

Mobilités thérapeutiques et accès aux soins pour cancers du sein en France : le parcours des combattantes

Colloque Les inégalités socio-territoriales de prise en charge des patients atteints de cancer en France – novembre 2022

Auteurs

Louise Ludet¹, Luis Teixeira², Gaëtan des Guetz³, Clémence Schantz² pour le groupe SENOVIE^a

¹ : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

² : Pathophysiology of Breast Cancer Team, Université de Paris Cité, INSERM U976, HIPI, Breast Disease Unit, AP-HP, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

³ : Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France, Université Sorbonne Paris Nord, Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé, LEPS, UR 3412, F-93430, Villetaneuse, France

⁴ : Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France, Institut Convergences Migrations - Aubervilliers, France

Abstract

Alors que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent dans le monde, toutes les femmes n'ont pas accès à des soins de qualité. Longtemps considérée comme une maladie des pays à revenu élevé, les pays à revenu faible ou intermédiaire sont désormais confrontés à un problème de santé publique majeur en matière de cancer. C'est le cas en Afrique subsaharienne, où l'accès à des soins de qualité pour cancers du sein fait souvent défaut. Ce contexte pousse certaines femmes à entreprendre des migrations, notamment en France, pour bénéficier d'une prise en charge adaptée – et sauver leur vie. Cette communication s'appuie sur une méthode qualitative, basée sur dix-neuf entretiens biographiques avec des femmes originaires de différents pays d'Afrique subsaharienne ayant effectué une mobilité thérapeutique vers la France pour soigner leur cancer du sein. Elle montre que ces femmes sont souvent confrontées à des difficultés importantes dans leur parcours de soins et de vie en France, les principaux enjeux concernant l'accès aux soins, la précarité du logement, la solitude et l'instabilité administrative.

Cette recherche reflète ainsi comment la double rupture biographique, causée à la fois par le cancer et par la migration, impacte l'ensemble des trajectoires de la maladie, depuis l'entrée dans les soins jusque dans « l'après-cancer ». Il met également en évidence la nécessité d'une réflexion portant sur l'accès à « l'après-cancer » pour *toutes* les femmes en France, et souligne le besoin de création d'une association de patientes spécialisée dans l'accompagnement des femmes étrangères atteintes de cancers du sein. Enfin, il propose l'extension du concept de mort sociale à la question des femmes ayant effectué une mobilité thérapeutique vers la France pour leur cancer du sein.

^a Le groupe de recherche SENOVIE associe Clémence Schantz (responsable scientifique), Moufalilou Aboubakar, Myriam Baron, Emmanuel Bonnet, Fanny Chabrol, Abdourahmane Coulibaly, Justin Lewis Denakpo, Annabel Desgrées du Loû, Gaëtan Des Guetz, Kadiatou Faye, Anne Gosselin, Joseph Larmarange, Hamidou Niangaly, Dolorès Pourette, Léa Prost, Valéry Ridde, Julie Robin, Priscille Sauvegrain, Luis Teixeira, Angéline Tonato Bagnan, Alassane Traoré, et Bakary Abou Traoré.

Mettant en lumière les expériences de femmes quasiment invisibles dans l'espace public, cette communication montre comment les inégalités sociales de santé peuvent être retrouvées jusque dans la reconstruction de soi après un cancer du sein.

Introduction

Le cancer du sein, un problème de santé publique à l'origine de mobilités thérapeutiques

Alors que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent dans le monde, et qu'il constitue la première cause de mortalité par cancer chez les femmes à l'échelle mondiale, toutes les femmes^b n'ont pas accès à une prise en charge de qualité (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). Les disparités entre pays à revenu faible et intermédiaire et pays à revenu élevé sont considérables, que ce soit en termes d'incidence, de mortalité ou de survie à 5 ans (Centre International de Recherche sur le cancer, 2021). Longtemps considérée comme une maladie des pays riches, les pays les plus pauvres font aujourd'hui face à un important problème de santé publique concernant le cancer.

En Afrique subsaharienne (ASS), le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et constitue la deuxième cause de mortalité par cancer derrière le cancer du col de l'utérus (International Agency for Research on Cancer, 2020). Plusieurs faits marquants caractérisent les cancers du sein en ASS : 70% des femmes atteintes d'un cancer du sein ont cinquante ans ou moins, et l'âge au diagnostic est en moyenne de dix ans inférieur à celui des femmes des pays à revenu élevé (Black & Richmond, 2019). La maladie est souvent découverte à un stade tardif : en ASS, 65% des femmes sont diagnostiquées à un stade avancé ou très avancé (Joko- Fru et al., 2020) et la moitié des femmes qui décèdent d'un cancer du sein en ASS ont moins de cinquante ans (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). L'offre de soins pour cancers du sein fait face à un important manque d'infrastructures, de moyens matériels, techniques, financiers et humains (Bray et al., 2022). Dans certains de ces pays, le plateau technique ne permet pas une prise en charge thérapeutique complète. Le Bénin par exemple ne dispose pas d'appareil de radiothérapie ; le Mali n'en dispose que d'un pour l'ensemble du pays, et celui-ci est fréquemment non fonctionnel en raison de pannes répétées (Schantz C et al., 2022). Ces difficultés concernent également l'accès à la chimiothérapie et à l'immunothérapie : de nombreux pays d'ASS ne disposent pas de trastuzumab^c, pourtant inscrit sur la liste des médicaments essentiels par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Et quand les médicaments sont théoriquement disponibles dans de nombreux pays, leur coût demeure trop élevé pour de nombreuses femmes, en l'absence de couverture sanitaire universelle (International Agency for Research on Cancer, 2020) (Organisation Mondiale de la Santé, 2022) (Oriaku et al., 2018). Si certains gouvernements ont instauré des politiques de gratuité et de large diffusion de la chimiothérapie, leur mise en pratique demeure encore insuffisante (Stefan, 2015).

Ces différents manquements aboutissent à une fragmentation des parcours de soin et à des errances thérapeutiques, mettant en péril la qualité des soins et la vie des femmes. Dans ce contexte, certaines femmes quittent leur pays pour traiter leur cancer du sein à l'étranger. Ces mouvements migratoires encore peu décrits et quantifiés dans le domaine des cancers du sein constituent des mobilités thérapeutiques. Les mobilités thérapeutiques correspondent à la circulation des savoirs, des professionnels de santé et des individus à la recherche de soins (Sakoyan et al., 2011) ; elles se distinguent de l'immigration thérapeutique et du tourisme médical en raison des présupposés d'ordre socio-économique et temporel portés par ces deux catégories (Pian, 2016). Ces mobilités révèlent les inégalités mondiales de santé, tout en les reproduisant et en les augmentant (Sakoyan, 2012)

^b Dans cet article, le terme de « femme » est utilisé pour désigner les personnes atteintes d'un cancer du sein, car cette maladie demeure rare chez les hommes (moins de 1% des cancers du sein).

^c Le trastuzumab est un médicament d'immunothérapie fréquemment utilisé dans le traitement de certains cancers du sein.

(Whittaker et al., 2010). En effet, les femmes qui quittent leur pays sont celles ayant un capital économique ou social leur permettant cette migration. Mais une fois arrivées en France, elles deviennent des « étrangères malades » (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration), un statut vecteur d'inégalités sociales de santé.

L'accès aux soins des « étrangères malades » en France

De l'accès aux soins à l'accès aux droits

Le droit à la santé et à l'accès aux soins est un droit humain fondamental et universel, inscrit comme tel dans de nombreux textes internationaux^d. En France, la protection de la santé est inscrite dans la Constitution de 1946 et a été réaffirmée dans la loi du 4 mars 2002 (Arbarotti, 2022). Le Code de la Santé Publique (CSP) établit le principe de non-discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention (Légifrance).

L'accès aux soins peut être défini comme « *l'ajustement opportun entre le besoin de soin manifesté par un individu et la possibilité du système de soin à y répondre* » (Arbarotti, 2022). Laurent Chambaud y associe la notion fondamentale de recours aux droits, celui-ci pouvant être compris comme l'écart entre les droits théoriques et les droits effectifs (Chambaud, 2018), c'est-à-dire l'écart entre l'accès aux droits et leur recours effectif.

Il existe en France plusieurs dispositifs permettant de bénéficier d'une prise en charge financière des soins, notamment l'Aide Médicale de l'État (AME) et le titre de séjour pour soins. L'AME permet aux personnes étrangères en situation irrégulière^e de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources (Ministère de l'Intérieur) et donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs de la sécurité sociale et dispense d'avance des frais. Si la situation relative au séjour en France se régularise, la personne peut avoir droit à l'assurance maladie compte-tenu de son activité professionnelle ou de sa résidence stable et régulière (Site officiel de l'administration française, 2022) (Ministère de l'Intérieur). Elle peut également y avoir droit en étant régularisée via un titre de séjour pour soins. Le titre de séjour pour soins relève à la fois du droit au séjour et du droit à la santé. Il permet de bénéficier d'un titre de séjour pour raisons de soins : si l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine, la personne ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié (Ministère de l'Intérieur, 2021). Ce titre de séjour permet d'accéder aux soins via la Protection Maladie Universelle (PUMa, ex-Couverture Maladie Universelle CMU). Sa demande se fait en plusieurs étapes : présentation en préfecture, certification médicale par le médecin suivant habituellement la personne, rédaction d'un rapport médical par les médecins du service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), évaluation du dossier et émission d'un avis par le Collège de médecins de l'OFII, décision finale rendue par le préfet. Elle peut nécessiter la convocation de la personne à l'OFII. En 2017, le taux d'avis favorables émis par l'OFII pour les cancers était de 70,3%, et les rapports au Parlement 2017 et 2018 de l'OFII mentionnent tous deux la part importante occupée par les cancers du sein dans les demandes de titres de séjour pour soins pour cancers (Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2017) (Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2018).

^d Préambule de la Constitution de 1946 de l'OMS et Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies de 1948 notamment.

^e Absence de visa, de titre de séjour ou de récépissé de demande.

Complexification du parcours administratif et conséquences sur les trajectoires de la maladie pour les personnes étrangères en France

Si ces différents dispositifs permettent théoriquement aux personnes étrangères de bénéficier d'une prise en charge de leurs soins, leur accès est caractérisé par sa complexité, en raison des critères d'obtention et des démarches associées. Cette complexité impacte directement l'accès effectif aux droits et aux soins (Gabarro, 2022), et peut influencer les pratiques et les représentations des soignant.e.s et les travailleur.euse.s sociaux.ales. Cela peut conduire à des traitements différentiels, qui peuvent aller jusqu'aux refus de soins discriminatoires (Cognet et al., 2017). Bien que les refus de soins discriminatoires soient interdits par la loi^f, ces pratiques touchent notamment les patient.e.s bénéficiaires de la CMU et de l'AME (Desprès, 2009) (Izambert, 2016). Les évolutions des politiques publiques relatives à l'accès aux soins des personnes étrangères sont donc susceptibles d'impacter les trajectoires de la maladie des personnes étranger.ère.s, et cela également dans le domaine du cancer (Pian, 2012).

Aujourd'hui standardisé, le parcours de soins en oncologie du sein en France est particulièrement complexe : chaque phase requiert des nombreux examens et des consultations avec de professionnel.le.s multiples. Les traitements mis en place (chirurgie, thérapie médicamenteuse^g, radiothérapie) sont lourds, tant sur le plan physique (douleurs, effets indésirables) que psychologique. S'inscrivant dans le temps long (les traitements durent plusieurs années), le cancer du sein peut avoir des répercussions sur la vie personnelle, affective, sociale et professionnelle des femmes. Les situations administratives précaires de femmes primo-arrivantes atteintes de cancer (diagnostiqué dans leur pays d'origine ou en France) compliquent leurs parcours de soins et de vie en France (Pian, 2015). Ces impacts dans le contexte spécifique du cancer du sein demeurent cependant peu étudiés.

Les mobilités thérapeutiques pour cancers du sein : une double rupture biographique ?

Le cancer constitue une rupture biographique dans les corps et dans les parcours de vie (Sarradon, 2009). De nombreux travaux ont exploré l'inscription du cancer, maladie chronique selon la définition de l'OMS, comme rupture biographique « marquant un « avant » et un « après » » (Ménoret, 1999). L'expérience de la migration entraîne des ruptures géographiques, physiques, sociales, émotionnelles, et donc biographiques (Bolzman, 2014). Elle bouleverse profondément et définitivement les parcours de vie. Si le cancer et la migration en eux-mêmes sont ainsi susceptibles de provoquer des ruptures biographiques, le cas particulier des mobilités thérapeutiques peut engendrer des difficultés propres à ce contexte, du fait de la « double expérience du danger » – danger que la maladie fait peser sur soi et danger de la migration vers un lieu inconnu – inhérente aux trajectoires de mobilité thérapeutique (Sakoyan, 2015). La double expérience de la migration et du cancer, sous-tendue par les mobilités thérapeutiques dans le cadre du cancer du sein, est donc susceptible d'entraîner des processus de ruptures biographiques spécifiques de ce contexte.

Dans le cadre de la recherche SENOVIE, et en partant des vécus de femmes originaires d'ASS, nous avons étudié les impacts des mobilités thérapeutiques pour cancers du sein sur les expériences de l'accès aux soins en France. L'hypothèse avancée était que la double expérience de la migration et du cancer du sein, cette « double rupture biographique », possède un impact spécifique sur l'accès aux soins et sur le vécu avec la maladie. Avec une approche qualitative basée sur dix-neuf entretiens biographiques semi-directifs, réalisés avec des femmes ayant fait l'expérience d'une mobilité

^f Article L.1110-3 du Code de la Santé Publique : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». (Défenseur des Droits, 2019)

^g Elle peut notamment comporter : chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie.

thérapeutique vers la France pour leur cancer du sein, nous avons retracé les parcours de soins et de vie de ces femmes.

Méthodologie

L'entretien biographique est une technique particulière d'entretien semi-directif ayant fait ses preuves dans l'exploration des vécus dans les domaines du cancer et de la migration (Pian, 2012) (Sarradon, 2009) (Christias, 2009). L'objectif était de recueillir des récits de vie détaillés remontant jusqu'au pays d'origine, avant la migration. Il est important de préciser que cette étude ne visait pas à dresser une généralisation des parcours et des vécus – ceux-ci sont, par définition, individuels et donc uniques. Son but était avant tout de mettre en lumière les expériences de femmes peu visibles, et de proposer une analyse sur des réalités encore trop peu connues et entendues.

Population d'étude

Les entretiens ont été menés avec des femmes suivies pour leur cancer du sein dans deux centres hospitaliers français : le Sénopôle – Centre des maladies du sein de l'Hôpital Saint-Louis AP-HP (Paris), et l'Unité Ambulatoire Oncologique de l'Hôpital Delafontaine à Saint-Denis (Seine Saint-Denis). Au-delà de leur importance dans la prise en charge des patientes traitées pour un cancer du sein en Ile-de-France, ces deux centres ont été choisis en raison de liens préexistants avec les équipes soignantes, notamment liés à des travaux de recherche exploratoires réalisés en 2020 et 2021^h.

Nous avons inclus dans ces entretiens des femmes âgées de 18 ans ou plus, originaires d'un pays d'ASSⁱ, ayant fait l'expérience d'une mobilité thérapeutique vers la France pour leur cancer du sein (dont le cancer du sein avait été diagnostiqué avant la migration, actuellement prises en charge pour leur cancer du sein dans l'un des deux hôpitaux partenaires, résidant toujours en France au moment de l'entretien, comprenant et parlant couramment le français. Le cancer du sein devait être la raison principale de la migration : le diagnostic devait avoir été médicalement établi dans le pays d'origine ou relever de la très forte suspicion. Un traitement pouvait avoir été amorcé ou non dans le pays d'origine. Les femmes devaient avoir bénéficié de soins en France, que les traitements soient actifs ou en phase de surveillance (avec des traitements en cours ou non).

Modes de recrutement

Les femmes ont été recrutées par les chercheuses au cours d'observations non-participantes en consultation d'oncologie dans les services de soins^j ainsi que par les praticien.ne.s de santé participant à l'étude. Il s'agissait de femmes venant d'Afrique subsaharienne pour une prise en charge de leur cancer du sein.

Recueil des données

Les entretiens ont eu lieu entre janvier 2021 et juillet 2022, à Paris et dans différentes villes de région parisienne. Cinq femmes ont été rencontrées une seule fois, quatre ont été rencontrées deux fois, et deux femmes ont été rencontrées trois fois. Le consentement pour enregistrement a été recueilli oralement, et l'anonymat et la confidentialité ont été garantis tout au long de la phase de recueil des données. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

^h Ces travaux de recherche exploratoires ont permis de réaliser 10 entretiens, avec des soignant.e.s (médecins, infirmières) et des assistantes sociales.

ⁱ Dans cette étude, l'ASS fait référence à l'ensemble des pays du continent Africain à l'exception du Sahara occidental, du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie, de la Lybie et de l'Égypte.

^j Les observations non-participantes (66 consultations) ont eu lieu avant la phase des entretiens, en consultation d'oncologie avec des femmes de toutes origines.

Dix-neuf entretiens ont pu être réalisés, avec onze femmes différentes, d'une durée médiane de soixante-dix minutes. Ces femmes étaient originaires du Cameroun (3), de Côte d'Ivoire (3), du Mali (2), de la République du Congo (1) et du Sénégal (2). Elles étaient âgées de trente à cinquante-neuf ans, avec un âge médian de quarante-six ans. Huit femmes sur onze étaient mariées et dix femmes sur onze avaient des enfants. Les profils socio-économiques des femmes dans leur pays d'origine étaient très variés : plusieurs d'entre elles étaient d'origine aisée (deux étaient professionnelles de santé - médecin et pharmacienne - ; une était propriétaire d'un grand restaurant), tandis que d'autres étaient d'origine plus modeste (couturière ; deux secrétaires ; coiffeuse-esthéticienne ; vendeuse de bouteilles d'eau dans la rue ; la profession des autres enquêtées dans leur pays d'origine n'est pas connue). Les premiers symptômes et/ou le diagnostic dans le pays d'origine avaient eu lieu entre 2008 et 2022. Leur arrivée en France était comprise entre 2009 et 2022. Le diagnostic de leur cancer en France avait eu lieu à un âge jeune et à un stade avancé.

Pseudonyme	Age	Pays d'origine	Nombre d'entretiens
Iris	38 ans	Cameroun	2
Sarah	30 ans	Côte d'Ivoire	1
Marie	34 ans	Cameroun	3
Kadidiatou	48 ans	Mali	2
Ketline	47 ans	Côte d'Ivoire	2
Diana	59 ans	Cameroun	1
Dora	46 ans	République du Congo	2
Rokya	44 ans	Mali	3
Sonia	46 ans	Côte d'Ivoire	1
Khadidja	32 ans	Sénégal	1
Astou	49 ans	Sénégal	1

Figure 1 : Tableau récapitulatif des femmes rencontrées en entretien dans cette recherche

Les parcours administratifs et de soins des femmes rencontrées étant particulièrement longs et complexes, ils ont fait intervenir de très nombreuses personnes professionnelles. Ainsi, si les participantes ont été recrutées à l'Hôpital Saint-Louis (Paris) et à l'Hôpital Delafontaine (Saint-Denis), les structures et personnes (notamment les médecins et les assistantes sociales) mentionnées dans les extraits d'entretiens et dans les discours rapportés ne s'y rattachent pas nécessairement.

Résultats

Accéder aux soins en France dans un contexte de mobilité thérapeutique

Un soin de dernier recours

Pour comprendre les raisons poussant les femmes interrogées à entreprendre une mobilité thérapeutique, il est nécessaire de s'intéresser à la signification que revêt pour elles le cancer du sein dans leurs pays d'origine. Le cancer du sein est synonyme de mort et selon elles, cette association correspond à une représentation sociale très répandue dans leur pays d'origine. Celle-ci impacte fortement leur vécu de la maladie, et conditionne leurs espoirs de guérison : dans leur pays d'origine, elles se considèrent comme « *déjà condamnées* ». Cette représentation sociale est renforcée par l'expérience personnelle : un grand nombre de femmes interrogées connaissaient au moins une personne de leur entourage décédée d'un cancer du sein (mère, sœur, amie, connaissance). Elles sont donc nombreuses à attribuer cette représentation à leur décision de quitter leur pays. « *Tu sais, cancer,*

quand on parle de cancer en Afrique, ce que nous on voit là, c'est la mort. C'est ce qui m'a même poussée à me lancer dans ça. Parce que toutes les femmes que j'ai vues, que j'ai connues, qui ont eu le cancer, sont parties. » (Rokya, femme de 44 ans, arrivée en France en 2019).

C'est sur les conseils de leur entourage, ou sur ceux de leur médecin, que les femmes rencontrées entreprennent de quitter leur pays pour rechercher des soins à l'étranger. Leurs attentes varient selon les situations : certaines migrent à la recherche d'un diagnostic fiable et définitif, celui posé avant la migration divergeant selon les médecins et les hôpitaux. Pour celles ayant déjà initié une chimiothérapie dans leur pays d'origine, le départ vers la France est la promesse d'un traitement plus efficace. Les traitements disponibles en France sont en effet perçus comme étant de qualité et d'efficacité supérieure à ceux du pays d'origine. Si les attentes associées à la migration sont variables, les femmes rapportent ne jamais l'avoir envisagée avant d'y être forcées. La mobilité thérapeutique semble ainsi relever de l'instinct de survie : pour les femmes interrogées, partir n'est pas un choix mais bien une obligation, à laquelle elles ne se sont résolues qu'en « *dernier recours* ». Pour elles, c'est le dernier bastion avant la mort : « *Je n'encouragerais pas quelqu'un dans une telle aventure, mais quand vous êtes dans la situation que j'étais... Pour moi, c'était ça ou la mort. Essaye ce qu'on t'a proposé parce que tu vas trouver la guérison, ou reste là. Et tu vas mourir.* » (Marie, femme de 34 ans, arrivée en France en 2019).

L'organisation du départ requiert une forte mobilisation financière, administrative et sociale, impliquant les femmes elles-mêmes, mais également leur entourage. Des sommes d'argent très importantes sont mises en jeu, pour obtenir un visa, financer le voyage, la vie quotidienne ou les soins à l'arrivée en France. L'importance des difficultés rencontrées pour réunir cet argent varie selon les profils socio-professionnels : certaines femmes n'évoquent pas de difficultés sur ce point, tandis que d'autres relatent des situations nécessitant la vente de biens, de commerces, de parcelles ou de propriétés, et pouvant aller jusqu'à l'endettement.

Les difficultés ne se limitent pas au financement et se retrouvent aussi sur le plan administratif. La plupart des femmes ayant effectué une demande de visa (six femmes sur onze) a rencontré des obstacles dans son obtention, tant en termes de délais (plusieurs semaines, voire plusieurs mois d'attente) que de refus de délivrance. Pour faire face à ces obstacles, des solutions sont mises en place : plusieurs femmes partent sans visa ; l'une d'elles voyage sous une fausse identité, devant se grimer afin de masquer son état de santé trop dégradé.

Le délai entre prise de décision et départ effectif est généralement long, pouvant aller jusqu'à une année entière. Le cancer du sein étant une maladie d'évolution rapide, la plupart des femmes interrogées arrivent en France dans un état de santé très dégradé. Les situations d'extrême détresse au moment du départ engendrent ainsi des attentes très élevées à l'arrivée en France. Rester dans leur pays signifiant pour ces femmes une mort quasi certaine, la migration représente pour elles la seule chance de survie et la possibilité d'une « *deuxième chance* ».

Rester pour se traiter : accès aux soins et complexité administrative

Une fois en France, le délai entre l'arrivée et la première consultation médicale varie de quelques jours à plusieurs mois. Différents modes d'entrée dans les soins ont pu être identifiés : entrée dans les soins par l'intermédiaire de Médecins du Monde (pour quatre femmes sur onze), par les urgences hospitalières (pour trois femmes sur onze), par consultation programmée (pour quatre femmes sur onze).

L'urgence des situations est confirmée lors du diagnostic à l'hôpital. Les femmes interrogées relatent le choc survenu lors du diagnostic, soit parce que celui-ci donne raison à leurs intuitions, soit parce qu'elles ne s'étaient pas rendu compte de la gravité de leur état de santé avant la migration. Cet état de choc s'intensifie lorsque les femmes réalisent qu'elles doivent rester en France plus longtemps

qu'elles ne l'avaient imaginé. Une crainte en particulier s'est montrée particulièrement prégnante, celle de mourir dans un pays qui ne se soit pas le sien. Malgré cette détresse, les femmes rencontrées se sont résignées à rester en France et à y entreprendre des soins.

Les situations d'urgence vitale des femmes interrogées nécessitent de bénéficier de droits sociaux le plus rapidement possible. Aucune d'entre elles ne disposant alors de couverture médicale, leur accès aux droits est marqué par une grande complexité. Celle-ci apparaît liée au fait qu'elles n'ont connaissance, à ce moment-là, ni des modalités de prise en charge de soins, ni des démarches nécessaires pour en bénéficier. Aucune des femmes interrogées n'indique être venue en France car elle savait que ses traitements pourraient y être pris en charge. Les raisons les poussant vers la France apparaissent davantage liées à l'impasse dans laquelle elles se trouvaient dans leur pays d'origine, à la réputation du système de santé français, et à la présence d'éventuelles connaissances en France. La majorité d'entre elles exprime ainsi un grand sentiment de confusion face aux démarches administratives à effectuer pour accéder aux soins.

Plusieurs modes d'accès aux soins ont pu être identifiés. Lorsque les femmes sont venues sans visa (cinq femmes sur onze) ou que celui-ci était expiré au moment de l'entrée dans les soins (trois femmes sur onze), un des schémas d'accès aux soins débute par une prise en charge via la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), suivie d'une demande d'AME par les assistantes sociales hospitalières. Les femmes n'engagent alors aucun frais pour leurs soins. Un autre schéma débute par le dispositif des soins urgents, suivi d'une demande d'AME à l'hôpital. A la différence du premier, ce schéma engendre des factures de 10 000€ à 15 000€ pour les deux femmes entrées dans les soins de cette manière. Ces montants correspondent aux soins pendant la période d'attente d'AME. L'une d'elles voit cette facture s'abaisser en partie, tandis que l'autre est interdite bancaire. Une autre femme, dont le visa n'est pas encore expiré lors de son entrée dans les soins, doit s'acquitter de frais de soins à hauteur de plusieurs milliers d'euros avant d'être prise en charge à la PASS. Elle explique avoir payé dans l'espoir que cela accélère le début de ses soins. Les conséquences financières sont donc majeures pour certaines femmes interrogées.

La complexité retrouvée dans l'accès aux droits peut également avoir des conséquences délétères sur la capacité à bénéficier de soins. Trois femmes sur onze voient ainsi leur prise en charge retardée, parfois de plusieurs mois, car elles ne sont pas encore couvertes par l'AME.

Des traitements différentiels dans l'accès aux soins

Face à ces obstacles, l'attitude du personnel médico-social apparaît comme une dimension fondamentale de l'accès aux soins. Les femmes interrogées témoignent ainsi des traitements différentiels auxquels elles sont confrontées dans leur parcours d'accès aux soins. Ceux-ci ont, selon les cas, des effets positifs ou négatifs.

Les effets délétères de ces traitements différentiels sont dus aux attitudes négatives de certain.e.s soignant.e.s et de certaines assistantes sociales. Ces attitudes sont fortement liées à la figure du « *patient étranger qui coûte cher au système de soins* » (Pian, 2012). Cette représentation est présente chez certain.e.s soignant.e.s et personnels administratifs, notamment en cancérologie, où les traitements utilisés sont particulièrement onéreux (Pian, 2012). Dans le cas des femmes rencontrées dans cette recherche, certaines femmes font ainsi état de la suspicion dont elles font l'objet au moment d'accéder aux soins à la PASS. D'autres indiquent ainsi avoir été victimes de pratiques relevant de discriminations dans les soins. Pour certaines, ces discriminations peuvent aller jusqu'au refus de soins.

C'est le cas de Dora : dans ce long extrait d'entretien, elle fait état du refus de soins auquel elle a été confrontée en raison de ses origines, mais également des conséquences de cette pratique discriminatoire sur son vécu avec la maladie et sur son état de santé mental, déjà grandement fragilisé

par sa migration. « *Le médecin a dit : « Pourquoi tu t'es pas soignée chez toi ? Vous venez ici encombrer, vous prenez les trucs des Français. Il fallait continuer le traitement chez toi, pourquoi tu préférerais venir ici ? ».* Quand ils disent, ils savent pas qu'ils peuvent faire les choses qui vont nous amener à commettre quelque chose d'irréparable. Moi quand le médecin là m'a dit « Il faut aller te soigner chez toi », ma solution était que de me suicider. ». Il a été montré que des refus de soins discriminatoires peuvent être opposés aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans l'accès effectif aux soins (Desprès, 2009; Izambert, 2016). Ici, on voit bien qu'ils existent également dans l'accès aux droits et aux soins pour les personnes étrangères sans droits, phénomène ayant d'ailleurs été mis en évidence par Estelle Carde (Carde, 2007).

Ces attitudes relevant de la suspicion et de la discrimination n'étant pas partagées par tous.tes les soignant.e.s et assistantes sociales, les traitements différentiels peuvent également avoir des conséquences positives sur l'accès aux soins. Dans ce cas de figure, les situations rapportées relèvent de pratiques dérogatoires mises en place par certain.e.s médecins et des assistantes sociales. L'urgence dans laquelle se trouvent certaines femmes peut ainsi pousser le personnel médico-social à adopter des pratiques allant à l'encontre des procédures administratives et de l'organisation des soins à l'hôpital. Ces traitements différentiels « positifs », mis en place dans l'attente d'ouverture des droits sociaux, servent alors de rempart afin que les femmes ne demeurent pas sans soins : « *Donc le Docteur [nom] faisait comment pour les traitements, les injections et tout ça ? Je venais en cachette, et elle me les faisait en cachette sans que je passe par l'administration, ni par le service d'accueil. En attendant qu'on ait une situation.* » (Ketline, femme de 47 ans, arrivée en France en 2016). Ces pratiques font écho à la « *politique de la compassion* » (Gabarro, 2018) : dans ces situations, ces femmes ne sont pas soignées au nom du Droit – droit à la santé – mais au nom de l'urgence vitale, c'est-à-dire « *au nom de la souffrance et du malheur* » (Gabarro, 2018). Pour ces femmes, ce n'est pas le Droit qui leur garantit un accès aux soins mais la compassion des personnes auxquelles elles sont confrontées dans leur parcours. C'est « *une histoire d'humanité qui [est alors] en jeu* »^k.

L'arrivée en France semble ainsi marquée par une rude confrontation entre attentes et réalité. La migration vers la France étant envisagée comme unique chance de survie, en opposition au pays d'origine symbole d'une mort certaine, les attentes liées à la mobilité thérapeutique sont très élevées. Si toutes les femmes interrogées sont finalement prises en charge pour leur cancer du sein, cette entrée dans les soins se fait dans des conditions précaires, annonciatrices de leur parcours de vie avec la maladie en France.

Vivre ses soins en France après une mobilité thérapeutique : des parcours marqués par la vulnérabilité

Une précarité omniprésente aux formes plurielles

- **Précarité de l'hébergement : l'impossibilité d'un « chez-soi »**

Disposer d'un hébergement stable, décent et adapté est essentiel pendant toute la durée du traitement d'un cancer du sein. Les femmes interrogées rencontrent de grandes difficultés sur ce point. Une fois en France, la plupart sont hébergées, au moins dans un premier temps, chez un.e membre de leur famille ou chez une connaissance. Refus d'hébergement, environnement inadapté, maltraitance, expulsion : les récits se ressemblent et sont caractérisés par l'instabilité des situations vis-à-vis du logement. Pour certaines femmes, cette instabilité débute dès leur arrivée, lorsque la personne qui doit les héberger refuse de les recevoir : confrontées à la réalité d'une personne malade dans le besoin, les ami.e.s et connaissances leur tournent rapidement le dos. D'autres femmes parviennent à se faire héberger pendant quelques temps, mais cet accueil se fait dans des conditions difficiles, les environnements étant inadaptés à l'accueil de personnes gravement malades. En effet, ces

^k Formule extraite d'un entretien.

hébergements sont le plus souvent partagés, parfois avec une famille entière, et certain.e.s hôtes exigent des services – voire du travail – en contrepartie. Le repos et la tranquillité, essentiels pendant les traitements, sont rendus très difficiles. Malgré ces difficultés, les femmes sont contraintes de se plier aux conditions de vie imposées par leurs hôtes par peur d’être expulsées.

De nombreuses femmes relatent des violences verbales et psychologiques de la part de leurs hôtes. Celles-ci sont liées au rejet de la personne malade, engendré par la peur qu’inspire souvent la maladie cancéreuse. Cette peur concerne la maladie en elle-même (peur d’être contaminé.e), l’apparence physique liée aux effets secondaires des traitements (perte de cheveux), mais aussi la crainte de ce que la situation – et donc l’obligation d’héberger – ne se prolonge indéfiniment. Ce rejet conduit à l’expulsion de nombreuses femmes, aggravant leurs situations de précarité.

Ketline relate ici son expulsion par la personne qui l’hébergeait, ce qui la force à recourir à l’hébergement d’urgence : *« La personne chez laquelle j’étais n’en pouvait plus, parce qu’elle se rendait compte qu’il n’y avait pas d’issue pour moi. Les cheveux tombaient et sa fille disait que moi je l’effrayais, du fait que je sois malade. Elle était traumatisée, à l’école elle n’en pouvait plus, parce qu’il y a quelqu’un qui est à la maison, qui est malade, qui a un cancer. Elle ne supportait plus de me voir et tout ça. Et donc un matin j’arrive, sa porte est fermée, je suis dans le couloir. Elle est partie en week-end sans crier gare. Donc je suis restée dans le couloir deux jours. Avec la fatigue du cancer, avec tout ça, les chimios et tout ça. »*

Plusieurs femmes se retrouvent ainsi à la rue et doivent faire appel à l’hébergement d’urgence, parfois lors des phases aiguës de leur traitement. Le plus souvent, l’urgence se prolonge pendant plusieurs mois, et différents types de logements se succèdent. Les plus adaptés, les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), ne sont souvent obtenus qu’au bout de plusieurs mois, voire plusieurs années¹. La précarité de l’hébergement représente une problématique essentielle, car elle impacte fortement les conditions de vie pendant le parcours de soins. Cette impossibilité à disposer d’un « chez-soi » complexifie le vécu avec la maladie pour ces femmes ne disposant que d’un faible – voire d’aucun – réseau de soutien en France.

- **Précarité affective : affronter seule ses difficultés**

Les parcours avec la maladie des femmes rencontrées sont marqués par l’isolement et la solitude : aux souffrances des traitements (effets secondaires de la chimiothérapie, difficile acceptation de la mastectomie^m, etc.) s’ajoute celle de devoir les affronter seule. Ayant migré sans leur famille, elles ne peuvent que très peu bénéficier du soutien des proches restés dans leur pays d’origine. Cela est d’autant plus vrai pour les femmes n’ayant pas informé leur entourage de leur maladie (que le diagnostic ait été posé avant le départ ou en France). Ce choix tient d’une volonté de ne pas inquiéter ses proches, notamment lorsque les enfants sont en bas âge. D’autres femmes qui ont, au contraire, communiqué leur maladie à leur entourage, ne rencontrent pas toujours de réel soutien, notamment de la part de leur mari. Nombre d’entre elles rapportent avoir été progressivement abandonnées par celui-ci, cet abandon débutant le plus souvent avant la migration, lors de l’apparition des symptômes ou de l’annonce du cancer. Pour ces femmes, la migration vers la France et l’image sociale du cancer dans leur pays d’origine achèvent ces ruptures conjugales et parfois familiales.

Cet éloignement entraîne un sentiment de culpabilité, celle d’avoir laissé ses enfants, le plus souvent en bas âge, pour se soigner à l’étranger. De nombreuses femmes évoquent les difficultés rencontrées par leurs enfants restés dans leur pays d’origine (échec scolaire, consommation précoce d’alcool etc.), les attribuant à leur départ et s’en tenant pour responsables. Si certaines femmes parviennent à

¹ Cinq femmes sur onze femmes interrogées étaient hébergées en ACT.

^m La mastectomie correspond à l’ablation chirurgicale, totale ou partielle, d’un ou des deux seins.

maintenir des contacts réguliers avec leur famille par le biais d'appels téléphoniques et vidéo, elles soulignent la difficulté à obtenir un réel soutien de la part de leurs proches restés au pays. Pour ces derniers, la distance empêche de prendre pleinement conscience de la complexité des situations en France. Les appels n'étant que peu propices à l'expression des souffrances, l'entourage n'est pas toujours en capacité d'apporter son aide. Sonia évoque ici cette difficulté à communiquer ses souffrances à sa sœur par le biais d'appels : « *Ils ont coupé [mon sein], j'ai dit à ma petite sœur je vais lui montrer, elle a dit non, elle veut pas voir. Donc je vais lui dire quoi ? Donc quand on s'appelle, je lui dis « Ça va, y'a pas de problème ». Je veux pas les inquiéter en fait.* ».

Interrogées sur l'éventuel soutien psychologique apporté par leurs hôtes, la majorité des femmes répondent ne pas en avoir bénéficié, soit parce que ces dernier.e.s ne se montrent pas disponibles, soit parce qu'elles-mêmes se censurent dans l'expression de leurs souffrances, de peur d'alourdir le fardeau qu'elles pensent représenter. Contraintes d'affronter seules leurs difficultés, les femmes interrogées ne peuvent compter que sur elles-mêmes. En l'absence d'oreille attentive pour les écouter, les libérer et les apaiser, cette solitude dans l'adversité entraîne une accumulation de souffrances, qui résulte en des situations de grande détresse, voire de désespoir. Pour y faire face, certaines femmes entrent dans un déni de leur maladie et de leur situation, tandis que d'autres doivent recourir aux anxiolytiques et aux antidépresseurs. Marie évoque ici l'extrême détresse de son parcours de vie avec la maladie en France, qui va pour elle jusqu'aux idées noires : « *Moi à un moment, si je n'avais pas ma fille, je pense que je me serais donné la mort.* ».

Cet isolement est aggravé par l'instabilité des situations administratives de ces femmes durant leur parcours avec la maladie. A une grande précarité matérielle et affective s'ajoute ainsi une précarité administrative.

- **Précarité administrative : une instabilité vectrice d'angoisse**

Pendant leur parcours avec la maladie en France, les situations administratives des femmes sont caractérisées par leur instabilité. Celle-ci est notamment liée à la complexité des démarches permettant l'obtention d'un titre de séjour pour soin. La prise en charge d'un cancer du sein se déroulant sur plusieurs années, les femmes rencontrées sont contraintes de rester de manière prolongée sur le territoire français, et pour cela d'entamer des démarches de régularisation pour soins. Les titres de séjour ne sont obtenus qu'après plusieurs mois d'attente, en raison des nombreuses pièces justificatives à fournir et de la complexité de la procédure d'attribution. Les cartes de séjour délivrées n'étant valables que pour un an, les démarches de renouvellement doivent être initiées peu de temps seulement après réception du premier titre de séjour. Ce parcours long et fastidieux génère une grande instabilité des situations administratives.

La complexité des démarches administratives est inhérente aux procédures d'obtention, mais tient également de ce qu'elles doivent être effectuées concomitamment au parcours de soins, alors même que les femmes se trouvent dans des états de santé très dégradés : « *Moi je me rappelle que j'étais douloureuse, j'étais affalée, mais je partais à la préfecture. Il le faut ! Je partais avec la chaise pliante, et puis je la déposais pour m'asseoir. Parce qu'à la préfecture ils s'en foutent que tu sois malade ou que tu sois en bonne santé !* » (Ketline)

Ce circuit administratif apparaît comme particulièrement inadapté, à la fois aux conditions de santé de ces femmes, mais également à leur situation vis-à-vis de l'hébergement. La demande de titre de séjour pour soins nécessitant une domiciliation stable, certaines femmes se font domicilier dans des structures tierces (hôtel social, association). Il arrive aussi que ces structures ne transmettent pas le courrier à temps, avec parfois des conséquences catastrophiques sur l'issue des démarches administratives. Les procédures d'obtention étant peu flexibles, ces situations peuvent aboutir à des errances administratives, dans lesquelles les femmes ne savent plus, ni à qui s'adresser, ni ce qu'il

convient de faire. Nombre d'entre elles témoigne d'un sentiment de lassitude à l'égard de cette « boucle sans fin » des démarches administratives, et de la détresse dans laquelle celle-ci les plonge. Cette détresse est également due à l'angoisse générée par l'instabilité de leur situation au regard du droit au séjour. Plusieurs femmes mentionnent explicitement la terreur que leur inspire l'idée d'être arrêtées par la police au cours de leur parcours de soins (à l'expiration du visa, avant la demande de titre de séjour, ou en cas de problème lors de la demande). Certaines femmes relatent des périodes pendant lesquelles elles restent enfermées chez elles toute la journée, de peur d'être arrêtées si elles sortent dans la rue, craignant même de se rendre à leurs rendez-vous médicaux. Ces situations de précarité administrative apparaissent très pesantes pour ces femmes déjà malades, en raison du stress qu'elles génèrent. Certaines expriment leurs difficultés à concilier ce stress avec l'angoisse de la maladie et avec les souffrances liées aux traitements, et se demandent même comment elles pourraient parvenir à guérir dans de telles conditions : « *Souvent c'est ce que je me disais, « Tu es inquiète, comment tu vas guérir ? Tu es avec cette question des papiers... ». Je me demandais même souvent, après mon traitement comment j'allais sortir. Est-ce qu'on va venir me chercher avec des menottes ou... ? C'est tout ça-là qui était dans ma tête. Parce que je me suis dit que je suis dans une infraction. J'ai brisé le visa, donc comment je vais sortir ? Les policiers, souvent, il y a des jours, je dormais, je me réveillais avec des cauchemars, je voyais des policiers... » (Rokya).*

La précarité administrative renforce également les situations d'isolement évoquées précédemment, car l'obtention du titre de séjour conditionne la possibilité de voyager dans le pays d'origine. Or, cela participe au maintien des liens affectifs avec la famille (notamment avec les enfants), et par conséquent au soutien émotionnel. De nombreuses femmes expliquent n'avoir pas pu voir leur famille, parfois pendant plusieurs années, car leur situation au regard du séjour était trop instable. La précarité administrative apparaît ainsi comme un facteur aggravant de la précarité affective et de l'isolement, les liens sociaux se retrouvant subordonnés à l'obtention d'un titre de séjour.

Aucune femme interrogée ne s'étant vu refuser la délivrance d'un titre de séjour pour soins, il semble que, dans le contexte des mobilités thérapeutiques pour cancers du sein, l'enjeu réside davantage dans ses conditions d'obtention (constitution des dossiers, délais, manque d'adaptation des procédures à l'état de santé des demandeuses) que dans ses critères, le cancer étant une des pathologies avec le plus fort taux d'avis favorables émis par le collège des médecins de l'OFII (Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, 2017). Vecteur d'anxiété, le parcours administratif apparaît peu adapté aux réalités sanitaires et sociales des femmes ayant migré pour leur cancer du sein. Avec l'hébergement et le soutien, il conditionne fortement leur parcours de vie avec la maladie en France. L'importance de ces trois aspects est résumée ici par Ketline : « *J'étais déjà avec la chimio, j'avais déjà la chute de cheveux, j'étais déjà méconnaissable. On me menait la vie dure ! En fait j'ai pas eu de répit entre les papiers, la chimio, la maltraitance... J'ai eu aucun répit en fait ! ».*

Réseaux de soutien : le rôle central des soignant.e.s et des assistantes sociales

Ces situations de vulnérabilité rendent essentielle l'existence d'un réseau de soutien pendant les soins. Les entretiens soulignent la place centrale des soignant.e.s et des assistantes sociales hospitalières dans la constitution de ce réseau. Les femmes interrogées témoignent du rôle que ceux/celles-ci jouent dans leur expérience du soin et dans leur vécu avec la maladie en France. Elles rapportent que le soutien psychologique apporté par les soignant.e.s et les assistantes sociales est décisif dans les étapes clés du parcours de soins, particulièrement au moment de l'annonce du diagnostic et dans l'acceptation des traitements (notamment de la mastectomie) : « *C'est pas une mince affaire quand on te dit que tu as le cancer. Tu es démoralisée. Si y'a des gens qui te montrent que oui, tu es importante, tu as le courage de vivre. L'assistante sociale de [l'hôpital] elle m'a remotivée, c'est comme quelqu'un qui m'a ajouté*

encore une autre vie. La manière qu'elle me parle, ça m'a donné l'espoir ! » (Dora, femme de 46 ans, arrivée en France en 2016).

Dans ce contexte, de nombreuses femmes soulignent l'importance de pouvoir créer une relation de confiance avec leur médecin. L'implication et l'humanité du personnel médico-social apparaissent d'autant plus essentielles dans l'accompagnement des cancers du sein pour ces femmes en situation de vulnérabilité et isolées : *« Je sais pas si je pourrai oublier le Docteur [nom]. Parce qu'en dehors du fait qu'il est médecin... La manière dont il se comportait dans ma situation, pour lui c'était la compassion. Il m'a beaucoup soutenue, tout simplement parce que j'allais à l'hôpital ! Et quand il m'arrivait des difficultés, dans ma tête je me disais « De toute façon le Docteur [nom] il saura comment gérer ». Et c'est ça qui m'a beaucoup réconfortée. »* (Iris, femme de 38 ans, arrivée en France en 2013). L'expression *« il/elle s'est battu.e pour moi »* est revenue à de nombreuses reprises dans les entretiens, témoignant de la forte implication de certain.e.s soignant.e.s et assistantes sociales hospitalières dans ces parcours erratiques.

Cependant, si le personnel médico-social se montre la plupart du temps soutenant, de nombreuses femmes ont confié ne pas toujours oser le solliciter. Ce non-recours à l'aide peut être expliqué par la honte éprouvée par certaines femmes vis-à-vis de leur situation de précarité, et/ou par la peur *« d'abuser »* de l'aide des soignant.e.s et des assistantes sociales. Les difficultés sont alors tues, aggravant ces situations de précarité. A titre d'exemple, une des femmes rencontrées n'osait pas révéler, ni à son médecin ni à son assistante sociale, qu'elle dormait à même le sol dans l'appartement où elle était logée, de peur *« d'abuser de leurs services »*.

Le réseau de soutien formé par les soignant.e.s et les assistantes sociales à l'hôpital semble fortement conditionner l'expérience du soin et de la maladie pour les femmes rencontrées. Si leur rôle est parfois ambigu dans l'accès aux droits et au moment de l'entrée dans les soins, ils/elles semblent majoritairement soutenant.e.s pendant les soins. Les situations de non-recours à l'aide témoignent cependant de la nécessité de renforcer et de diversifier ce réseau de soutien.

Penser « l'après-migration », un préalable indispensable pour penser « l'après-cancer » dans un contexte de mobilité thérapeutique

Rester ou repartir ? Quand « l'après-cancer » est subordonné à la situation administrative

Nous avons montré précédemment que les mobilités thérapeutiques entreprises par les femmes interrogées ne relèvent pas de l'immigration choisie. Une fois les traitements terminés, certaines femmes émettent la volonté de retourner dans leur pays d'origine. Cependant, craignant de devoir y affronter une récurrence de leur cancer, et anticipant les défauts de prise en charge, elles décident de rester en France. Ces décisions sont prises à contrecœur et génèrent de la souffrance. Marie évoque la difficulté de ce choix par défaut, qui relève, là encore, de l'instinct de survie : *« Il y a des jours je dis « J'ai vraiment envie d'y repartir », et un autre jour je me dis « Si ça recommence, comment je vais faire ? ». C'est quelque chose qui n'est pas facile. C'est pas facile, c'est une maladie qui bouleverse toute ta vie en fait. »*

Si la majorité des femmes interrogées n'avait pas pour projet de s'installer en France avant la migration, certaines finissent par y envisager un futur. Penser l'avenir en France dépend alors de la possibilité de faire venir ses enfants, des perspectives professionnelles et de la stabilisation de la situation administrative. La venue des enfants implique de procéder à un regroupement familial : la procédure est complexe, soumise à des critères de séjour régulier, de ressources et de logement. Une des femmes rencontrées réussit à faire venir sa fille de cette manière, tandis qu'une autre multiplie les demandes, sans jamais parvenir à son obtention. C'est le cas de Kadidiatou, une femme de 48 ans arrivée en France en 2009, dont le cancer du sein est lié à une anomalie génétique héréditaire. Par peur que sa fille ne soit également porteuse de cette anomalie, et avec le souhait que celle-ci puisse

être prise en charge en France le cas échéant, elle effectue désespérément demande sur demande de regroupement familial depuis sept ans - sans succès jusqu'à présent.

Les perspectives professionnelles conditionnent également les projets d'avenir en France. Quatre femmes parmi les onze femmes rencontrées obtiennent un emploi au cours de leur parcours de vie après les soins, et deux une formation professionnalisante. Toutes témoignent de l'impact très bénéfique que cela a eu sur leur estime d'elles-mêmes dans l'après-cancer : « *Ça m'a fait du bien, parce que le fait même de sortir de tous ces soucis-là... Ça m'a beaucoup aidée. Tu vas passer du temps à réfléchir à autre chose que la maladie, la famille... C'est pas de l'argent seulement, mais aussi psychologiquement. Au moins que je puisse savoir que je suis active quoi !* » (Rokya). Mais trouver un emploi stable nécessite des papiers. Plusieurs femmes font état des difficultés rencontrées dans la recherche d'emploi en raison de la précarité de leur situation administrative. Ces obstacles administratifs n'impactent pas seulement la recherche d'emploi, mais également les conditions de travail de certaines femmes, l'instabilité de leur situation au regard du séjour les exposant à des emplois précaires.

Ainsi, même après les soins, les parcours de vie des femmes rencontrées restent subordonnés à leur situation administrative. Celle-ci détermine leurs projets professionnels et familiaux, et va jusqu'à impacter leur processus de reconstruction.

« L'après-migration » comme condition de la reconstruction

L'accès à la reconstruction – physique et identitaire (Fortier, 2022) – apparaît intrinsèquement lié aux projets d'avenir, notamment au souhait de retourner dans le pays d'origine ou de rester en France. Ainsi, pour les femmes interrogées, la perte d'un ou des deux seins impacte la décision du retour dans le pays d'origine. Le fait de n'avoir plus qu'un seul sein (ou de ne plus en avoir du tout) peut empêcher la projection dans un retour au pays d'origine. Pour certaines femmes, cela est dû à la stigmatisation des « *femmes à un sein* »ⁿ dont elles font état dans leur pays, à la crainte de ne pas pouvoir exercer certaines tâches ménagères à leur retour en raison des opérations subies, ou encore de ne plus pouvoir mener de vie amoureuse et intime. L'impossibilité, pour certaines femmes, d'envisager une vie personnelle dans leur pays d'origine après une mastectomie rend ce retour impensable. Cela concerne particulièrement les femmes rencontrées en entretien peu de temps après leur mastectomie. Cet extrait d'un entretien avec Sonia, rencontrée quelques semaines seulement après sa mastectomie, évoque cette impossibilité d'envisager un retour dans son pays d'origine, alors même qu'elle le souhaiterait : « *Je veux rentrer, mais faire quoi là-bas, avec un sein ? Faire quoi ? Reprendre les activités là-bas... Quelles ? Avec ce truc, est-ce que je pourrai charger ? Avec un côté, est-ce que je pourrai charger ? Et puis tu vas voir, tout le monde va parler de ça.* »

Il semble également exister un lien entre projet de retour et projet de reconstruction mammaire. Celle-ci n'est parfois envisagée qu'en cas d'installation à long terme en France, et non souhaitée par les femmes en cas de retour dans le pays d'origine. Rokya a subi une mastectomie en 2020. Ne sachant pas encore si elle souhaite demeurer en France, elle a choisi de ne pas effectuer de reconstruction chirurgicale, craignant de rencontrer des problèmes avec sa prothèse dans son pays d'origine et de ne pouvoir bénéficier d'une prise en charge appropriée.

Les problématiques soulevées – image de soi, vie intime, projet de retour ou d'installation – témoignent de la nécessité d'accompagner spécifiquement les femmes ayant effectué une mobilité thérapeutique dans leur accès à un processus de reconstruction, aussi bien physique qu'identitaire. Les femmes rencontrées étant particulièrement isolées, elles manifestent, implicitement ou explicitement, un grand besoin d'expression de leurs souffrances dans la période de « l'après-cancer ». C'est le cas

ⁿ Formule relevée dans plusieurs entretiens.

de Marie, qui évoque ici son besoin d'être accompagnée par un.e professionnel.le pour retrouver confiance en elle et reprendre une vie après son cancer du sein : « *J'ai toujours une tristesse qui m'envahit. J'ai perdu confiance en moi. J'espère qu'avec le temps ça va revenir. Une jeune femme comme moi, normalement, là, je suis guérie ! Il me manque juste la reconstruction, mais là je ne laisse même pas quelqu'un entrer dans ma vie. Je me suis même dit peut-être qu'il faut que je voie un psychologue. Je suis guérie mais... J'ai comme l'impression que je ne suis plus la même en fait. Après le cancer, c'est difficile d'avoir une vie normale. C'est très difficile.* ».

La nécessité d'une association de patientes spécialisée

Le rôle des associations spécialisées dans l'accompagnement des femmes atteintes d'un cancer du sein apparaît particulièrement essentiel dans les situations de vulnérabilité précédemment décrites. Cependant, ces associations semblent souffrir d'un important manque de visibilité auprès des femmes ayant effectué une mobilité thérapeutique. Si la plupart témoignent d'un vif intérêt à leur égard, elles indiquent n'en n'avoir jamais entendu parler ou n'avoir jamais réussi à en trouver une : « *J'ai cherché, je me suis renseignée, je me suis dit « Est-ce qu'il y a quelque chose comme ça ? Est-ce que, est-ce que ? ». Franchement, j'ai pas trouvé.* » (Marie). Deux femmes seulement mentionnent y avoir eu accès. L'une d'elles s'est rendue à plusieurs groupes de parole et à des ateliers de soins esthétiques, et bien que convaincue de leur utilité, elle ne s'y est plus rendue en raison de la pandémie de 2020. Une autre a indiqué s'être rendue à un groupe de parole mais ne pas s'y être sentie à sa place. A un manque de visibilité s'ajoute ainsi un manque d'adaptation aux besoins de femmes en situation de mobilité thérapeutique. En effet, les associations destinées à l'accompagnement des femmes atteintes de cancers du sein existant en France ne semblent pas constituer un espace privilégié d'expression de leurs difficultés. Plusieurs femmes expriment le sentiment de ne pas être représentées dans les associations qu'elles ont tenté de fréquenter. Certaines se sentent exclues en raison de leur statut d'immigrée ou de leur couleur de peau, tandis que d'autres évoquent explicitement le besoin d'être accompagnées par des personnes ayant eu un cancer du sein et effectué une migration vers la France. La nécessité d'une association qui ferait le lien entre la double expérience du cancer du sein et celle de la migration apparaît ainsi évidente. De nombreuses femmes témoignent par ailleurs d'une forte volonté de participer à la création et au fonctionnement d'une telle association, afin que leur expérience puisse être utile à d'autres femmes. Ce besoin de « *s'associer à la lutte* » et de partager son histoire avec des femmes qui auraient vécu un parcours similaire soulève un autre point essentiel : l'importance de l'accompagnement par les pairs, comme l'exprime ici Ketline : « *Si y'avait une association qui existait, moi je serais militante, je pourrais avoir une fonction dans cette association. (...) Les associations qui existent en France, elles sont pas pour notre type de peau, elles sont que pour les européennes. Parce que nous, on se retrouve pas dans les associations en France du cancer du sein. Moi on m'a demandé de venir dans les réunions, mais c'est pas le même style de vie que nous avons, ça n'a rien à voir ! On a l'impression que, on a certes le cancer du sein, mais le type de programme qu'il y a dans les associations du cancer du sein, c'est pas fait pour les immigrées ! (...)* Donc il faut trouver une association adaptée aux femmes qui viennent d'autres pays pour le cancer du sein. ». Ainsi, parce qu'elle implique de pouvoir accéder à la fois à « l'après-cancer » et à « l'après-migration » pour se reconstruire, la mobilité thérapeutique nécessite un accompagnement spécifique ne semblant pas exister à l'heure actuelle en France.

Conclusion

Les mobilités thérapeutiques pour cancers du sein, révélatrices des inégalités sociales de santé jusque dans les processus de reconstruction

Pour les femmes rencontrées, la représentation sociale du cancer du sein et ses conditions de prise en charge dans leur pays d'origine les poussent à entreprendre des mobilités thérapeutiques. Celles-ci constituent un soin de dernier recours, la France étant envisagée comme unique chance de survie. Si toutes les femmes rencontrées finissent par bénéficier d'une prise en charge efficace de leur cancer une fois arrivées en France, leurs parcours de soins et de vie avec la maladie sont particulièrement complexes. Les mobilités thérapeutiques apparaissent comme un contexte à risque de vulnérabilité pour ces femmes. Au moment de l'entrée dans les soins, elles les exposent à des discriminations et à des retards de prise en charge ; pendant les soins, à une précarité de l'hébergement, à l'isolement, à l'errance administrative et à une grande détresse psychologique. La persistance de cette vulnérabilité chez les femmes arrivées en France il y a plusieurs années montre que les mobilités thérapeutiques peuvent également impacter « l'après-cancer ». Elles semblent provoquer des ruptures biographiques spécifiques de ce contexte, dont les répercussions sont retrouvées tout au long du parcours de soin, jusque dans les processus de reconstruction. Dans le cas des mobilités thérapeutiques, les ruptures biographiques provoquées par le cancer du sein et par la migration auraient ainsi un effet synergique sur les parcours de vie.

Pour ces femmes, l'éloignement durable causé par la migration, conjugué à la difficulté de recréer des liens sociaux en France et à l'incertitude administrative, génère une perte de lien social ; le faible accès aux processus de reconstruction entrave leur reconstruction identitaire et corporelle. Ces situations correspondent aux caractéristiques sous-tendues de la mort sociale, comme décrites par Králová (Králová, 2015). Ainsi, si la migration est envisagée comme le seul moyen d'échapper à la mort biologique que représente le cancer du sein dans le pays d'origine, il est possible de se demander dans quelle mesure le concept de mort sociale (Králová, 2015) (Ghane et al., 2021) (Borgstrom, 2017) peut être étendu, et appliqué aux femmes ayant entrepris une mobilité thérapeutique pour leur cancer du sein en France.

Cette recherche met également en lumière le manque que représente l'absence d'association spécifiquement dédiée à l'accompagnement de femmes avec des parcours similaires, c'est-à-dire d'une association qui relierait la problématique du cancer du sein à celle de la migration, et cela en dépit d'un fort besoin exprimé par les femmes. Une telle association permettrait de renforcer les réseaux de soutien existant, en apportant une aide sur les points-clés du parcours de soins et de vie avec la maladie (accès aux droits et aux soins, logement, démarches administratives, soutien psychologique). Construite sur le modèle de la pair-aidance (Waha, 2021) (Castro, 2020) pour garantir sa pertinence, elle aurait également une mission de soins de support adaptés, afin d'accompagner spécifiquement les femmes dans leurs processus de reconstruction post-cancer.

Il a été montré que « l'après-cancer » est encore peu pensé en ASS (Diarra, 2021). Avec cette recherche, il apparaît que celui-ci n'est, en réalité, pas pensé pour *toutes* les femmes en France, ce qui constitue peut-être l'inégalité sociale de santé la plus criante : celle d'un inégal accès à la reconstruction de soi, donc d'un inégal accès à la vie. Dans le cas des femmes rencontrées, les inégalités sociales de santé n'apparaissent pas seulement à l'échelle internationale (entre le pays d'origine et celui d'arrivée), mais existent aussi à l'échelle française, s'incarnant dans les différences constatées dans l'ensemble du parcours avec la maladie, depuis l'entrée dans les soins jusque dans l'accès aux soins de support. Cette constatation est en cohérence avec les travaux montrant que les mobilités thérapeutiques révèlent et reproduisent les inégalités sociales de santé (Sakoyan, 2012) (Whittaker et al., 2010). Pour ces femmes, la mobilité thérapeutique nécessite ainsi de concilier le

processus de reconstruction de soi après un cancer du sein, avec celui de projection dans l'avenir, marqué par un écartèlement – entre deux pays, deux vies, deux identités.

Remerciements

Nous remercions les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche, pour la confiance et le temps qu'elles nous ont accordé. Nous remercions également les soignant.e.s et les hôpitaux qui nous ont ouvert leurs portes. Merci à Léo Manac'h, ainsi que Marie Bottin, pour leurs conseils tout au long de cette recherche. Enfin, merci à Ibtissem Ben Dridi et Anne Vega de nous avoir permis de présenter ces résultats lors de ce colloque.

Contribution des auteur.e.s

Louise Ludet : conduite et analyse des entretiens, écriture de la première version de l'article. Clémence Schantz : conceptualisation, méthodologie, conduite et analyse d'entretiens, supervision, validation, contribution à l'écriture de l'article. Luis Teixeira : supervision, validation et contribution à l'écriture de l'article. Gaëtan Des Guetz : supervision, validation et contribution à l'écriture de l'article.

Financements

Ce travail a bénéficié du soutien financier de l'Institut Convergences MIGRATIONS porté par le CNRS, portant la référence ANR-17- CONV-0001 ; de la Cité du Genre, IdEx Université de Paris, ANR-18-IDEX-0001 ; et de l'Institut National du Cancer (INCa) pour son AAP SHS-E-SP 2022. Le GIS Institut du Genre, la MSH Paris Nord, et le Ceped UMR 196 (Université Paris Cité - Institut de Recherche pour le Développement) ont également soutenu financièrement cette recherche.

Bibliographie

- Arbarotti, L. V. (2022). De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : La prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.1703>
- Black, E., & Richmond, R. (2019). Improving early detection of breast cancer in sub-Saharan Africa : Why mammography may not be the way forward. *Globalization and Health*, 15, 3. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0446-6>
- Bolzman, C. (2014). Exil et errance. *Pensée plurielle*, 35(1), 43- 52. <https://doi.org/10.3917/pp.035.0043>
- Borgstrom, E. (2017). Social Death. *QJM*, 110(1), 5- 7. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw183>
- Bray, F., Parkin, D. M., Gnanon, F., Tshisimogo, G., Peko, J.-F., Adoubi, I., Assefa, M., Bojang, L., Awuah, B., Koulibaly, M., Buziba, N., Korir, A., Dzamalala, C., Kamate, B., Manraj, S., Ferro, J., Lorenzoni, C., Hansen, R., Nouhou, H., ... Chingonzoh, T. (2022). Cancer in sub-Saharan Africa in 2020 : A review of current estimates of the national burden, data gaps, and future needs. *The Lancet Oncology*, 23(6), 719- 728. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00270-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00270-4)
- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19(2), 99- 109. <https://doi.org/10.3917/spub.072.0099>
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 374(2), 18- 23. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : Éléments de cadrage. *Regards*, 53(1), 19- 28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>
- Christias, P. (2009). L'incorporation du moment cancer dans l'histoire biographique des patientes atteintes d'un cancer chronique du sein (métastase, récurrence, hormonothérapie adjuvante). *Sociétés*, 105(3), 71- 78. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0071>
- Cognet, M., Dhume, F., & Rabaud, A. (2017). Comprendre et théoriser le racisme. *Journal des anthropologues*. *Association française des anthropologues*, 150- 151, Art. 150- 151. <https://doi.org/10.4000/jda.6739>
- Défenseur des Droits. (2019). *Les refus de soins discriminatoires : Tests dans trois spécialités médicales*. Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etres-refussoins-num-21.10.19.pdf>
- Desprès, C. (2009). *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire* (p. 99). Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).
- Diarra, A. (2021). « Il ne faut pas qu'on mette le couteau dedans ! » L'épreuve de la guérison du cancer du sein au Mali. *Anthropologies & Médecines*.
- Fortier, C. (2022). *Le corps de l'identité : Transformations corporelles, genre et chirurgies sexuelles*. (Hommes et sociétés). Karthala.
- Gabarro, C. (2018). L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : Une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion. *Migrations Société*, 171(1), 93- 104. <https://doi.org/10.3917/migra.171.0093>
- Gabarro, C. (2022). Obtenir l'AME : un parcours du combattant. *Betty Rouland (dir.), Dossier « L'aide médicale d'État, la fabrique d'un faux problème », De facto*, 8.
- Ghane, G., Shahsavari, H., Zare, Z., Ahmadnia, S., & Siavashi, B. (2021). Social death in patients : Concept analysis with an evolutionary approach. *SSM - Population Health*, 14, 100795. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100795>

- International Agency for Research on Cancer. (2020). *World Cancer Report : Cancer research for cancer development*. IARC.
- International Agency for Research on Cancer. (2021). *Breast Cancer Outcomes in Sub-Saharan Africa*. IARC. https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/03/IARC_Evidence_Summary_Brief_1.pdf
- Izambert, C. (2016). Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : Vers une nouvelle morale hospitalière ? *Agone*, 58(1), 89- 104. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0089>
- Joko- Fru, W. Y., Miranda- Filho, A., Soerjomataram, I., Egue, M., Akele- Akpo, M., N'da, G., Assefa, M., Buziba, N., Korir, A., Kamate, B., Traore, C., Manraj, S., Lorenzoni, C., Carrilho, C., Hansen, R., Finesse, A., Somdyala, N., Wabinga, H., Chingonzoh, T., ... Parkin, D. M. (2020). Breast cancer survival in sub- Saharan Africa by age, stage at diagnosis and human development index : A population- based registry study. *International Journal of Cancer*, 146(5), 1208- 1218. <https://doi.org/10.1002/ijc.32406>
- Králová, J. (2015). What is social death? *Contemporary Social Science*. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21582041.2015.1114407>
- Légifrance. (s. d.). *Code de la Santé Publique—Article L1110-3*. Consulté 1 septembre 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426
- Ménoret, M. (1999). *Les Temps du Cancer*. Editions du CNRS. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00929758>
- Ministère de l'Intérieur. (s. d.). *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>. Consulté 2 septembre 2022, à l'adresse <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
- Ministère de l'Intérieur. (2021, mars 22). *La délivrance des titres de séjour pour raisons de santé*. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/fr/Immigration/La-delivrance-des-titres-de-sejour-pour-raisons-de-sante>
- Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (s. d.). *Etranger malade*. Consulté 25 novembre 2022, à l'adresse <https://www.ofii.fr/en/procedure/etranger-malade/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *WHO prequalifies first biosimilar medicine to increase worldwide access to life-saving breast cancer treatment*. <https://www.who.int/fr/news/item/18-12-2019-who-prequalifies-first-biosimilar-medicine-to-increase-worldwide-access-to-life-saving-breast-cancer-treatment>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021, mars 26). *Breast cancer*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, juin). *Addressing inequities in breast cancer treatment in sub-Saharan Africa: Insights from a breast cancer surgeon in Nairobi*. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/addressing-inequities-in-breast-cancer-treatment-in-sub-saharan-africa--insights-from-a-breast-cancer-surgeon-in-nairobi>
- Oriaku, N., Orji, M.-G., Agbi, R., Gimba, S., Banwo-Fatai, K., Nwosu, T., Emezue, P., Dantsoho, S. a., Okoro, N., Nwagboso, E. j., Abdulazeez, J., Orjiako, T. c., & Chidebe, R. c. w. (2018). The Burden of HER-2 Positive Patients in Sub-Saharan Africa : A Caregiver Perspective. *Journal of Global Oncology*, 4(Supplement 2), 155s- 155s. <https://doi.org/10.1200/jgo.18.73500>
- Pian, A. (2012). De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/remi.5915>
- Pian, A. (2015). Se faire soigner à l'étranger. Des migrations féminines dans l'ombre ? *Hommes & Migrations*, 1311(3), 83- 91. Cairn.info. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3287>

- Pian, A. (2016). Tourisme médical versus immigration thérapeutique : Des catégories exogènes réductrices. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.646>
- Sakoyan, J. (2012). Les mobilités thérapeutiques. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 5, Art. 5. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1035>
- Sakoyan, J. (2015). Un risque pour un autre. La double expérience du danger dans les trajectoires de mobilité thérapeutique aux Comores. *Ethnologie française*, 45(1), 135- 142. <https://doi.org/10.3917/ethn.151.0135>
- Sakoyan, J., Musso, S., & Mulot, S. (2011). Quand la santé et les médecines circulent. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 3, Art. 3. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.819>
- Sarradon, A. (2009). Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps. In F. Cousson-Gélie, E. Langlois, & M. Barrault (Éds.), *Faire Face au cancer. Image du corps, Image de soi* (p. 285- 311). Tikinagan. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00463633>
- Schantz C, Diarra I, Traoré A, Traoré BA, Chabrol F, & Sogoba S. (2022). Radiothérapie et lutte contre les cancers au Mali : Défis de maintenance de l'unique accélérateur linéaire à l'Hôpital du Mali. *Santé Publique*.
- Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (2017). *Procédure d'admission au séjour pour soins : Rapport au Parlement 2017*. https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf
- Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (2018). *Procédure d'admission au séjour pour soins : Rapport au Parlement 2018*. <https://www.ofii.fr/wp-content/uploads/2020/07/OFII-RAPPORT-MEDICAL-2018-A4-v03022020.pdf>
- Site officiel de l'administration française. (2022, août). *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* / *Service-public.fr*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
- Stefan, D. C. (2015). Cancer Care in Africa : An Overview of Resources. *Journal of Global Oncology*, 1(1), 30- 36. <https://doi.org/10.1200/JGO.2015.000406>
- Waha, S. (2021). Pair-aidance : De l'ombre à la clarté. *La Revue Nouvelle*, 6(6), 54- 63. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rn.216.0054>
- Whittaker, A., Manderson, L., & Cartwright, E. (2010). Patients without Borders : Understanding Medical Travel. *Medical Anthropology*, 29(4), 336- 343. <https://doi.org/10.1080/01459740.2010.501318>