

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

En guise de conclusion, quelques fils rouges

La contextualisation des différents territoires investigués permet de mieux cerner des spécificités propres à chaque territoire étudié (histoire politique, dynamiques socio-territoriales, strates culturelles). Cependant, c'est bien le croisement des regards qui permet d'éviter des surinterprétations. Ces dernières sont souvent liées à des contextes d'insularité dans les Outre-mer et plus largement à des approches scientifiques trop restreintes : exclusivement biomédicales, centrées uniquement sur la question de l'accès aux soins ou sur une pathologie, ou sur une seule population, ou encore culturalistes - car ethnocentrées. Ces biais semblent toujours aussi difficiles à éviter, comme cela a été illustré lors des échanges entre soignants sur des cas éthiques survenus lors d'évacuations sanitaires depuis les territoires isolés de Wallis et Futuna vers le CLCC de Rennes. Deux communicantes infirmières de la Guyane et de La Réunion (B. Solignat, S. Federbe) ont souligné ce qui reste une difficulté majeure dans les prises en charge (para)médicales : le manque de prise en compte du point de vue des malades, et concernant le cancer, des dépistages tardifs. De même, les résultats d'études ont fait l'objet de discussion entre deux communicants géographes. Mais ces chercheurs en géographie ont découvert des travaux en socio-anthropologie de la santé sur le cumul des problèmes sociaux chez les populations « précaires » allant de pair avec des endurance acquises et héritée (A. Vega, A. Lorette). Ceci leur a permis d'enrichir ou de valider leurs hypothèses de recherche, tout en nous faisant découvrir des classifications utiles type GéoClasH. Des approches plus limitées, car standardisées, ont été questionnées - en particulier pour mesurer « la qualité de vie » type questionnaire EORTC QLQ30.

En lien avec l'ensemble de ces discussions, il s'est confirmé l'importance d'une part d'allier questionnaires, cartographies, et enquêtes de terrain complémentaire – a fortiori « centrées patients » (R. Braud). D'autre part, toutes les communications présentent des continuités dépassant à la fois la prise en charge du cancer et la simple opposition Métropole / Outre-mer : elles montrent la façon dont les décisions politiques agissent partout de manière concrète sur la situation de malades comme de professionnels de santé (politiques de restructurations budgétaires, dont de sous financement de la coordination médicosocial ; fermetures de lits et d'hôpitaux comme de centres administratifs de proximité ; prévalence des politiques migratoires sur les politiques des soins). Dans ce sens, les communications de la seconde partie du colloque confortent l'hypothèse posée en introduction (A. Vega) : des résultats d'études sur des territoires ultra marins permettraient de mieux éclairer des processus présents en métropole de façon moins exacerbée. Revient, par exemple, l'importance d'avoir en tant que soigné des réseaux médicaux et des moyens économiques : du fait d'avance de frais et de démarches administratives défavorables aux patients les moins dotés dans le contexte de détérioration des services publics (A. Vega) ; ou encore la problématique de l'accès aux

transports sanitaires (Z. Maïmouna Dramé) alors que des processus de désertifications médicales urbaines allongent les trajets de patients (Y. Fayet, M. Chaze).

Ceci appelle à poursuivre des recherches sur la manière dont s'articulent les différents niveaux politiques d'action (local, régional, national et international) interférant avec les mécanismes de production des inégalités en santé (R. Braud). En effet, non seulement des marges de manœuvre locales semblent se restreindre, mais les orientations politiques participent à banaliser des étiquetages de patients « *profiteurs du système* » (A. Vega). Dans tous les cas, il apparaît qu'encore trop souvent des chercheurs reproduisent malgré eux, à travers leurs discours, des visions dominantes de la santé : comme celle de « l'utilisateur responsable » dont on attend un comportement « résilient » (S. Morel). Des échanges entre chercheurs restent à développer, à commencer au sein de mêmes disciplines...

Anne Vega