

Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2019/5 Vol. 31 , PAGES 693 À 702
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.195.0693

Date de mise en ligne : 29/01/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-693?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville

*Cancer, territories and discrimination:
from rural areas to the city priority neighborhoods*

Anastasia Meidani¹, Arnaud Alessandrin²

➔ Résumé

Introduction : L'objectif de cet article est de restituer une enquête portant sur les déterminants sociaux qui influencent l'expérience cancéreuse dans sa pluralité. Il fait ainsi place aux inégalités socio-économiques et ethnoraciales et discute l'entrée territoriale comme marqueur d'inégalités de la santé.

Méthodes : L'article retient le volet qualitatif et français de deux recherches, dont une européenne et de protocole mixte, et prend appui sur 60 entretiens menés auprès des malades et des professionnels impliqués dans leur prise en charge et 100 heures d'observations *in situ* de consultations de soins.

Résultats : Les résultats se structurent autour de quatre axes. Le premier fait la part belle au principe d'un accès universel aux soins. Le second met l'accent sur les « minorités visibles », plus présentes dans les quartiers prioritaires de la ville que dans les zones rurales, et leur invisibilisation en oncologie. Le troisième axe se focalise sur les interactions soignants/soignés et la notion de « confiance médiatisée par la "bonne réputation" » des établissements et des professionnels. Enfin, le quatrième axe met en perspective les contours genrés de la trajectoire de la maladie et du soutien social.

Conclusion : L'article met en évidence les mécanismes de production d'inégalités sociales de santé en contexte de désertification. Il montre que ces inégalités restent encadrées dans un système de ségrégation territoriale, socio-économique et raciale qui renforce les sentiments de discrimination des patient.e.s atteint.e.s de cancer.

Mots-clés : Cancer ; Territoires ; Discrimination ; Rural ; Quartiers prioritaires de la ville.

➔ Abstract

Introduction: The article aims to characterize the social determinants that define the cancer experience in its plurality, making room for the consideration of socio-economic and ethno-racial inequalities, and discusses territorial entry as a marker of health inequalities.

Methods: The analysis retains the qualitative and French aspect of two projects, including a European research project of mixed protocol, and relies on 60 interviews with patients and professionals involved in their care and 100 H of *in situ* observation of care consultations.

Results: The results are structured around four axes. The first focuses on universal care and health coverage. The second focuses on 'visible minorities,' more present in the city priority neighborhoods (CPN) than in the rural areas, and their invisibilization in oncology. The third part shows that an analysis of the caregivers' interactions with patients must rely on the notion of trust and that they first and foremost come from the 'good reputation' of professionals and institutions. Finally, the fourth part puts into perspective the gendered contours of the trajectory of illness and social support.

Conclusion: The article highlights the mechanisms of production of health inequalities in a context of desertification. It shows that these inequalities remain embedded in a system of territorial, socio-economic and racial segregation that reinforces the feelings of discrimination of cancer patients.

Keywords: Cancers; Territories; Discrimination; Rural; Priority Neighborhoods.

¹ Lisst-Cers – UMR 5193 – Université Toulouse II Jean Jaurès – Toulouse – France.

² Laces – Université Bordeaux-II – Bordeaux – France.

Introduction

Avec 400 000 nouveaux cas diagnostiqués en France métropolitaine en 2017, le cancer avance telle une épidémie de santé publique [1]. La sociologie du cancer s'est souvent emparée de la maladie chronique du côté des expériences des patients [2] ainsi que des inégalités sociales et des facteurs de risque d'exposition à certaines tumeurs [3], laissant de côté les processus discriminatoires qui leur sont afférents. La dimension territoriale des inégalités a, quant à elle, plutôt été abordée sous l'angle de l'épidémiologie et de la géographie de la santé, sans toutefois s'intéresser à ce qui constitue le cœur de cet article : les zones rurales et les quartiers prioritaires de la ville (QPV), soit des espaces bien délimités selon les critères du commissariat général à l'Égalité des territoires (CGET). Une brève recension des écrits francophones souligne le peu de connaissances en la matière alors même que les facteurs établis d'inégalités d'accès à la santé s'y cumulent : pauvreté, éloignement géographique des établissements de soins des centres-villes, concentration des populations racisées et allophones, etc.

Visant à combler ces lacunes, l'article alimente le couple « cancer-territoire » avec des éléments théoriques et empiriques d'ordre qualitatif. Il prend appui sur deux recherches financées par l'Institut national du cancer (INCa) de 2014 à 2017 (convention n° 2014-144), d'une part, et la Fondation de l'Avenir de 2017 à 2018 (AP-Ipsa-17-001), et s'articule autour de la question suivante : quels sont les éléments qui caractérisent l'expérience cancéreuse, et plus largement le rapport à la santé des habitant.e.s de ces territoires laissés pour compte que sont les zones rurales et les QPV ? Nous posons l'hypothèse selon laquelle les discriminations liées au statut socio-économique et aux appartenances ethnoraciales ou genrées qui se retranscrivent dans les ségrégations territoriales ont des effets indéniables sur la trajectoire de la maladie cancéreuse et constituent, dans bien des situations, un facteur éclairant des inégalités de santé.

Dès lors, il s'agit pour nous de saisir les facteurs d'éloignement ou de rupture des parcours de soins (difficultés d'accès au soin désiré, refus des soins spécifiques ou de se faire soigner en général, facteurs d'adhésion), dans ces espaces où l'État-providence est défaillant, là où les institutions sont en déclin et les populations sont économiquement et socialement vulnérables [4]. Pour atteindre cet objectif, il convient d'identifier les services de soins oncologiques (préventifs/curatifs) de différents sites et d'évaluer

l'acceptabilité des soins qui y sont dispensés, du point de vue des malades et des professionnels impliqués dans leur prise en charge, tout en restituant la dynamique des interactions entre patients et aidants (in)formels.

Au total, nous soutenons que si les ressources socio-économiques des patients impactent l'inégal recours aux soins, l'organisation du système de santé autour du principe d'une universalité des soins (axe I) ainsi que les pratiques de professionnels [5, 6] qui se retranscrivent dans les interactions soignants/soignés (axe III) jouent également un rôle déterminant dans le maintien, et parfois même l'aggravation des inégalités de santé. Plus encore, nous affirmons que comprendre les mécanismes discriminatoires qui œuvrent dans l'univers de soins revient à saisir les effets combinés, et non nécessairement convergents, des rapports sociaux de classe, ethnoraciaux (axe II), d'âge et de genre (axe IV) sur les inégalités de la santé.

Méthode

Du point de vue méthodologique, c'est le volet qualitatif d'un protocole d'enquête mixte (INCa), et l'intégralité du dispositif de l'enquête « Innovation dans les pratiques de soins et d'accompagnement » (Ipsa) qui ont été retenus pour les besoins de l'article. Le recrutement des patients dans les zones ciblées s'est organisé à partir des partenariats avec un centre hospitalier du Cantal et deux cliniques mutualistes situées autour d'une même grande ville, au cœur des QPV et des zones rurales. Pour des questions d'anonymisation, nous ne situons pas, dans cet article, les espaces géographiques dans lesquels s'est déroulée la recherche.

Ces établissements nous ont accompagnés vers des personnes majeures atteintes de cancer, tous stades et tumeurs confondus, choisies parmi la file active des patients pris en charge par ces établissements durant les cinq dernières années. En parallèle, le recrutement de patients *via* les centres de santé communautaire et les cabinets libéraux (pour l'essentiel en médecine générale) situés dans les QPV et les zones rurales a été également considéré, afin d'identifier non seulement les difficultés des parcours de soins en cancérologie, mais aussi les enjeux d'accès aux soins. La constitution de l'échantillon a été élaborée à partir d'un double tri des dossiers administratifs archivés dans ces établissements, sur la base du code postal des patients et/ou de leur accès à la couverture maladie universelle (CMU) – conformément aux indicateurs de substitution des

inégalités sociales de santé retenus : QPV ou zone rurale et difficultés financières. L'ensemble des soignant.e.s et des soigné.e.s, équitablement réparti.e.s selon le sexe, est engagé dans des relations hétérosexuelles¹. À l'opposé des patients, aucun soignant n'appartient à une « minorité visible ». Compte tenu de l'orientation clinique des établissements participants, les cas d'oncologie digestive restent surreprésentés.

Les entretiens menés auprès de patients ($n = 40$) (annexe I) ont été complétés par ceux conduits auprès des membres des équipes soignantes et d'autres professionnels de santé du territoire ($n = 20$). La passation des entretiens s'est faite de manière anonyme, comme signalé dans la démarche de déclaration des deux recherches à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et à la Commission de protection des personnes (CPP). Le lieu de l'entretien était laissé à la discrétion des participants dans l'optique d'assurer non seulement leur confiance mais également des conditions d'échange optimales. À cela s'ajoutent 100 heures d'observation dans les établissements de soins, durant les consultations, les séances de chimiothérapie, les visites dans les chambres de malades ou auprès des associations de santé intervenant dans les territoires de l'étude.

Inspirée de la *grounded theory* [7], c'est-à-dire d'une théorisation à partir de la récolte des données et non d'une analyse descendante, l'orientation fondamentale de ces deux recherches consiste à étudier les mécanismes de production d'inégalités sociales en contexte de désertification, à partir de l'expérience du cancer des acteurs concernés. Prenant appui sur une approche inductive, l'immersion dans le terrain a servi de point de départ au développement théorique. Les enquêtés et les situations ont été choisis en fonction de leur capacité à favoriser l'émergence de la théorie (échantillonnage théorique), et ce processus a été poursuivi jusqu'à la saturation des données au cours de l'analyse. Les cas infirmatoires, c'est-à-dire les récits et les observations minoritaires, ont été considérés afin d'appréhender la complexité des phénomènes étudiés. Quant à l'analyse interprétative des observations et des entretiens, après le repérage des codes *in vivo*, l'opération de codage a été réalisée par regroupement des données empiriques sous des termes émergents (universalité des soins, « minorités visibles »...), et par identification des similitudes et contrastes entre les données brutes. Ainsi, nous avons opté pour la suspension temporaire des cadres théoriques, le mouvement circulaire entre la collecte et l'analyse des données et la méthode

comparative continue des cas empiriques contrastés, ce qui nous permis de conserver les liens d'évidence que l'analyse entretient avec les données et d'avancer progressivement vers la construction du modèle analytique. Enfin, la « montée » en généralité donne à voir la plus-value herméneutique du paradigme de la discrimination qui viendrait concurrencer celui de la domination.

Résultats

L'universalité du soin

« *On soigne tout le monde pareil* », s'exclame un oncologue. « *C'est pourtant pas une clinique privée ici. Tout le monde peut venir !* », ajoute un chirurgien. Ces éléments participent de l'idée que la question de recherche que nous affichions n'en était pas une, ou bien, aux yeux de certains soignants tout du moins, qu'il n'y avait pas d'autres problèmes que celui de la barrière de la langue. L'idée même de pouvoir être discriminant rendit ainsi de nombreux interlocuteurs frileux [8], comme si « prendre en charge » protégeait de « discriminer ». Le choix de venir travailler dans les déserts médicaux fut alors déposé comme la preuve d'« une philosophie : ne pas faire de dépassement d'honoraires, que personne n'ait à payer quoique ce soit » (gastro-oncologue). Mais tous les interlocuteurs ne sont pas de cet avis, à l'image de cette assistante sociale dont le témoignage donne à voir la mise en concurrence de la logique médico-gestionnaire avec la logique sociale : « *Il y en a certains [médecins] qui arrivent à nous dire que la question sociale ce n'est pas notre problème. On n'est pas là pour s'en occuper, nous on est là pour faire du médical, pour traiter. Le patient il arrive, il a une pathologie [...] et ses problèmes... Il arrive avec, ben il repart avec... parce qu'on n'a pas le temps d'y intervenir.* »

D'autres récits discutent le rôle différentiel du système de soins dans la fabrique des inégalités de santé, en contexte de désertification : « *J'ai fait mon trou ici, et je dois avouer que ça me plaît bien d'être ici. J'ai apporté quelques techniques mais c'est vrai qu'il y a une médecine de ville et une médecine de campagne, et ici c'est une médecine de campagne* » (cancérologue). Si les difficultés financières relatives au transfert du progrès technique dans les zones rurales sont mentionnées, les décisions des établissements se trouvent aussitôt normalisées : « [...] *et c'est normal, la clinique nous dit "non", c'est trop cher. On ne peut pas investir partout : dans les zones prioritaires et dans le rural.* »

¹ L'orientation sexuelle ne faisait pas partie de nos critères d'inclusion.

Mais qu'en est-il des patients ? Partagent-ils l'idée de l'universalité du soin ? Donnant suite à la question de l'enquêteur à propos du choix de l'établissement, Marcel², 71 ans, ancien enseignant à l'école primaire du village, père de trois filles et d'un garçon adopté, divorcé et atteint d'un cancer colorectal, commente : « *Il n'y a pas le choix, c'est celui de la maison. Dans le village, on va dans la clinique du village. Même si on est déshérité, la clinique a progressé en qualité. Elle accueille des médecins qui travaillent en ville. On en a vraiment besoin, surtout dans le coin. C'est vaste, mal desservi et isolé en plus.* »

Mais à bien y regarder, la réputation des établissements est mise sous tension dans un entre-soi travaillé par des expériences partagées et des rumeurs foisonnantes. Le scepticisme des patients porte surtout sur les centres de soins situés dans les QPV. Jean-Luc, 76 ans, ancien ouvrier, marié, père de deux enfants, porteur du même cancer, habitant d'un QPV raconte : « *Je ne voulais pas y venir ! Parce que ça a une très mauvaise réputation ! [...] Quand 3-4 personnes vous disent qu'elles ont été très mal soignées, ça ne rassure pas. Même mon médecin traitant me l'a dit. Mais pour des raisons de proximité, c'est mieux ici. [...] Y'a des services comme la radio, il vaut mieux le faire ailleurs. Hier, j'ai fait trois scanners et les trois médecins m'ont dit trois choses différentes ! [...] Une autre fois je suis parti à X pour un scanner et arrivé sur place, le rendez-vous n'avait pas été pris. [...] Mais franchement, les petites mains, elles [il montre les infirmières], elles sont attentives, elles sont très bien.* »

« Minorités visibles » invisibilisées

Les « minorités visibles », présentes notamment dans les QPV, demeurent en grande partie « invisibles » dans les services d'oncologie. Selon le personnel soignant, sur les cinq dernières années, le nombre des patients dits « étrangers » ou d'origine étrangère, traités pour un cancer dans le service, n'excède pas les 10 %, alors que cette partie de la population, même sans chiffres officiels disponibles, compte pour une part beaucoup plus importante dans la population totale des sites considérés ici [9]. La cancérologue relate : « *J'en [patients racisés] ai mais peu : d'Afrique du Nord, des Marocains, je crois. Mais j'en ai plus en ville qu'ici. En tout cas j'en ai moins de 10 %, c'est certain. Je ne saurais pas vous dire pourquoi. Il y a peut-être des traditions, des choses dites de grands-parents en parents, de parents à enfants, qui font qu'on va pas voir forcément le médecin.* »

L'effacement ritualisé des « minorités visibles » dans l'espace hospitalier pose la question d'accès aux droits. Le témoignage de cette médecin généraliste en atteste : *Lui [addictologue] est amené à faire des permanences à l'extérieur. [...] Surtout à X, il rencontre beaucoup de personnes immigrées là-bas mais c'est vrai qu'il n'y en a pas beaucoup qui sont hospitalisées... Il faut de l'accompagnement administratif, il s'agit d'un manque d'information. [...] C'est pour ça aussi qu'ils ont développé la permanence d'accès aux droits. [...] Mais c'est compliqué à mettre en place. [...] C'est des gens] qui n'ont pas de mutuelle, parce qu'ils ont pas les moyens. Et on leur dit : "Vous pouvez avoir des aides", Ah bon, mais je ne savais pas". »*

Du côté des habitants « racisés » rencontrés, on souligne un accès plus spontané aux urgences et donc, paradoxalement, à des hôpitaux plus éloignés, signe que la distance géographique ne se superpose pas ici à la distance symbolique. Toutefois, nous formulons l'hypothèse selon laquelle une partie de cette population se situe sous le radar des diagnostics et ignore même la maladie, comme l'indique le témoignage de cette assistante sociale : « *Ils arrivent avec des situations catastrophiques [...] et c'est souvent des professionnels qui nous appellent, qui nous disent : "Ben voilà, je suis avec une personne qui est sans papier, qui vient d'arriver, qui a besoin de soins. Qu'est-ce qu'on fait ?" »*

Dirigés vers un service par les médecins généralistes sans qu'ils aient été invités à donner leur avis sur le choix de l'établissement ou la décision clinique, ces patients sont, dès le début du parcours de soins, placés sous l'autorité des soignants. Ce traitement différentiel se déploie tout au long du continuum de soins, mais c'est le dépistage qui cristallise plus nettement cette tendance de certains médecins à prendre des décisions parfois à l'insu de ces patients, et en dépit de la loi. Ces mêmes patients ont une plus grande probabilité d'être soupçonnés de mal prendre leurs traitements – surtout la chimiothérapie orale ou l'hormonothérapie, quand ils y ont accès. La prédiction de la mise sous surveillance d'observance semble donc déterminée par l'origine, réelle ou supposée, des malades. De même, l'inclusion dans des protocoles de recherche clinique, comme les essais thérapeutiques, est quasiment le privilège des « autres » : les majoritaires. Par ailleurs, les patients « arabes » ou « noirs » sont réputés « violents » et les équipes soignantes s'en méfient. C'est donc en régime de suspicion que les interactions soignants/soignés se déploient.

Pour les patients « racisés », la question de la discrimination raciale avance comme une menace qui plane sur les interactions de soins. Parmi les témoignages recueillis, majoritairement auprès des femmes inactives, nous

² Tous les prénoms et noms utilisés correspondent à des pseudonymes.

retrouvons deux profils laissant penser que, côté féminin, les catégories ethnoraciales l'emportent sur les catégories de classe. Le premier renvoie vers ce que Dubet nomme « la discrimination totale » [10], et prend appui sur des professionnels de santé jugés « racistes ». Leila, 59 ans, mère au foyer, est atteinte d'un cancer du sein. Il lui est arrivé de se sentir maltraitée durant son suivi médical : « *Si j'avais été blanche, on aurait été plus délicat dans les façons de faire. C'est pas nouveau, dans cette société, quand t'es pas blanche tu vauds moins, et à l'hôpital c'est pareil. [...] Rémission ou pas, je ne veux pas y retourner, j'ai pas confiance, je me sens pas en sécurité.* » Dans les récits de ces patients, les discriminations sont omniprésentes. Tous les espaces sociaux sont concernés, et les établissements de soins ne font pas figure d'exception. Mais pour la majorité des patients « racisés » rencontrés, les discriminations raciales sont incorporées et donnent suite à des stratégies d'adaptation allant de l'évitement du conflit à l'affrontement, en passant par l'humour. Tania, 57 ans, femme au foyer, mère de deux enfants, nous confie : « *J'ai déjà beaucoup tardé, car ils m'ont refusé à X [clinique de centre-ville]. [...] J'approche la soixantaine, je suis noire, j'ai pas de papiers et je n'ai plus de mari. Donc je fais avec. Il y a des médecins bienveillants mais il faut les trouver.* » Si les individus composent avec la menace, sans se laisser assigner une identité qui les invalide, ils dénoncent aussi des soignants qui ne les avaient pas préparés à prendre des décisions éclairées ni à faire face aux changements corporels.

Interactions de soins : entre confiance et défiance

« *Lors des séances d'observation, les efforts du médecin pour se faire comprendre sont palpables. Il explique toujours les choses deux fois : une fois avec un vocabulaire médical, l'autre en vulgarisant et parfois même en montrant sur sa tablette les organes "afin qu'ils me comprennent. Même si ce n'est pas toujours le cas, je le vois bien", nous dit-il. En parallèle il cherche à détendre l'atmosphère mais "bizarrement" je suis le seul à rire de ses blagues :*

- *Qu'en est-il de la difficulté de faire rire les malades ?*
- [Il sourit] *Ce sont des terriens, vous savez. »*

Le commentaire du cancérologue rend compte d'une distinction classiste qui tient tête à ses tentatives « maladroites » de créer la connivence [11]. Des difficultés similaires ont été identifiées dans les établissements de soins dans les QPV, mettant en exergue une logique qui prend appui sur des appartenances de classe, notamment pour la patientèle masculine, d'une certaine catégorie ethnoraciale.

Extrait ethnographique

« *Il est déjà 18 h 45. En décrivant le profil du patient suivant, le médecin décrit un homme de 61 ans, chômeur, "Algérien d'origine", qui pèse 113 kg. Mais il ne prononce pas son nom et préfère introduire son propos par le prénom personnel "il". Mohamed est atteint d'un cancer du côlon. Suite à son opération, il a suivi des séances de chimiothérapie et est actuellement sous surveillance. Lors de la consultation, Mohamed se dit "usé" et "mourant" et se réfère à sa bronchite chronique qu'il qualifie de "grosse maladie". Il dit ne pas avoir pu en discuter avec le radiologue qui a "scanné ses poumons". Il annonce aussi avoir lu dans son dossier qu'il avait un polype à la vésicule biliaire. Le praticien lui précise que "ce n'est pas grave", mais il ne parvient pas à le rassurer. Puis il lui demande de faire le bilan de ses consommations journalières des produits alcoolisés. Mohamed dénombre "deux pastis et un verre de vin, une bière à 16 h et du vin à table à midi". Le médecin lui conseille d'éviter l'alcool et la charcuterie et le patient au tac au tac lui rétorque "trop tard". Le praticien insiste. Et tout en conduisant le patient à la porte, il lui rappelle que "on peut changer les choses". Mais Mohamed se braque : "Oui, je vais me mettre à fumer pour maigrir". »*

C'est avec les hommes de classe populaire, adeptes de pratiques alcoolo-tabagiques, qui plus est « racisés », que les consultations sont les plus standardisées, les plus courtes et symboliquement violentes. En revanche, face à des majoritaires (patients blancs issus de la classe moyenne), le contenu de consultations varie en fonction des éléments biographiques apportés par les patients, permettant ainsi aux soignants de moduler les modalités de prise en charge.

Quant à la dynamique interactionnelle de soins observée en zone rurale, elle s'articule autour des équipes soignantes présentées souvent comme une « seconde famille », et des patients qui adoptent une terminologie de parenté. Le témoignage de Jean-Jacques, retraité de La Poste, 69 ans, atteint d'un cancer métastatique, donne à voir cette dynamique de solidarité, affective et organisationnelle, empêtrée dans un collectif qui ne boude pas son confort :

« *Canus [le cancérologue qui le suit] est mou, ce n'est pas un violent. Son discours est un peu lénifiant. Il me disait toujours "Vous avez le choix". Mais en fait non, je n'avais pas le choix, car y'a que lui [il rigole]. Mais si j'avais voulu voir ailleurs, j'y serais allé... Mais bon, le service quand même est compétent, rapide, etc. C'est un peu comme à l'hôtel ici ! En ville, ça aurait pas été ça, hein ! Après, Canus, je lui demande pas de me sauter au cou [...], je lui demande d'être compétent. [...] Quand on le connaît, on voit que c'est un type de valeur, soucieux de ses patients. En tout cas, on a une relation de confiance. Il a compris qu'il ne fallait pas me la raconter et*

moi, je lui dis ce que je pense. Avec Camille [chirurgienne] aussi on a une relation de confiance. Je me souviens d'une anecdote, un soir, elle passe dans la chambre et je lui dis : "J'ai bien envie d'une bière." Tenez-vous bien, quelques minutes après elle m'en avait apporté une ! [...] C'est bon pour le moral. Y'a de l'humain.»

Cette dynamique interactionnelle peut séduire certains soignants :

« Les gens sont différents, moins consuméristes, ils changent moins de médecin comme on change de chemise, [...] il y a une docilité qu'on ne trouve pas, ou moins, en ville. » (cancérologue)

À cet égard, il est surtout question de la patientèle féminine, là où les hommes, notamment ceux issus des classes populaires, semblent davantage prêts à prendre de la distance avec la doxa médicale.

L'impact du genre

Les effets des identités de genre des malades et des professionnels de santé sur les parcours de soins demeurent encore largement impensés [12]. Or le genre constitue un des éléments qui, parmi d'autres, colorent les zones de confiance dans les interactions soignants/soignés [13]. Mais au-delà de cet aspect, la répartition genrée du soutien social rabat aussi les cartes du travail de soins. Albert, commerçant du village, âgé de 66 ans, atteint d'un cancer de pancréas, confie :

« J'ai pensé aller en ville [centre de soins situé dans les QPV] mais c'est trop loin ! C'est ma femme que je vais tuer à force des allers-retours [le patient refuse d'avoir recours au service de transport proposé par la Sécurité sociale]. Puis elle me remplace aussi au travail. Mais je ne veux pas être seul non plus. Avant ça [le cancer], je n'avais jamais mis les pieds à l'osto ! »

Extrait ethnographique

« Paul a 82 ans. Ouvrier à la retraite, il a vécu en ville avec sa femme et ses enfants jusqu'à 1972. L'année précédant l'entretien, il a été dépisté d'un cancer colorectal et il ne s'y attendait pas. "C'est comme ça la maladie, ça ne prévient pas !" Abordant la question des effets iatrogènes de la chimiothérapie, le patient minimise mais sa femme n'est pas du même avis : "Il y a ses pieds qui lui font mal, alors je les lui masse." Tenant à mettre en exergue son rôle d'aidante, elle poursuit : "On mange bien, des produits du jardin. On évite les pesticides. Y'a pas de secrets. Et du vélo, le bon air et un peu de sport !" Son mari riposte : "Le vélo attendra." »

Comparativement aux femmes, les hommes malades se montrent plus fatalistes, déploient une relation plus « fonctionnaliste » au soin et semblent compter sur le soutien de leurs épouses – lorsqu'elles sont présentes. Notons qu'un seul patient interviewé, divorcé, s'est adressé à la psychoncologue du service, majoritairement consultée par les femmes, qui évoquent également leur recours aux associations. Normand, 77 ans, divorcé avec deux enfants, opéré d'un cancer de côlon, précise en orchestre avec les deux autres malades présents dans sa chambre, tous habitants du village : *« C'est nous l'association ! Un jour à midi, on avait discuté de nos maladies [...] et une infirmière était venue et nous avait dit : "Est-ce que vous voulez faire un groupe de parole avec la psychologue ?" Et assez curieusement tout le monde a dit "non". [...] Ici, on n'a pas forcément besoin d'aller voir des associations, Internet et tout. On a des copains, des voisins, on se connaît. Et puis tout le monde n'a pas Internet. Y'a 50 ans, dans le village on aidait tout le monde, on s'entraidait. Une association, en fait, je ne vois pas très bien. La maladie, elle se vit ici, à la clinique, pas forcément dehors. [...] Donc c'est dans la salle qu'on fait l'association. Sinon y'a intrusion dans la vie des gens. »*

À l'opposé, Anna, ancienne employée de restauration de 73 ans, d'origine marocaine, atteinte d'un cancer colorectal, prise en charge dans la clinique située dans les QPV, nous raconte : *« Oui, j'ai un mari et j'ai un enfant. Mais je m'aide toute seule. Je n'ai pas toujours besoin d'eux non plus. [...] Je vais aussi à l'association des malades. »*

Margot, quant à elle, est atteinte d'un cancer du sein. Elle habite dans un petit village, pas loin de sa fille, ouvrière agricole « tout comme sa mère ». Veuve depuis quatre ans, Margot va fêter son 80^e anniversaire : *« un bel âge... quand on est en bonne santé ! »*

« Après un mois et demi [de radiothérapie], j'étais bien faible. Je n'arrivais même pas à me faire à manger donc c'est ma fille qui venait pour m'aider. On est très fusionnelles. Mais je lui ai dit : "Écoute, tu ne vas pas faire ça jusqu'à je ne sais pas quand. Je dois me prendre en charge." Alors dès que je le pouvais, je faisais un peu quelque chose. [...] Ma fille a demandé une aide-ménagère et elle m'a bien aidée je dois dire. »

Discussion

En prenant appui sur les travaux de Lochak [14] et de Carde [15], nous définissons la discrimination en santé comme « la mise en place d'un traitement différentiel illégitime et arbitraire ». Mais la restitution de la « preuve »

d'un traitement discriminatoire dans le continuum de soins ne va pas de soi. Dans le champ de la santé, les recherches sur la discrimination portent surtout sur les droits d'accès aux soins et sur leur mise en œuvre pratique [16] – qui constituent aussi la principale grille de lecture des politiques publiques. La perception de la discrimination est rarement questionnée [17, 18], alors que l'observation des mécanismes discriminatoires, classistes, raciaux, sexistes, agistes, en milieu clinique, impliquant les interactions et les représentations de soignants, est encore plus éparse [19, 20].

En parallèle, les rares études statistiques qui explorent les liens que le cancer entretient avec l'échelle sociale convergent vers un constat : le risque d'avoir un cancer et d'en mourir est plus élevé pour les classes populaires [21]. En effet, les plus gros consommateurs de soins ne sont pas les plus malades (ouvriers) – en témoigne la surreprésentation des employés et professions intermédiaires dans l'univers de soins. D'un point de vue qualitatif, Fainzang [22] montre que les catégories sociales les moins favorisées font l'objet d'une prise en charge médicale moins spécialisée que les autres groupes de malades atteints d'un cancer. Rendre compte de ce constat revient à considérer le « gouvernement par la parole », mis en exergue par Memmi [23], qui avance comme le nouveau mode d'exercice de l'autorité médicale. Socialement situé et discriminant, ce pouvoir du savoir, cher à Foucault, semble favorable aux classes moyennes, accréditées de réflexivité suffisante pour ne pas contester ouvertement l'autorité médicale.

Notre analyse confirme que, même si l'émergence d'un « droit des malades » vient en partie éroder l'emprise de l'autorité médicale, les rapports de classe qui structurent l'espace social ne s'arrêtent pas aux portes des hôpitaux. Plus spécifiquement, l'analyse montre que c'est au sein même de la patientèle masculine que l'appartenance de classe et les conditions de travail sont les plus productrices d'inégalités. Deux éléments explicatifs sont à retenir. D'un côté, les profils polypathologiques sont plus fréquents dans les classes populaires, notamment chez les hommes, premières victimes de cancer [1]. De l'autre, ces mêmes classes enregistrent généralement un faible niveau d'études, et il a été montré que pour ces patients, les bénéfices des traitements sont moindres [24]. Cette double observation renvoie à une vulnérabilité biologique et sociale d'autant plus forte que les conditions de travail ont été difficiles [25] et les conduites à risques, présentes. Quant aux hommes « racisés », la maladie vient mettre à mal la seule raison « légitime » d'être sur le territoire : le travail [26].

Plus généralement, l'analyse donne à voir des hommes malades qui minimisent ou dissimulent leur expérience cancéreuse, empruntent des schémas d'expression moins

apprêtés à la parole, font état d'une socialisation médicale boiteuse et une fréquentation sporadique du système de soins [12]. Elle montre aussi qu'en contexte hétérosexuel, les hommes recourent plus exclusivement à leur épouse que les femmes malades à leur époux, ces dernières cherchant un soutien auprès d'un éventail plus large de personnes – autres membres de leur famille et professionnels de soins lorsqu'elles ne peuvent pas « se débrouiller seules ». La mise en difficulté qui en résulte dans la gestion de la trajectoire de la maladie constitue le socle et le ressort de la force de ces patientes [12]. Cette réalité de genre se trouve naturalisée tant par les patient.e.s que par les professionnel.le.s, renforçant alors l'ordre social sexué dans lequel les responsabilités de régulation des problèmes de santé sont déléguées au féminin. Ce résultat corrobore le constat avancé par Cresson [27], qui montre comment le travail domestique mais aussi administratif des femmes se voit essentialisé, au point qu'on leur prête un « don naturel » pour ces tâches.

Par ailleurs, l'analyse met en évidence l'enclivité des patientes à bénéficier de prises en charge psychologiques et sociales. Mais de quelles femmes s'agit-il au juste ? Dans notre étude, le délai d'entrée dans les soins est plus long pour les femmes « racisées » qui évoluent généralement dans un milieu populaire – la plupart étant inactives, chômeuses ou salariées à temps partiel [28]. En ce sens, l'appartenance ethnoraciale surdétermine les parcours de soins des femmes. Si ce différentiel entre majoritaires et minoritaires s'explique en partie par un moindre recours des patients racisés (tous sexes confondus) au dépistage et aux soins, déjà établi par la littérature [20], il interroge aussi les modalités socialement différenciées d'accompagnement de ces patientes par les professionnels de santé [29]. En effet, aux yeux de la majorité de soignants, la santé des femmes importe moins lorsqu'elle n'est plus en adéquation avec leur destin social de reproduction, que ce soit à cause de leur âge ou de la maladie [12, 30, 31].

Au-delà des préjugés sexistes, entre autres, si les soignants peuvent se montrer plus ou moins sensibles à des traitements égalitaires, c'est aussi parce qu'ils maîtrisent peu ou prou les conditions organisationnelles et institutionnelles de l'univers de soins dans lequel ils exercent. Obnubilée par le *cure*, la consultation médicale en vient facilement à pencher du côté d'une fonction réparatrice, laissant en retrait le souci de soi, les pratiques d'entretien qu'elle engage, le *care*, et les conditions de vie dans lesquelles ces pratiques se déploient. Mais le soin n'est pas suspendu dans le vide social. Il s'actualise dans un colloque singulier, dans cette « confiance qui rejoint librement une conscience » pour reprendre les mots de Louis Portes [13], qui doit compter sur les notions de confiance et de loyauté. En ce sens, les

Références

- Institut national du cancer (INCa). Les cancers en France, édition 2017. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2018 (coll. « Les Données »). [Visité le 27/03/2018]. En ligne : http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/.
- Tourette-Turgis C. Se rétablir, se mettre en rémission, se reconstruire : le rétablissement comme impensé dans le parcours de soin en cancérologie. Le sujet dans la cité. 2018;8(2):223-38.
- Buzyn A. Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie. Les Tribunes de la santé. 2014;43(2):53-60.
- Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socioanthropologique. Irdes. 2011;169:1-7.
- Pfefferkorn R. Inégalités et rapports sociaux : Rapports de classes, rapports de sexes. Paris : La Dispute ; 2007.
- Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Agone. 2016;58(1):7-18.
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter; 1967.
- Meidani A, Toulze M (dir.). Introduction : Santé et discriminations. Les Cahiers de la LCD. 2017;5(3):13-24.
- Allory E, Banâtre A, Bourbonnois E, Le Cavil G, Leborgne B, Tattevin F, et al. Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative. Santé Publique. 2017;29(4): 535-45.
- Dubet F, Cousin O, Macé É, Rui S. Pourquoi moi ? L'expérience des discriminations. Paris : Le Seuil ; 2013.
- Lapeyronnie D. Ghetto urbain : Ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui. Paris : Robert Laffont ; 2008.
- Meidani A. Le cancer a-t-il un genre ? In : Meidani A, Alessandrin A. Parcours de santé, Parcours de genre. Toulouse : PUM ; 2018.
- Hammer R. Expériences ordinaires de la médecine, confiances, croyances et critiques profanes. Lausanne : Éd. Seismo ; 2000.
- Lochak D. Réflexions sur la notion de discrimination. Droit social. 1987;11:778-90.
- Carde E. La discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.
- Maille D, Toulhier A. Les dix ans de la CMU : Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants. Hommes & Migrations. 2010;1282(6):24-33.
- Hamel C, Moisy M. L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. In : Simon P, Beauchemin C, Hamel C, équipe Teo (dir.). Trajectoires et origines : Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Documents. 2010;168: 77-84.
- Davey-Smith G. Health inequalities: Lifecourse approaches. Bristol, UK: Bristol University Press, Policy Press; 2003.
- Vallée J, Chauvin P. Territoires et santé : Identifier les populations vulnérables et les territoires prioritaires en analysant conjointement les espaces de résidence et de mobilité des individus. In : Fonder les sciences du territoire. [Actes du Colloque du GIS-CIST, Paris, 23-25 novembre 2011]. Paris : Kartala ; 2012. p. 466-470.
- Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Paris : La Découverte ; 2008.
- Herbert C, Launoy G. Les cancers. In : Fassin D (dir.). Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte ; 2000. p. 239-250.
- Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris : PUF ; 2006.
- Memmi D. Faire vivre et laisser mourir : Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort. Paris : La Découverte ; 2003.
- Grignon M, Polton D. Inégalités d'accès et recours aux soins. In : Daniel C, Le Clainche C, Mesurer les inégalités : De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations. Paris : Drees ; 2000.
- Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Paris : Economica/Anthropos ; 2010.
- Sayad A. La double absence. Paris : Seuil ; 1999.
- Cresson G. Le travail domestique de santé. Paris : L'Harmattan ; 1995.
- Perrin-Haynes J. L'activité des immigrés en 2007. Insee Première. 2008 ;1212.
- Beauchemin C, Borrel C, Régnard C. Les immigrés en France : en majorité des femmes. Population et sociétés. 2013;502.
- Kergoat D. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In : Hirata H (dir.), Dictionnaire critique du féminisme. Paris : PUF ; 2000. p. 60-75.
- Cognet M, Gabarro C, Adam-Vezina É. Entre droit aux soins et qualité des soins. Hommes et migrations. 2009;1282:54-65.
- Chauvin P, Parizot I. Santé, soins, situations sociales. Paris : Vuibert/Inserm ; 2005.
- Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007;55(1):23-30.
- Guillaumin C. L'idéologie raciste. 2^e ed. Paris : Gallimard ; 2002.
- Izambert C. Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? Agone. 2016;58(1):89-104.
- Mormiche P. Pratiques culturelles, profession et consommation médicale. Économie et Statistique. 1986;189:39-50.

Annexe I : Entretiens menés auprès des patients (n = 40)

Patients/lieux de vie	CSP	Âge	Blanc.he/racisé.e
QPV			
1-ALAN	Demandeur d'emploi	58	Blanc
2-SERGE	Demandeur d'emploi	56	Blanc
3-NADINE	Buraliste	59	Blanche
4-ANNE	Retraitée (ancienne commerçante)	73	Blanche
5-LOUIS	Demandeur d'emploi	58	Blanc
6-BÉATRICE	Demandeuse d'emploi (ancienne assistante ménagère)	57	Racisée
7-JEAN-LUC	Retraité (ancien ouvrier)	76	Blanc
8-CHANTAL	Femme au foyer	65	Blanche
9-MOULOUD	Demandeur d'emploi	59	Racisé
10-NADÈGE	Demandeuse d'emploi (ancienne aide-soignante)	55	Racisée
11-MAURICE	Retraité (ancien moniteur éducateur)	67	Blanc
12-YOHANN	Retraité (ancien enseignant en primaire)	68	Blanc
13-JEANNE	Retraitée (ancienne agent administratif)	72	Blanche
14-AMÉLIE	Retraitée (ancienne auxiliaire de vie)	72	Blanche
15-MANOLO	Retraité (ancien employé de banque)	76	Racisé
16-HERVÉ	Demandeur d'emploi	61	Blanc
17-LEILA	Mère au foyer	59	Racisée
18-SYLVIE	Assistante médicale	55	Blanche
19-CARINE	Assistante maternelle	57	Blanche
20-MOHAMED	Demandeur d'emploi	61	Racisé
Rural			
1-MARCEL	Retraité (ancien enseignant)	71	Blanc
2-ANNE	Retraitée (ancienne employée de restauration, à temps partiel)	73	Racisée
3-MARGOT	Retraitée (ancienne ouvrière agricole, à temps partiel)	80	Racisée
4-PATRICIA	Mère au foyer	57	Racisée
5-LOUISE	Commerçante	60	Blanche
6-BART	Retraité (ancien ouvrier)	66	Racisé
7-8-JEAN-LOUIS & MONIQUE	Chauffeur/femme au foyer	59 & 52	Blanc.he.s
9-CARLOS	Retraité de la SNCF	65	Blanc
10-NORMAND	Employé de La Poste	77	Blanc
11-ANNE	Employée de restauration	64	Blanche
12-JEAN-JACQUES	Retraité de La Poste	69	Blanc
13-ALBERT	Commerçant	66	Blanc
14-TANIA	Mère au foyer	57	Racisée
15-YOUCCEF	Retraité (ancien enseignant)	66	Racisé
16-ÉRIC	Demandeur d'emploi	58	Blanc
17-CAROLE	Employée de restauration	59	Blanche
18-SÉVERINE	Ouvrière	56	Blanche
19-CARIMA	Demandeuse d'emploi (ancienne caissière)	59	Racisée
20-PAUL	Retraité (ancien ouvrier agricole)	82	Blanc