé en 10 ans (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4223807>).

<sup>17</sup> Ouvriers en métropole (Vega, 2019), ou renvoyant aux travaux d'Alexandre Bourquin (2005).

<sup>18</sup> Voir à ce sujet les résultats qualitatifs de l'étude *Canopée* en Métropole (coordonnée par C. Gandré) à laquelle A. Vega avait participé au tout début du projet du fait de discriminations des patients « psychiatriques », pour qui l'arrivée de cette maladie n'a pas que des résonances négatives (en Métropole comme à La Réunion).

<sup>19</sup> Cependant, via les ARS, on observe un focus général sur la prévention, le traitement et la médiatisation des cancers féminins et sur l'oncopédiatrie.



Indicateurs	La Réunion	Mayotte	Métropole
Population (2019)	857 961	278 926	66 977 703
Densité (habitants/km <sup>2</sup> - 2019)	<b>343</b>	<b>686</b>	123
Espérance de vie à la naissance - Hommes	77,8	<b>75</b>	79,4
Espérance de vie à la naissance - Femmes	83,9	<b>76,2</b>	85,3
Revenu net par foyer fiscal (euros)			
Taux de chômage (actifs de 15 ans et +) - 2016	<b>24,6</b>	<b>19,6</b>	9,6
Part de la population couverte par le RSA (%)	<b>26,2</b>	5,3	6
Part de la pop. couverte par la CMU-C (%) 2018	<b>35,7</b>	nd	8,3

*Insee, 2019*

Autrement dit, la population mahoraise reste encore peu éduquée, une partie connaît des difficultés linguistiques et, concernant les prises en charge médicales, elle est « *jeune, précaire et mal suivie* » (Médecin du CHM). C'est aussi le département français comprenant le plus d'étrangers (Insee, 2017) - le tout renforçant localement des crispations et rejets identitaires (Blanchy *et al.* 2019).

Contexte sanitaire : professionnels de santé (Insee, 2019)

Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants (au 1 <sup>er</sup> janvier 2019)	La Réunion	Mayotte	Métropole
Médecins généralistes	139	<b>43</b>	132
Médecins spécialistes	144	<b>37</b>	172
Infirmiers	884	<b>314</b>	996
Dentistes	55	<b>6</b>	62
Kinésithérapeutes	nd	33	nd
Pharmaciens	84	<b>30</b>	103

Ainsi, à Mayotte l'afflux de « *Comoriens* » provoque des attitudes de rejets prononcées<sup>20</sup> que l'on retrouve dans les structures de soins où des malades, moins écoutés, peuvent être renvoyés chez eux, sont moins informés et leurs douleurs seraient moins traitées (de manière plus marquée que dans les précédents volets de l'étude en métropole). En outre, « *tout est payant pour les étrangers* »

<sup>20</sup> Par exemple, des migrants sont parfois chassés de leur habitation par des Mahorais, pratiques qui se sont accélérées pendant la première période de la pandémie de Covid, tout comme les arrestations de *kwassas*, d'après *Mediapart* et *Le Journal de Mayotte*.

(Assistante sociale de La Réunion). D'après nos entretiens, ce processus toucherait davantage des patients jeunes et nouveaux arrivants, ou au contraire âgés et d'origine rurale (non francophones), avec une mention spéciale pour les Anjouanais, ressortissants les plus nombreux, les plus pauvres et ne comprenant pas toujours la maladie chronique - les patients venant de la Grande-Comores maîtrisant « *mieux le français et étant plus éduqués* » (Médecin, CHM)<sup>21</sup>.

Faute de moyens financiers, ces patients ont ensuite peu ou pas de recours extérieurs au CHM, du fait aussi de surcoûts des passages en dispensaire<sup>22</sup>. Autrement dit, « *il y a une discrimination qui est faite par rapport aux sans-papiers, tant par les médecins que le personnel paramédical et que tout le monde dans cette île* » (Médecin du CHM). Plus précisément, certains professionnels enquêtés jugent certains services dégradés par la présence de « *sans papiers* »<sup>23</sup>, ou se sentent simplement « *débordés* ». Inversement, selon d'autres professionnels, investis auprès des patients indépendamment de leurs origines, les personnes venant de l'Union des Comores ont des prises en charge dégradées à Mayotte. Ces professionnels sont les témoins d'abus et/ou de xénophobies de collègues et témoignent de sentiments d'impuissance. En effet, ils se retrouvent aussi confrontés à des politiques publiques en tension entre elles<sup>24</sup>, du fait de politiques d'immigration renforcées, en porte à faux avec les politiques de gestion de la santé (contradictions maintes fois relevées et également au centre des discours de soignés enquêtés). Cela divise les professionnels entre eux, comme dans d'autres études réalisées en Guadeloupe (Mulot, 2014, p. 6). Notamment parce que, de la même façon qu'à Mayotte, « des pratiques d'exception juridique ultramarine permettent, au nom de politiques d'exclusion systématique visant au contrôle renforcé de l'immigration, des reconduites massives et abusives à la frontière de personnes atteintes de problèmes sanitaires, lorsqu'elles sont en situation irrégulière ou en cours de régularisation ». Autrement dit, à Mayotte « *Le département s'enlise dans un taux de pauvreté de 84% de la population que l'État prétend réduire en expulsant chaque année 10% des habitants de l'île* » (Professeur métropolitain retraité du lycée de Mamoudzou, Mayotte : <https://blogs.mediapart.fr/daniel-gros/blog/030420/mayotte-malgre-le-confinement-le-tri-selectif-continue> ).

---

<sup>21</sup> On retrouve ces processus à La Réunion, bien que de manière plus discrète, en particulier dans le secteur privé (refus de prise en charge dans le cadre de Migrations Sanitaires Programmées depuis Mayotte) et en foyers de malades. De plus, des étiquetages négatifs touchent aussi des Mahorais (*i.e.* tous les patients venant de Mayotte, hors métropolitains). Par ricochet, ils concernent aussi des médecins du CHM, car « *Mayotte a une mauvaise image globalement (...). Que ce soit à la Réunion ou à la métropole, ce qu'on dit, en gros, c'est que « c'est des noirs et en plus ils sont Musulmans, et y'a de la violence* » (Infirmier, CHM).

<sup>22</sup> Au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) s'ajoutent cinq centres de santé et quatorze dispensaires (au moment de nos terrains).

<sup>23</sup> Comme dans la population générale en France, on observe plus de plaintes des catégories hautes de malades, dont ici de patients mahorais : à la fois plus au fait de leur maladie (ex. délais de diagnostics jugés trop longs), ayant plus de capacités à négocier avec les médecins, et de réseaux médicaux et familiaux à la Réunion. Autrement dit, des départs de Mayotte ou des parcours de soins écourtés seraient aussi liés à des refus de cohabitation avec les « populations sans-papiers ».

<sup>24</sup> « Le recours aux soins est en effet déterminé à la fois dans le cadre des politiques de la santé, mais aussi dans celui des politiques de l'immigration et du social. Cependant, ces domaines politiques sont mis en tension entre prérogatives supranationales, politiques nationales et actions locales » (Hoyez, 2011).

Pour les malades enquêtés dont Ibtissem Ben Dridi nous montre quelques témoignages filmés, l'accès au système de soins, d'un point de vue financier, se double alors de la crainte d'être arrêté par la police mahoraise et donc de ne pas pouvoir se rendre aux rendez-vous prescrits, posant problème pour toutes les facettes de la vie sociale (y compris chez les personnes les mieux dotées d'un point de vue économique<sup>25</sup>). Ce risque va surtout de pair avec celui d'être renvoyé dans l'UC - État très pauvre et sujet à la corruption, et où le cancer reste souvent perçu comme « *pire que le Sida* », d'autant qu'il n'y est toujours pas pris en charge<sup>26</sup>. Dans ces conditions, une partie des personnes malades organisent leurs voyages thérapeutiques (Sakoyan, 2012) : s'évasant ou s'auto évasant. Ils prennent le risque de traverser (de nouveau) la mer en kwassa-kwassa vers Mayotte, parcours pouvant se solder par des noyades et qui restent également coûteux<sup>27</sup>. En tout état de cause, ces itinéraires participent aussi à des retards et errances diagnostiques, expliquant l'arrivée de patients à Mayotte « *avec peu de chances de survie* » (Médecin gastroentérologue)<sup>28</sup> et/ou d'une minorité d'entre eux à La Réunion (s'ils peuvent bénéficier d'un transfert sanitaire) dans des états de santé aggravés : « *in extremis souvent* », « *en dernier recours* ». Bien que préservés des contrôles policiers à La Réunion, où les prises en charge médicales sont conséquentes – quasiment comme au niveau national (Hagège et al. 2022) –, des patients se retrouvent désorientés, en « *déracinement sanitaire* »<sup>29</sup>, et rencontrent des difficultés d'hébergement. Et la plupart des patients évasés, y compris très diplômés, font état d'importants problèmes de communication, source de craintes concernant des retours sans préavis vers Mayotte. Enfin, beaucoup décèdent très loin de leurs proches<sup>30</sup>, même si, pour les survivants, c'est l'espoir d'une vie qui (re)commence.

Anne Vega

<https://annevega.wordpress.com/>

---

<sup>25</sup> Par exemple ayant recours à un médecin privé, et disposant d'un véhicule.

<sup>26</sup> Le PIB par habitant y est 10 fois inférieur à celui de Mayotte ; et l'Etat comorien ne parvient pas à nourrir une population de moins d'1 million d'habitants.

<sup>27</sup> Le financement du voyage est permis grâce à des réseaux de solidarité familiale, villageoise et *via* l'aide de la diaspora internationale, mais souvent en vendant des biens ou en s'endettant. A l'arrivée à Mayotte, les médecins et psychologues font état de traumatismes et de nombreux effets sur la santé (escarres sacrées, mutisme, prostrations).

<sup>28</sup> D'où des prises en charge palliatives de patients ayant des pathologies métastasées à des stades avancés et spécifiques (cancers gastriques dont du duodénum et de l'estomac, cancers du sein et gynécologique chez les femmes, cancers osseux, myélomes) avec une augmentation des patients albinos ayant développés des cancers de la peau, voire des sarcomes - en plus de comorbidité type HTA, diabète, VIH, pathologies cardiaques.

<sup>29</sup> Attesté aussi chez des patients réunionnais évasés en métropole (Corsac1), mais qui semblent être mieux encadrés.

<sup>30</sup> Plus encore qu'à Mayotte, les proches sont confrontés aux coûts du transport funéraire de corps placés à la morgue, et à ceux de la venue sur place de famille et du rapatriement des corps. Cependant, il existe aussi à la Réunion des relais associatifs communautaires qui aident à contacter les familles et se chargent d'assurer les cérémonies mortuaires *in situ*.

### ***Le pluralisme thérapeutique dans Corsac3***

En attendant de publier dans des revues spécialisées<sup>31</sup>, nous pointerons brièvement pour finir ce qui relèverait de normes culturelles relativement différentes de celles la Métropole, ayant d'autres effets dans les soins à Mayotte et à La Réunion. En lien avec ces deux contextes insulaires, caractérisés également par une mobilité géographique dans l'Océan Indien et/ou l'archipel des Comores, on observe une plus grande pluralité des recours (Benoist, 1997). Outre la biomédecine (dont un *Réseau Rose* très actif dans le cancer), il s'agit des usages de médecines traditionnelles identifiées par l'ancienneté de leurs pratiques, et de savoir-faire « phytothérapeutique »<sup>32</sup>. Ces types de pratiques sont plus pérennes, plus vivantes et répandues (Desprès, 2011), davantage installées culturellement qu'en Métropole - dont, à La Réunion, des magnétiseurs et des barreaux de feu. Cela explique une meilleure intégration institutionnelle de certains recours « non conventionnels » pratiqués aussi par des professionnels de santé statutaires<sup>33</sup>.

Cependant, comme dans les deux autres volets de l'étude, on observe des types recours différents, en lien avec les conditions sociales et les rapports entretenus à l'égard de la biomédecine des patients enquêtés. Ainsi, les moins dotés privilégient les pratiques familiales – types « *recettes de grand-mère* » -, et toutes sortes de guérisseurs facilement accessibles (Roudot, 2014) et à moindre coût<sup>34</sup>, dont la clientèle se réalise par le « bouche à oreille ». Il s'agit donc de pratiques d'auto-soin<sup>35</sup>, mais qui restent parfois invisibles, si l'on en garde une définition trop restrictive et non contextualisée. A l'inverse, l'acupuncture, le Reiki, l'homéopathie, l'ostéopathie et des pratiques de diètes / de régimes anti oxydants sont plutôt utilisés par des patients bien dotés – en particulier à La Réunion. Les autres enquêtés de ce territoire ont davantage recours à des « *Tisaneurs* » « *z'herbages* » (remèdes, plantes médicinales), lesquels peuvent être des formes de réappropriation culturelle, en lien avec une sur-représentation de médecins métropolitains ou formés en métropole (Desprès, *op.cit.*) « à l'origine d'une relative dévalorisation des savoirs familiaux »<sup>36</sup>. De nombreuses pratiques de soins resteraient donc cachées, ou semblent être ajournées lors de chimiothérapies, aux dires des malades les moins dotés. En effet, partout, ces derniers s'en remettent davantage aux oncologues, tout dépendrait alors de « l'ouverture d'esprit » de ces derniers<sup>37</sup>. Reste que, comme en métropole, d'une part des patients

---

<sup>31</sup> Voir <https://ethnocancer.hypotheses.org/>, et le numéro spécial à venir de la revue *Anthropologie et santé* sur les évacuations sanitaires. On retrouve de grandes différences sociales dans les parcours de malades en migrations sanitaires clandestines depuis l'UC vers Mayotte, voire en évasans programmées vers La Réunion.

<sup>32</sup> La phytothérapie créole a de nouveau « le vent en poupe » a fortiori après l'épidémie de chikungunya de 2005-2006. La médecine créole (présentant une sémiologie populaire de type humorale de type hippocratique que l'on retrouve aussi en Guadeloupe, notamment) a été progressivement supplantée par « l'occidentalisation du système de santé » à partir de la départementalisation de l'île, « du moins en apparence » et hors crise sanitaire (Gaüzère et Aubry, 2019, p.37 et 52. T1).

<sup>33</sup> A ce sujet : Menestrel et Vega, « Porosité de postures soignantes », communication au colloque international du Comité de recherche 32 - Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges, 15 et 16 mai 2023, Montréal.

<sup>34</sup> Pour rappel, selon l'OMS, « Les TC (thérapeutiques complémentaires) », représentent un marché économique important, et pèsent sur le budget des consommateurs, cela pouvant créer des inégalités d'accès aux soins » ([http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/pdf/2017\\_4\\_1.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/pdf/2017_4_1.pdf)).

<sup>35</sup> Recouvrant l'ensemble des pratiques à visée thérapeutique non prescrites par les soignants du cancer. En ce sens, le terme d'auto-soins serait plus approprié pour qualifier ces pratiques (Morel et Jourdain, 2016).

<sup>36</sup> « L'héritage colonial et la formation métropolitaine des médecins réunionnais se traduit par un attrait voire une exigence pour tout ce qui vient de France » (Catteau et Pourchez, 2009, p.33-34).

<sup>37</sup> Ce qui corrobore deux autres résultats d'études de médecins et d'anthropologues : de Pascal Cathebras (1996), et surtout celle de Caroline Desprès à La Réunion, 2011.

s'en tiennent aux chimiothérapies car ils expérimentent des séquelles physiques et des atteintes identitaires importants, avec souvent un cumul de difficultés tant financières qu'administratives et/ou d'accès aux hôpitaux (comme déjà souligné). D'autre part, le recours à des thérapies moins iatrogènes – le plus souvent de simples tisanes ou des médicaments à base de plantes – vise à ne pas surcharger l'organisme d'autres médicaments allopathiques, quitte d'ailleurs à les échanger avec des médicaments « correcteurs » prescrits (Morel et Vega, 2020).

Enfin, si les patients interviewés à La Réunion et à Mayotte nous ont également beaucoup plus parlé de soins religieux et « spirituels » (prières thérapeutiques de religions catholique, musulmane, hindouiste ; sectes de guérison évangélistes ; cultes magico-religieux comoriens et malgaches ; recours aux *Fundis*), ces pratiques resteraient souvent officieuses au sein des services hospitaliers. L'espoir de survie via des migrations sanitaires vise à accéder à des traitements biomédicaux et/ou à des tradipraticiens renommés. Des pratiques vont de pair avec des étiologies du cancer variées étendues, qui peuvent aussi être sources de difficultés et/ou d'incompréhensions de la part de professionnels de santé, *a fortiori* métropolitains. Il en irait de même avec les représentations du cancer, dont le caractère « tabou » est bien plus prononcé qu'en Métropole (*voir le poster de Stéphanie Federbe ci-dessous concernant La Réunion*). La maladie cancéreuse peut être ainsi cachée au malade, y compris par ses proches, pour ne pas le démoraliser et ce dernier peut lui-même la cacher à des proches familiaux en vue de les préserver, ainsi qu'à des voisins et à des employeurs en vue de se protéger. Mais si le cancer reste craint, c'est aussi parce que la mort reste plus expérimentée dans les couches défavorisées, en particulier chez les patients venant de l'Union des Comores. Le cancer y est associé à la mort – y compris sociale, car il remet en cause des valeurs importantes : la sexualité, l'enfantement, ou le fait de rapporter de l'argent à sa famille pour les hommes - d'où aussi des non-dits aux proches pour pallier des risques de mise à l'écart. D'autres manières de se protéger de personnels hospitaliers mahorais, surtout à Mayotte, consiste à ne pas révéler son identité ou sa compréhension de la langue française. D'autant plus qu'il n'existe toujours pas de traducteurs formés et salariés à plein temps. Autrement dit, comme à La Réunion, les traducteurs sont vite débordés, alors même que la plupart des patients enquêtés ont peu de notions biomédicales, en particulier de la maladie chronique et du cancer (dont le nom est d'ailleurs intraduisible dans la langue locale)<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Comme l'a confirmé notamment un médecin travaillant à Mayotte et exerçant temporairement à Anjouan (UC) : « My practice at the clinic reveals that most patients have no idea about what cancer is. If they find any palpable tumor, they call it "bwe" which means rock ».

Ces résultats condensés de Corsac3 renvoient donc à des problématiques qui mériteraient des actions de formations de professionnels de santé aux contextes insulaires lorsqu'ils viennent travailler dans les Outre-mer. Il s'agirait de les sensibiliser aux difficultés financières et/ou administratives de patients (*voir présentation suivante*) allant de pair avec de réelles « *perdes de chance* » (Cadre infirmier du CHM). De plus, des logiques de tri restent à étudier, via notamment la sélection des patients évasanés vers La Réunion organisée par les services d'évacuations sanitaires. Dans tous les cas, il s'agira de compléter ces pistes de travail, suite à notre dernière mission à Mayotte et à La Réunion en août 2023 : dans quelle mesure la départementalisation et des choix politiques actuels renforcent-elles « une médecine à plusieurs vitesses », fondée sur des rapports « socio-ethniques » (Cognet, 2001) - voire sur des réactions de xénophobie ? Si l'État français continue à participer à la politisation de l'immigration comme "problème social" (Hachimi *et al.* 2013 ; El Idrissi, 2018), quelles sont alors les marges de manœuvre locales, dont via *Médecins du Monde* ? Qu'en est-il des formations dédiées aux infirmières ? Pourraient-elles aussi aider à changer en partie la donne, au regard des retours de terrain, en Guyane ?

Balsa AI, MC Guire TG, 2003. « Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities », *J Health Econ* 22/1, 89-116. doi: 10.1016/s0167-6296(02)00098-x. PMID: 12564719.

Barthe J-F et Defossez A, 2021, « Les inégalités d'accès aux ressources par les réseaux personnels chez les patients atteints de cancer », *Revue française des affaires sociales*, 4, 207-225. DOI : 10.3917/rfas.214.0207. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-207.htm>

Benoist J, 1997. « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, 1-2(26), 10-14. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist\\_jean/benoist\\_jean.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/benoist_jean.html)

Blanchy S, Riccio D, Roinsard N et Sakoyan J, 2019. Mayotte : de quoi la violence est-elle le nom ?, *Plein droit*, 120, 12-15. DOI : 10.3917/pld.120.0012. URL : <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2019-1-page-12.htm>

Blanchard E, 2007, « Fractures (post)coloniales à Mayotte », *Vacarme*, 38, 62-65. DOI : 10.3917/vaca.038.0062. URL : <https://www.cairn.info/revue-vacarme-2007-1-page-62.htm>

Bourdier F, 2002, « Malades et maladies en exil, les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida », *Sciences sociales et santé*, 20/3, 5-28. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2002\\_num\\_20\\_3\\_1557](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1557)

Bourquin A., 2005, *Histoire des petits-blancs de la Réunion*, Paris : Karthala. EAN : 9782845866461

Braconnier C et Mayer N., 2015, *Les inaudibles. Sociologie politique des précaires*. Presses de Sciences Po. ISBN : 9782724616958. DOI : 10.3917/scpo.braco.2015.01. URL : <https://www.cairn.info/les-inaudibles--9782724616958.htm>

Braud R. 2017. *Les inégalités face au diabète en France*, Thèse de sociologie, Paris Diderot. <https://www.theses.fr/2017USPCC089>

Cathebras P., 1996. Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital, dans J. Benoist *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Karthala, 315-330. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/cathebras\\_pascal/recours\\_medecines\\_para/recours\\_medecines\\_par\\_a\\_texte.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/cathebras_pascal/recours_medecines_para/recours_medecines_par_a_texte.html)

Camara H. 2017. *Perceptions des patientes en rechute métastatique de l'accompagnement soignant*, Mémoire de master 2, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Carde E, 2021, « De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? », *Revue française des affaires sociales*, n°3, 107-115. DOI : 10.3917/rfas.213.0107. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-107.htm>

Catteau C et Pourchez L. 2009. « La Réunion : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé », dans *La santé de l'Homme*– INPES, N° 404, 31-34.

Cognet M, 2001, « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », *Hommes et Migrations*, 1233, 101-107. [https://www.persee.fr/doc/homig\\_1142-852x\\_2001\\_num\\_1233\\_1\\_3752](https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_2001_num_1233_1_3752)

Desprès C, 2011. « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 2, mis en ligne le 24 juin 2011, consulté le 21 avril 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/710> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.710>

Derbez B et Rollin Z. 2016. *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte, ISBN : 9782707182869. DOI : 10.3917/dec.derbe.2016.01. URL : <https://www.cairn.info/sociologie-du-cancer--9782707182869.htm>

Fassin D., Cerde E, Ferré N, Musso-Diliričević S. 2001. *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*, Rapport d'étude, CRESP.

Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre et al, 2010, « Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007", *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 58/4, 237–244. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762010002166>

Gaüzère B-A et Aubry P. 2019, *Histoire de la médecine à l'île Bourbon-La Réunion*, Paris : L'Harmattan. ISBN : 978-2-343-12171-0. EAN13 : 9782343121710.

Gelly M. et Pitti L., 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 58/1, 7–18. DOI : 10.3917/agone.058.0007. URL : <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-7.htm>

Hachimi-Alaoui M, 2016, « Françaises et Français de Mayotte. Un rapport inquiet à la nationalité », *Politix*, 116/4, 115-138. DOI : 10.3917/pox.116.0115. URL : <https://www.cairn.info/revue-politix-2016-4-page-115.htm>

Hachimi Alaoui M, Lemerrier E et Palomares E, 2013, « Reconfigurations ethniques à Mayotte », *Hommes & migrations*, 1304 [En ligne]. <https://journals.openedition.org/hommesmigrations/2641>

Hagège M, Chirpaz E, Khettab M, 2022. « Health, illness and cancer in Reunion Island », *Bulletin du Cancer*, 109/2, p. 226-231 <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.11.011>

Hardy A-C. 2013. *Variations sociologiques sur le thème de la médecine*, HDR, Université de Nantes [En ligne]. [https://theses.hal.science/tel-00847784v1/file/HDR\\_HardyAC.pdf](https://theses.hal.science/tel-00847784v1/file/HDR_HardyAC.pdf)

Hoyez A.-C., 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la 'culture de l'initiative locale'. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *European journal of geography* [En ligne]. Space, Society, Territory, document 566, Online since 21 November 2011, connection on 21 April 2023. URL : <http://journals.openedition.org/cybergeo/24796> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeo.24796>

Izambert C, 2016, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public », *Agone*, 58, 89-104. DOI : 10.3917/agone.058.0089. URL : <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-89.htm>

Hugol-Gential C, 2020, « Cancers et alimentation », *Les Enjeux de l'Information et de la Communication*, 21/3, 103-115. <https://hal.science/hal-03121012>

Loretti A, 2021. *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Paris : EHESP. ISBN : 978-2-8109-0939-1

Menvielle G et Lang T, 2021, « La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ? » *Revue adsp* n° 113, 19-21.

Morano A., 2022, « Les mineurs non scolarisés de Mayotte », *Cahiers d'Études africaines*, LXII (3), 247, p. 461-485. DOI : 10.4000/etudesafriaines.38944. URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-d-etudes-africaines-2022-3-page-461.htm>

Morel S et Jourdain M. 2016. *L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé*, Nantes, France. <hal-01380350> S'automédiquer sous chimiothérapie ?

Morel S, et Vega A. 2020. "The Cancer field" remains a visible site of the expression of inequalities: what goes on during hospital pathway or in patients' homes? (Researchgate, *experiment finding*).

Mulot S, 2014, « Relations de soin, cultures et inégalités de santé. Les soignants de Guadeloupe face aux migrants haïtiens séropositifs », *Terrains & travaux*, 24/1, 39-61. DOI : 10.3917/tt.024.0039. URL : <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2014-1-page-39.htm>

Musso S, 2005, « Dossier n° 2 – Regard sur... La santé et l'immigration », *Bulletin Amades* 64 [En ligne]. <https://doi.org/10.4000/amades.269>

Ramel V, 2021, « Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique », *Revue française des affaires sociales*, 3/2021, 45-67. DOI : 10.3917/rfas.213.0045. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-45.htm>

Roudot A, 2014. « Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte : états de santé du 101<sup>e</sup> département français », *Revue française des affaires sociales*, 4, 72-89. DOI : 10.3917/rfas.144.0072. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2014-4-page-72.htm>

Slama S, 2016, « Chasse aux migrants à Mayotte : le symptôme d'un archipel colonial en voie de désintégration », *La Revue des droits de l'homme*, 10 [En ligne]. <https://doi.org/10.4000/revdh.2479>

Sakoyan J, 2012, Les mobilités thérapeutiques, *Anthropologie & Santé* [en ligne], consulté le 26 octobre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1035>

Thocaven C, 2014. *État des Lieux du Processus de Migration Sanitaire Programmé des Comores vers Mayotte*, Université de Bordeaux 2 – Victor Ségalen. [infomie.net/IMG/pdf/these\\_dr\\_thocaven.pdf](http://infomie.net/IMG/pdf/these_dr_thocaven.pdf)

Vega A, 2014. « Le point de vue de patientes sur la prise en charge en secteur ambulatoire », *Les Sciences de l'éducation*, 2014, 47/3 [En ligne]. DOI : 10.3917/lse.473.0013. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2014-3-page-13.htm>

Vega A, 2019. « Pour une approche repolitisée de la santé », dans Coutellec L, Jolivet A, J. Moser S, Weil Dubuc P-L (Eds.) : *Le futur de la santé, Pour une éthique de l'anticipation*, Paris : Editions Maison de Sciences de l'Homme. ISBN-10 2-7351-2546-7. ISBN-13 978-2-7351-2546-3

Vega A, Lecarpentier M, Naamouni K, 2018, « Des obstacles à la connaissance des inégalités de santé », *Médecine* [En ligne]. Doi:10.1684/med.2018.304

Vega A et Ben Dridi I. "Taming cancer. Affected bodies, mirrored emotions and challenges for patients and their loved ones", in Laurence Corroy et Christelle Languier (dir.), *Patients, Caregivers and Doctors. Devices, Issues and Representations*. Iste ed., Wiley, London. à paraître en 2023.

Vega A et Ben Dridi. « Aux frontières politiques du soin », *Horizons Sociologiques*, 8, à paraître en 2023.



