

Introduction :

Le bassin de l'Oyapock est peuplé d'une population diverse, aux modes de vie différents qui ont pour point commun, de vivre à l'extrémité des territoires auxquels ils appartiennent.

Le fleuve Oyapock est la frontière naturelle entre la France et le Brésil, entre le département/région de la Guyane française et l'Etat de l'Amapá.

La ville française de Saint-Georges de l'Oyapock est située à l'extrême Est de la route nationale qui relie la commune à la ville principale de la Guyane, Cayenne.

La ville brésilienne d'Oioque est située à l'extrême Nord du Brésil et de l'Etat de l'Amapá.

À l'éloignement des chefs-lieux administratifs, s'ajoute l'éloignement des structures principales des services publics y compris ceux de la santé. Ainsi, les centres hospitaliers principaux se trouvent au minimum à deux heures de routes, auxquelles s'ajoutent pour certaines populations quelques heures de transport fluvial.

Les femmes qui sont concernées par le dépistage du cancer du sein sont confrontées à ces problématiques d'éloignement et la faible participation à la mammographie dans les communes de l'Oyapock traduit l'existence d'inégalités sociales de santé qui ont un impact sur la santé des populations.

Il est donc essentiel de décrire dans un premier temps l'environnement dans lequel vivent les populations de l'Oyapock, présenter brièvement les systèmes de santé français et brésiliens, définir ce que sont les inégalités sociales de santé, présenter le traitement des pouvoirs publics des inégalités afin de démontrer l'intérêt d'une étude sur la relation entre les inégalités sociales de santé et l'accès à la mammographie qui est l'examen de dépistage de référence du cancer du sein en France comme au Brésil.

Description de la région frontalière :

La France et le Brésil partagent une frontière à l'Est du département/région de la Guyane Française et au Nord de l'Etat de l'Amapá. Il s'agit d'une frontière fluviale : le fleuve Oyapock.

La Guyane Française est à la fois un département et une région de la France (les deux niveaux administratifs vont fusionner en une collectivité unique en 2017). La législation et les politiques publiques élaborées au niveau national (et européen) s'appliquent donc de plein droit.

L' Amapá est un Etat fédéral du Brésil où sont appliquées les législations élaborées au niveau national mais où sont également élaborées des politiques et législations par les instances législatives de l'Etat.

S'agissant des politiques de santé publique telle que la politique de dépistage du cancer du sein, elles sont d'ordre national dans les deux pays, donc appliquées sur l'ensemble du territoire, y

compris sur la zone frontalière. Par ailleurs, certaines directives relèvent d'un consensus international notamment sur la nécessité d'un dépistage précoce, avec un accès gratuit à la mammographie comme examen de dépistage de référence. La tranche d'âge est à peu près identique, le plus souvent entre 50 et 74 ans, où s'observent le plus de cas incidents.

Les villes principales de la frontière sont Saint-Georges de l'Oyapock en Guyane Française et Oiapoque au Brésil. La rive brésilienne est davantage peuplée, la population d'Oiapoque est estimée à 20000 habitants en 2015 contre 4000 habitants pour Saint-Georges de l'Oyapock (source : OCDE).

Du côté français, les autres villages et communes du fleuve sont principalement des villages amérindiens. Du côté brésilien, plusieurs villages composés d'une population métissée se sont installés et vivent essentiellement du commerce avec les populations riveraines et les orpailleurs.

La population sur les deux rives se compose donc d'amérindiens dont l'accès est plus ou moins autorisé au « public » (l'accès à certaines zones nécessitent une autorisation administrative), et principalement d'une population métissée (en Guyane : créoles, français venus de « l'Hexagone », brésiliens, personnes d'origines asiatique...).

La Guyane Française comme l'Etat de l'Amapá sont des régions éloignées des pôles économiques de leur pays respectifs. Elles cumulent néanmoins deux caractéristiques qui peuvent sembler antagonistes : d'un côté elles présentent une croissance économique supérieure à la moyenne nationale¹, d'un autre côté, les personnes en situation précaire sont plus nombreuses (le taux de bénéficiaires des minimas sociaux en Guyane est élevé²). Il en ressort de fortes inégalités de revenus et donc au sein de la stratification sociale. En Guyane en particulier, il existe à la fois une classe socio-professionnelle avec un haut niveau d'éducation (fonction publique, secteur spatial, professionnels de santé...) et une importante classe socio-professionnelle avec un faible niveau d'éducation. Il existe ainsi une concentration des revenus au sein d'une minorité de la population. Le taux de chômage de la Guyane était de 22,5% en 2014 (INSEE) soit plus du double de la moyenne nationale. L'Amapá enregistrait l'un des plus haut taux de chômage du Brésil en 2014 (11,3% contre un taux de 6,8% au niveau national) et au deuxième semestre 2015 malgré une diminution de l'indice (9,6% contre un taux de 8,3% au niveau national) d'après l'IBGE.

Il a été prouvé que les différentes classes socio-professionnelles ont un rapport à la santé différent et notamment qu'il existe une différence d'espérance de vie entre les classes les plus favorisées et les classes les plus défavorisées mais également, que les comportements à risques sont plus nombreux chez les populations les plus précaires.

La zone frontalière est une zone de trafic et de consommation croissante de drogue et d'alcool, y compris au sein des populations amérindiennes et de manière croissante chez les jeunes (Rapport

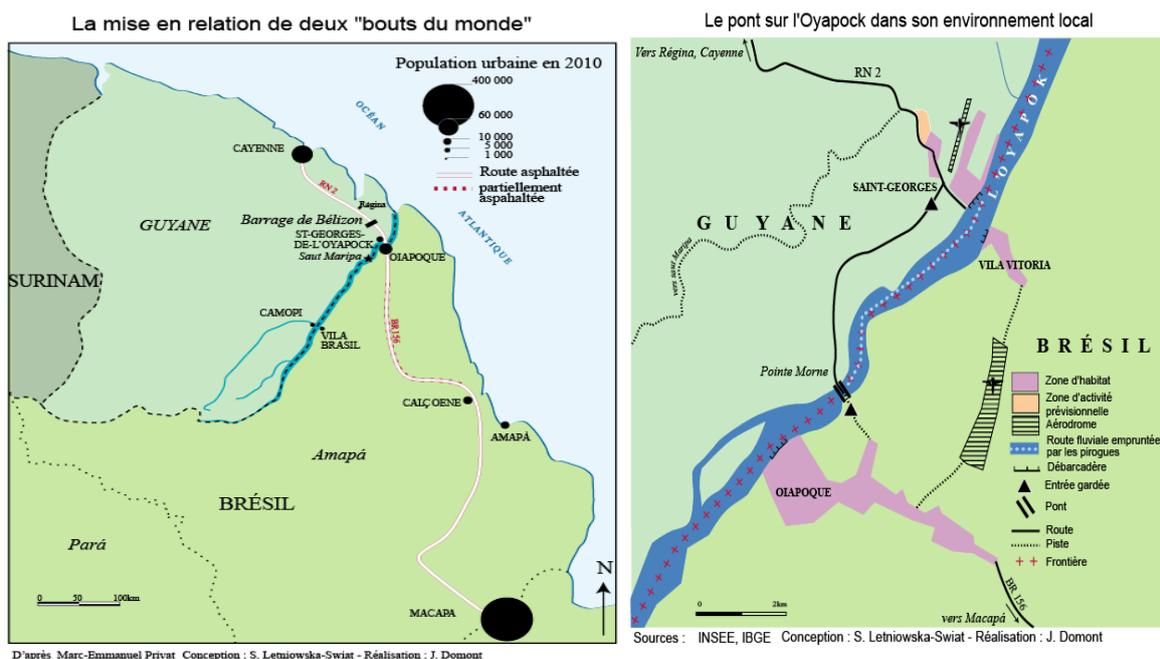
¹ Taux de croissance du PIB de 2,9% en Guyane contre 1,6% en 2013, sources INSEE
Taux de croissance du PIB de 4,9% en Amapa contre 2,3%, source IBGE

² En 2012, l'INSEE relevait que 58% de la population guyanaise bénéficie des aides des allocations familiales (revenu de solidarité active compris), pour 47% des bénéficiaires ces aides constituent leur unique revenu.

de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2001 et 2004) en relation avec les mouvements de migrations et le développement de l'orpaillage clandestin.

Le lien entre la consommation de stupéfiant, d'alcool et de tabac est un facteur de risque des cancers. Néanmoins, les difficultés d'accès à la santé primaire et secondaire doivent être mise en relation avec les comportements à risques.

Les difficultés d'accès à la santé sont à la fois les conséquences des difficultés d'accès à certaines populations et donc d'acheminement et de conservation de matériels et produits médicaux, ainsi que d'un manque de professionnels de santé de manière générale en Guyane³ et en Amapá⁴ et plus particulièrement sur le territoire frontalier. Les habitants frontaliers ont par ailleurs un faible pouvoir d'achat et donc un faible pouvoir de déplacement vers les structures de santé principales. Historiquement, des pirogues⁵ font des allers-retours entre les deux rives, transportant personnes et marchandises. D'autant plus qu'au regard de l'éloignement de cette population des centres principaux de leur territoire respectif, les échanges entre la Guyane et le Brésil, notamment à une époque où les voies routières étaient quasiment inexistantes, étaient le plus pratique.



(source : S. Letniowska-Swiat, université Lille Nord de France, Artois, EA 2468 DYRT, *Oyapock, un pont trop loin ? Un pont pour quoi ?*, avril 2012, Géoconfluences: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/frontier/FrontDoc6.htm>)

³ « La démographie médicale dans les DOM-TOM, la situation en 2013 », Conseil national de médecine : la densité médicale en Guyane était de 201,3 pour 100000 habitants contre 299,7 pour 100000 habitants en France métropolitaine. On note toutefois une évolution positive depuis 2011 où le taux était de 145 pour 100000 habitants.

⁴ « Demografia médica no Brasil », vol.2, 2013 Conselho Regional de Medicina do Estado de Sao Paulo (CREMESP) : la densité médicale était de 95 pour 100000 habitants contre 200 pour 100000 habitants dans l'ensemble du Brésil.

⁵ Barques construites en bois ou en aluminium, propulsées à l'aide de rames ou moteur à essence

Les liens entre les populations des deux rives sont cependant soumis à des difficultés légales. En effet, les brésiliens doivent faire la demande d'un visa pour se rendre en Guyane Française. Cette exigence n'est pas requise pour les brésiliens souhaitant se rendre en France Hexagonale, ni pour les français, y compris ceux qui résident en Guyane Française pour se rendre au Brésil.

Les accords sur la circulation des frontaliers prévoient donc un séjour possible de 72 heures pour les brésiliens se rendant en Guyane. Ce qui n'efface pas un certain manque de réciprocité dans les relations transfrontalières.

Un pont, dont la construction fait suite à un accord entre les deux pays⁶, relie les deux rives depuis 2011 mais reste, à ce jour, toujours fermé à la circulation en raison d'un retard sur les accords transfrontaliers.

En effet, plusieurs points devaient être réglés avant l'ouverture du pont et notamment :

- les règles de circulation des riverains⁷
- les règles de transit des marchandises
- une coopération en matière de santé⁸ incluant la création d'un groupe de travail transfrontalier ayant pour objectif de : renforcer les actions en assistance et organisation des services de santé, proposer des mécanismes de consolidation de la surveillance épidémiologique prenant en compte les caractéristiques interculturelles, implémenter des formations pour les ressources humaines toujours prenant en compte les caractéristiques interculturelles, promouvoir la participation communautaire et l'organisation des services de santé sur la zone frontalière.

La ratification récente des accords devrait permettre l'ouverture effective du pont, qui nécessiterait toutefois des travaux en raison de l'usure des dernières années.

Brève description des systèmes de santé et de protection sociale au Brésil et en France

Le système de santé brésilien prévoit un Sistema Único de Saúde⁹ (Système Unique de Santé, SUS) qui est défini comme étant un système universel. C'est à dire que chacun peut avoir accès aux services de santé « sans que cela n'entraîne de difficultés financières pour l'usager » (OMS).

Le SUS, créé par la Constitution de 1988 s'appuie sur des principes d'universalité, d'équité et

⁶ Décret n° 2007-1518 du 22 octobre 2007 portant publication de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative du Brésil relatif à la construction d'un pont routier sur le fleuve Oyapock reliant la Guyane française et l'Etat de l'Amapá

⁷ Décret n° 2014-1052 du 15 septembre 2014 portant publication de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative du Brésil concernant la mise en place d'un régime de circulation transfrontalière au bénéfice des résidents de la zone frontalière entre l'Etat de l'Amapa et la région Guyane (ensemble une annexe), signées à Brasilia le 26 mars 2014 et à Paris le 28 avril 2014

⁸ Déclaration d'intention entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République fédérative du Brésil relative à la coopération en matière de santé dans la zone transfrontalière Guyane-Brazil, 15 février 2012

⁹ Loi 8.080 du 19 septembre 1990

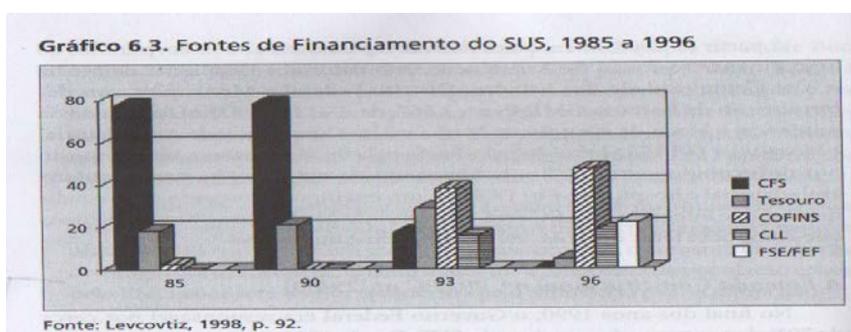
d'intégralité. La volonté politique était donc d'offrir à la population un système de santé public, accessible à tous et qui soit la voie de référence de l'accès aux soins. Or, le SUS n'a toujours pas rempli ses objectifs initiaux et le poids du système de santé privé n'a cessé de progresser.

La loi de création du SUS a fait l'objet de modifications importantes en raison du veto du Président Fernando Collor sur vingt-cinq articles, portant essentiellement sur la participation et le contrôle social des citoyens et sur le financement du système santé.

Dans un ouvrage retraçant l'historique de la création du SUS¹⁰, les auteurs démontrent que l'établissement de la santé comme un droit pour l'ensemble de la population et un devoir pour l'Etat (art.196 de la Constitution) est défini de manière large et reste peu précis s'agissant des obligations de l'Etat et des moyens pour la population de mettre en cause la responsabilité de l'Etat en cas de défaillance. Les compétences du Ministère Public et des instances judiciaires s'agissant de la protection des droits collectifs à la santé ne sont pas précisées et laissent un vide juridique sur les motifs de recours de la population.

S'agissant plus particulièrement de la question du financement du SUS, un « Fundo Nacional de Saúde » (Fond National de Santé, FNS) a été créé. Ce compte spécial existe à tous les niveaux politico-administratifs : Etat fédéral, Etats fédérés, municipalités. Ce type de fonds spéciaux existe également dans le secteur social et de l'éducation. Ils ont été créés afin que le financement de ces secteurs ne puisse pas être utilisé pour le remboursement de la dette publique, contrairement à l'exigence du Fond Monétaire International (FMI) de la création d'une caisse unique pour l'ensemble des finances publiques.

Néanmoins, les sources du financement du SUS se sont fortement amoindries en l'espace de quelques années. En effet, jusqu'en 1993, sa principale source de financement était une contribution prélevée sur le salaire. Ce mode de financement a été supprimé. Depuis, des fonds sociaux et d'autres recouvrements fiscaux constituent les sources de financement du SUS (P.H. RODRIGUES , I. SOARES SANTOS , « *Saúde e Cidadania : uma visão histórica e comparada do SUS* », 2a ed., Atheneu p.132)



¹⁰ CFS : Contribution sur la Feuille de Salaire

Ather CONFINS : Contribution pour le financement de la sécurité sociale

FSE : Fond Social d'Urgence

FEF : Fond de Stabilité Fiscale

Le budget du SUS a fortement souffert de ce changement. En 2000, une modification de la Constitution (« Emenda Constitucional n°29) prévoit des recours financiers supplémentaires pour le SUS avec de nouvelles règles de reversement de ressources et de leur utilisation par l'Etat fédéral, les Etats fédéraux et les municipalités. A chaque niveau institutionnel, est créée une « Secretaria de Saúde » qui est chargée de la gestion et de l'implémentation des politiques de santé.

Entre 2000 et 2004, les Etats Fédérés et les municipalités ont vu la part de leur budget alloué à la santé augmenter, de 7% à respectivement, 12% et 15%.

Toutefois, la modification de la Constitution n'a fait l'objet d'une loi d'application qu'en 2010, ce qui a entraîné un transfert des dépenses du budget devant être alloué à la santé vers d'autres dépenses (dans le secteur social) sans réel contrôle. Le fonctionnement du SUS en a été affecté en raison de la privation de recours financiers.

Par ailleurs, on remarque que la proportion du PIB dédié à la santé stagne depuis 2000 alors que la population augmente (P.H. RODRIGUES , I. SOARES SANTOS , « *Saúde e Cidadania : uma*

Tabela 6.9. Governo Federal, despesas liquidadas totais com saúde em valores atualizados, população residente e despesas *per capita*, em valores atualizados, 2001-2009

Ano	Desp. Liq. Federal com saúde em valores atualizados** (R\$ 1.000,00)	População Residente***	Desp. Liq. Federal com Saúde <i>per capita</i> (R\$ atualizados)
2000	44.021.714.991,13	169.799.170	R\$ 259,26
2001	46.506.045.694,80	172.385.776	R\$ 269,78
2002	44.093.328.066,77	174.632.932	R\$ 252,49
2003	38.363.474.091,39	176.876.251	R\$ 216,89
2004	42.554.480.522,81	179.108.134	R\$ 237,59
2005	44.433.679.639,17	184.184.074	R\$ 241,25
2006	47.572.405.733,46	186.770.613	R\$ 254,71
2007	44.923.330.077,25	189.335.191	R\$ 237,27
2008	44.685.100.817,45	189.612.814	R\$ 235,66
2009	48.982.384.847,64	191.481.045	R\$ 255,81

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI, disponibilizados pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (<http://www.stn.fazenda.gov.br/estatistica/>)

visão histórica e comparada do SUS », 2a ed., Atheneu, p.135).

	Année	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2015
Brésil	Pourcentage du PIB	7,2	7,2	7,1	8,4	8,5	8,5	8,4	8,9	9	9,5	9,7

France	Pour-centa-ge du PIB	10,1	10,6	10,9	10,9	10,9	10,8	11,6	11,6	11,6	11,6	11,7
--------	----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Dépenses en santé, total (% du PIB)

Tableau réalisé à partir des données de la Banque Mondiale. Site internet <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

La loi de création du SUS prévoit parmi les objectifs du SUS, la « vigilância sanitária » (vigilance sanitaire) qui inclut les actions de prévention et de dépistage puisqu'elle a pour objectifs d' « *eliminar, reduzir ou prevenir les risques de santé* ».

En 1994, un nouveau programme de santé de la famille a été développé pour améliorer la prise en charge des soins primaires incluant les actions de prévention et de dépistage.

La politique de protection sociale brésilienne telle que décrite dans la Constitution (art. 194) a pour objectif d'offrir une couverture universelle.

La notion de « seguridade social » regroupe les politiques de « previdência social » (protection sociale), « assistência social » (assistance sociale) et la santé.

M.L. AMARAL RIZOTTI, relève dans son texte sur la construction du système de protection sociale au Brésil¹¹, que les politiques publiques développées après la Constitution de 1988, pendant la période dite de « Nouvelle République », ont priorisé la résolution de problématiques considérées urgentes et n'ont pas eu pour résultat de véritables réformes structurelles.

Les modalités de financement des services publics et des bénéficiaires sociaux n'ont pas été suffisamment structurées et consolidées. Il en résulte des conséquences négatives dans le fonctionnement de la santé publique et de la protection sociale.

Les réformes du système de santé et de protection sociale, si elles constituent des avancées importantes, ne vont pas au bout de leur objectifs. Ainsi, des problématiques essentielles comme les soins de prévention ont été délaissées.

Le système de santé français s'organise autour de deux acteurs principaux : l'Etat (via le Ministère de la Santé), qui détermine les politiques de santé nationales et les Agences Régionales de Santé¹², qui appliquent les politiques au niveau local. La création des ARS est relativement récente et a pour objectif d'améliorer l'organisation de l'offre de soins et la mise en œuvre des stratégies de santé publique au niveau local.

Les ARS sont compétentes pour l'organisation des soins (professionnels de santé, établissements

¹¹ M.L. AMARAL RIZOTTI (Universidade Estadual de Londrina), « A construção do sistema de proteção social do Brasil: avanços e retrocessos na legislação social »,

<http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/construcao.pdf>

¹² Créées par la Loi du 21 juillet 2009 qui portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST), qui réunit au sein d'une même institution les organismes auparavant dispersés, chargés notamment de l'organisation de l'offre de soins et des affaires sociales. Les ARS comprennent également les organismes d'assurance-maladie qui régulent les soins de ville.

de santé et médico-sociaux) mais également pour les questions de santé publique comme la prévention et la promotion de la santé.

L'un des objectifs des missions des ARS est la lutte contre les inégalités de santé.

Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire est l'outil de planification sanitaire. Depuis 2010, il est élaboré et mise en œuvre par les ARS.

La loi de 2009 prévoit également que « les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. ». Les ARS participent ainsi, à l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) des établissements de santé.

Le financement du système de santé français est réalisé principalement par les organismes d'assurance maladie qui sont eux même financés à la fois par les contributions sociales des salariés et des employeurs ainsi que par un impôt dit affecté (la Contribution Sociale Généralisée) prélevé sur les revenus (y compris les revenus financiers).

La politique de protection sociale française se base également sur le principe d'universalité, notamment à partir de 1945, période post-seconde guerre mondiale.

Les travaux du Conseil National de la Résistance qui ont servi de base à la création du nouveau système de protection sociale avait établi comme principe d'équité « chacun cotise selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins ».

Après la guerre, la France a connu pendant la période dite des « Trente Glorieuses », un élargissement des prestations sociales de manière générale, lié plus spécifiquement à la protection des travailleurs et de leurs familles à une époque de quasi plein-emploi. Ainsi, la prise en charge des frais de santé par le système de protection sociale a été élargie de manière à inclure les frais liés aux soins réalisés dans les établissements publics de santé mais également ceux réalisés dans les établissements privés dans la limite où leur coût est équivalent à ceux du secteur public, les frais liés à l'achat de médicaments prescrits...

Depuis plusieurs années, au fil des crises économiques, les problématiques d'équilibre financier des dépenses publiques de manière générale et des dépenses de santé en particulier font débat en France.

En raison d'un déséquilibre continu des dépenses de santé, des mesures sont prises pour tenter de résorber le déficit de la sécurité sociale. Il s'agit, notamment depuis la loi de réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, d'instaurer une responsabilisation financière des usagers en augmentant leur participation aux dépenses de santé (par exemple : hausse du ticket modérateur, contribution forfaitaire de un euro sur les consultations, franchises sur certains soins, déremboursement d'un certain nombre de médicaments)

La définition des inégalités sociales de santé

La définition des inégalités sociales de santé permet de caractériser quelles sont les inégalités

sociales qui ont un impact sur la santé.

Les inégalités sociales renvoient à la définition des situations de pauvreté, de précarité et de vulnérabilité qui reflètent des situations de privation.

Il existe un seuil de pauvreté qui détermine un critère universel d'identification de la pauvreté, basé sur la privation de revenus économiques.

D'autres indices ont été élaborés avec des éléments d'analyse incluant des critères relatifs à l'éducation, à la santé, à la participation à la vie sociale (Indice de Développement Humain, Indice de Gini).

La pauvreté est, pour le sociologue Serge Paugam, définie institutionnellement et étroitement liée à la notion d'assistance (in *Les formes élémentaires de la pauvreté*, éd. Le lien social, PUF, 2005, p.42). Au niveau national, notamment dans les pays développés, et la France et le Brésil font partie de cette catégorie, les personnes considérées comme pauvres sont celles qui sont bénéficiaires de l'assistance de l'Etat ou d'autres organismes qui développent des actions dites de solidarité ou caritatives. Il s'agit donc de personnes qui apportent la preuve d'un certain nombre de privations (de revenus, de logements, de nourriture...) pour pouvoir accéder à une assistance publique et/ou privée.

Pour Amartya Sen, la pauvreté est liée à la privation de capacités, entravant les individus à réaliser des accomplissements (*Repenser l'inégalité*, éd. Seuil, p.178-179).

En France, la définition de la notion de précarité, mise en relation avec celle de la pauvreté et plus particulièrement de la grande pauvreté, est portée aux institutions publiques par Joseph Wresinski (prêtre français, fondateur de l'organisation non-gouvernementale : ATD Quart-Monde) dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » au nom du Conseil Economique et social en 1987 :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Les notions de pauvreté et de précarité sont associées à la reconnaissance de vulnérabilités, décrites comme des fragilités de certains individus dans la société dans laquelle ils vivent.

Paul Martin (Professeur à l'Université de Rennes, à Science Politiques de Rennes et à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) rappelle dans son article « *Penser la vulnérabilité. Les apports*

de Robert Castel » (in ALTER, *European Journal of Disability Research* 7 (2013) pp293–298), auquel il rend hommage, que le sociologue propose une définition moderne de la notion de vulnérabilité, en se détachant d'une vision liée aux seuls revenus économiques et en la décrivant comme un processus qui met à mal l'intégration de l'individu dans la société (désaffiliation) sur les axes essentiels de la vie collective que sont l'intégration par le travail (qui permet l'accès à des protections collectives) et par les relations sociales (famille, communauté qui constituent des protections rapprochées).

Les inégalités sociales de santé trouvent des fondements dans ses trois notions importantes. Un rapport de l'IRDES s'était d'ailleurs penché sur la relation entre les vulnérabilités sociales et les vulnérabilités médicales dans un rapport « *Précarité sociale : le cumul des risques sociaux et des risques médicaux* » tiré d'une étude réalisée en 1991-1992, publié en juin 1996.

La France comme le Brésil, se sont penchés sur les inégalités sociales comme freins au développement du pays. Si le développement économique et social du Brésil est plus récent, les préoccupations initiales de luttent contre les inégalités sont globalement les mêmes.

En premier lieu, se trouve la lutte contre la grande pauvreté (programme « *Brasil sem miséria* », par exemple) avec, de manière symbolique la lutte contre l'habitat insalubre (lutte contre les bidonvilles, programme de logements sociaux), lutte contre la faim, pour l'accès à l'assainissement public, à l'énergie électrique...

Dans son article sur la pauvreté au Brésil, « *Pobreza no Brasil* »¹³, M.C. YAZBECK considère que la pauvreté est à la fois une composante et une conséquence des inégalités sociales, caractérisées au Brésil par la concentration des revenus et peut être considérée comme une « *catégorie historique socialement construite qui ne peut pas être vue comme un phénomène naturel* ». Elle relie les inégalités sociales et la pauvreté aux luttes entre classes sociales. Elle décrit la pauvreté, qui inclue un cumul de privations économiques (manque de revenus) et sociales (chômage par exemple), comme une construction sociale, non naturelle, qui peut donc faire l'objet d'une lutte pour la réduction des inégalités qu'elle engendre.

Cette définition rejoint celles des inégalités sociale de santé, telles que présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), qui considèrent qu'il s'agit d'injustices évitables (donc non naturelles) en matière de santé.

L'OMS considère que la définition de la santé inclue la santé physique, mentale et sociale. Cette définition prend en compte l'interaction entre les trois facettes de la santé d'un individu (la santé physique, mentale et sociale) et va dans le sens du développement d'un souci de prise en charge

¹³ M.C. YAZBEK, *Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento*, *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012

globale, et donc pluridisciplinaire de la santé.

Les inégalités sociales de santé sont influencées par les inégalités sociales, pour l'OMS (Questions/réponses sur les « Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé », http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/): « Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient » et retrouve parmi ses déterminants : « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. ».

L'OMS considère que la réduction des inégalités sociales en santé nécessite de suivre certaines recommandations : « améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action »¹⁴

La lutte contre les inégalités sociales de santé implique une vision des actions publiques favorisant l'accès aux soins comme un investissement sur le long terme pour la santé de la population. Un investissement rentable, notamment s'agissant des soins de prévention pour les questions de gestion de l'économie de la santé qui font débat depuis plusieurs années.

Les dépenses de santé ne sont pas toujours prévisibles en raison de l'incertitude inévitable d'une partie de la survenue et de l'incidence des pathologies¹⁵. Néanmoins, certaines pathologies, comme le cancer du sein sont traitées avec succès dès lors que leur détection et la mise en œuvre des traitements se fait de manière précoce. L'investissement des politiques publiques de santé dans les programmes de prévention et dépistage apporte des avantages certains pour la santé et les chances de survie des femmes concernées. La réussite des programmes de prévention et dépistage permet également d'éviter des dépenses de santé supplémentaires, conséquences de traitements plus lourds et plus longs pour le patient, plus chers.

Le cancer du sein, le plus fréquent chez la femme, peut être dépisté et traité précocement de manière efficace. Les programmes de dépistage sont donc un investissement utile, tant pour les patientes que pour l'équilibre des dépenses de santé. Il est toutefois nécessaire de mettre en place des actions de prévention et un circuit du dépistage qui trouvera l'adhésion de la majorité des femmes concernées.

Le traitement des inégalités sociales de santé en France et au Brésil : entre soucis d'égalité d'accès aux soins et volonté de rationalité économique des dépenses de santé :

¹⁴ OMS, La Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*, 22 mai 2009

¹⁵ V. FARGEON, *Introduction à l'économie de la santé*, éd. Presse Universitaire de Grenoble,

La France comme le Brésil appliquent un principe d'égal accès aux soins de santé. Les politiques de santé publique, l'organisation des soins de santé publics, sont élaborées et implémentées pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux soins dont elle a besoin, et plus particulièrement à des soins de qualité, sans que leurs conditions de vie économiques et sociales, aussi précaires soient-elles, n'interfèrent sur l'accès aux soins. Tous doivent avoir les mêmes chances de traiter une même pathologie donnée, comme le cancer du sein qui fait l'objet de l'étude qui sera développée ici.

La mise en place, le maintien et l'amélioration d'un système public de santé implique des investissements importants : bâtiments des établissements de santé, matériels adaptés, maintenance, formation et recrutement des professionnels. Sont impliquées également les dépenses de frais de santé, du coût des soins et des traitements.

Le développement d'un système public de santé de qualité, implique le développement parallèle d'un système de sécurité sociale, qui prend en charge, de manière plus ou moins large, les dépenses liées aux frais de santé.

Au Brésil, la question est davantage d'accroître l'accès aux soins (Programmes « Mais médicos », « Farmácia Popular », par exemple) et améliorer la qualité des soins publics.

Le recrutement de professionnels dans les établissements publics de santé est difficile. La nécessité de former davantage de médecins n'est pas seule en cause, le secteur public souffre d'une image dégradée liée aux conditions de travail (bâtiments vétustes, manque de matériels, manque de médicaments, sentiment d'insécurité) et aux salaires bien inférieurs à ceux proposés dans le secteur privé.

La France fait également face à une « désertification médicale » de certains territoires. C'est le cas des zones rurales qui requièrent des déplacements fréquents des professionnels de santé notamment auprès des personnes âgées. C'est le cas également de certaines zones péri-urbaines qui sont confrontées à des problèmes récurrents d'insécurité.

Certaines communes rurales ont d'ailleurs proposé des conditions d'installation avantageuses pour encourager la venue de médecins. Des médecins étrangers travaillent dans des centres hospitaliers, ce qui soulève, comme au Brésil actuellement des questionnements sur les diplômes mais également sur les différences de salaires entre médecins nationaux et étrangers.

La mammographie : un soin primaire de prévention secondaire

Les soins primaires sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.* », dans la Déclaration d'Alma-Ata¹⁶.

¹⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires*, 12 septembre 1978

Elle précise que les soins primaires « visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ».

La prévention regroupe les

« actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé. »¹⁷.

L'OMS distingue trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire est définie comme : « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence¹ d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas ».

La prévention secondaire : « recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. »

La prévention tertiaire : « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population »

La mammographie est l'examen de référence de dépistage du cancer du sein. Les campagnes et programmes de dépistage sont dirigés vers une population spécifique : les femmes d'une certaine tranche d'âge (le plus souvent de 50 à 74 ans) et les femmes qui ont un risque génétique potentiel.

Il s'agit donc d'un soin de santé primaire puisqu'il concerne la prévention et plus particulièrement, un soin de prévention secondaire ciblé car il vise à minimiser les risques découlant d'une pathologie au sein d'une sous-catégorie de la population (les femmes).

Choix du thème et de la problématique :

En Guyane, comme dans chaque région de France a été mis en place un Réseau régional de cancérologie dont j'ai assuré la coordination pendant plusieurs années.

Le cancer du sein étant en Guyane comme au Brésil et dans de nombreux pays, le cancer féminin ayant la plus forte incidence, nous recevions des demandes d'information et d'accompagnement pour cette pathologie en majorité chez les femmes.

Le réseau avait développé un accompagnement social et psychologique accessible aux patients et

¹⁷ Rapport Flajolet, Annexe1, LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales, avril 2008.

à leurs proches, dans le cadre des mesures du Plan Cancer pour la promotion d'une prise en charge globale. Ainsi, une assistante sociale et une psychologue travaillait en collaboration avec la coordinatrice.

Cette collaboration a suscité mon intérêt pour l'interaction entre l'accompagnement des patients, non seulement en tant que porteur d'une pathologie cancéreuse, mais également comme des « être sociaux », devant gérer, en plus de la maladie et ses traitements, leur vie de famille, de professionnels...

Les personnes qui sont davantage en demande d'information et d'accompagnement sont les femmes, qui se trouvent parfois dans des situations de précarité aggravées par la survenue du cancer.

Ma décision de réaliser une étude sur les femmes face au cancer du sein s'est faite ainsi naturellement. Le sujet étant vaste, il m'a semblé plus logique de concentrer mes recherches sur le dépistage, qui est la porte d'entrée vers la phase de traitement et qui conditionne selon que ce dépistage est réalisé précocement ou tardivement les chances de rémission de la patiente.

Etant de nationalité française et brésilienne, mon souhait était de réaliser une comparaison entre les deux pays. L'intérêt pour la situation dans la zone frontalière a été appuyé d'une part par la connaissance de la diversité que présente cette population tant dans leur mode de vie que par les difficultés multiples qu'ils affrontent du fait de leur éloignement des villes principales. D'autre part, par la richesse et la complexité des relations transfrontalières que nous vivons en Guyane et qui fait également écho à mon histoire familiale, mes parents ayant vécu personnellement et professionnellement (dans les domaines de l'éducation et de la santé) le quotidien d'une frontière fluviale sur le fleuve Guaporé, faisant frontière entre le Nord-Ouest du Brésil et la Bolivie.

La région frontalière entre la France et le Brésil, physiquement inscrite le long du fleuve Oyapoque met en exergue les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé qui sont des entraves au développement et au fonctionnement des services de santé dans cette région.

Les moyens de promotion du dépistage, l'accès à la mammographie dans cette région, tant du côté français que brésilien soulève une problématique essentielle de l'implantation de la politique de détection du cancer du sein dans une région qui concentre les inégalités sociales de santé.

La problématique étudiée a donc pour objectif de répondre à la question principale de savoir:

Comment les politiques publiques nationales relatives à l'accès au dépistage du cancer du sein sont-elles implémentées dans une région qui cumule les inégalités sociales de santé?

Problématique qui pose deux questions sous-jacentes:

Les déterminants sociaux des populations de la région transfrontalière sont-ils pris en compte dans l'implémentation des politiques d'accès au dépistage?

Quelles sont les stratégies proposées par les politiques publiques, par les acteurs institutionnels,

par les professionnels permettant de faciliter l'accès au dépistage pour les populations concernées?

L'étude prend en compte la population concernée par le dépistage organisé du cancer du sein du territoire étudié que sont les femmes de plus de 50 ans.

Méthodologie :

L'étude a été réalisée sur la base de :

-Recherches bibliographiques sur les thématiques des inégalités sociales, des inégalités sociales de santé, des politiques publiques.

-Recherches documentaires réalisées principalement sur les sites internet :

- institutionnels : Organisation Mondiale de la Santé, Ministères de la Santé français et brésiliens, sites de statistiques nationales français et brésiliens, sites de Centres de recherches français et brésiliens
- universitaires : articles de professeurs-chercheurs universitaires

-Entretiens avec des professionnels du Centre de santé de Saint-Georges de l'Oyapock et de la Secretaria municipal de Saúde d'Oiapoque (Secrétariat municipal de santé).

L'étude sera donc centrée sur cette problématique en développant tout d'abord la situation de l'accès aux soins et au dépistage du cancer du sein au Brésil et en France (chapitre 1), les défis que présentent le dépistage du cancer du sein au regard des recherches documentaires et de terrain (chapitre 2), et enfin, les stratégies possibles (chapitre 3).

Chapitre 1 : L'égalité d'accès aux soins et dépistage du cancer du sein au Brésil et en France

La France comme le Brésil ont établi un principe d'égalité d'accès aux soins comme étant une prérogative de l'Etat à l'égard de sa population. Les politiques de santé publique sont élaborées pour permettre à tous, et notamment aux plus démunis d'accéder à des soins de qualité, gratuitement, afin que l'état de santé de la population ne soit pas dépendant de la situation socio-économique des individus.

Les politiques d'accès aux soins et notamment au dépistage du cancer du sein dans les deux pays ont été élaborées afin que toutes les femmes, quelque soit leur situation individuelle puissent accéder à la mammographie (section 1.1). L'égal accès aux soins est un principe qui peut être rattaché aux développements théoriques de certains auteurs qui étudient les inégalités au sein des sociétés, nous nous concentrerons plus particulièrement sur les idées développées par Amartya SEN (section 1.2).

Section 1.1. : Les politiques d'accès aux soins et au dépistages du cancer du sein au Brésil et en France – La situation particulière de la zone frontalière.

Les politiques d'accès aux soins et donc au dépistage du cancer du sein doivent être implémentées dans l'ensemble du territoire national. La zone frontalière n'est pas exclue de la mise en œuvre des politiques de santé, toutefois, il est important de comprendre quel sont les spécificités de l'environnement et des populations de cette région pour mieux appréhender les défis à relever dans l'accès au dépistage du cancer du sein.

Les principes généraux d'égalité d'accès aux soins dans les textes de loi :

Le principe de protection de la santé et d'égal accès aux soins est présent tant dans la législation française que brésilienne, y compris au niveau constitutionnel (en France : Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, article 11, inclus au sein de la Constitution de 1958, plus récemment la Loi du 4 mars 2002. Au Brésil : article 6 de la Constitution de 1988).

L'établissement d'un égal accès aux soins renvoie à la notion de justice sociale et d'Etat-providence, au devoir de l'Etat de mettre en œuvre les moyens permettant cette égalité d'accès.

Le Brésil comme la France ont mis en place des politiques de santé et des politiques sociales visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population.

L'accès aux soins et au dépistage du cancer du sein au Brésil : une volonté de rapprocher les services de santé de la population :

La politique de santé publique du Brésil s'appuie sur le Sistema Único de Saúde, créé en 1988 parallèlement à la promulgation de la Constitution post-période de dictature.

Le Brésil a mis en place depuis 1997 une politique de santé tournée vers la santé de la famille qui inclue le programme de dépistage du cancer du sein, elle est intitulée « Estratégia Saúde da Família » (Stratégie de Santé de la Famille), dont les lignes directrices ont été actualisées en 2011¹.

Elle s'inscrit aujourd'hui dans la « Política Nacional de Atenção Básica » (Politique Nationale d'Attention Primaire) qui se veut être « *la modalité d'attention et de service de santé avec le niveau le plus élevé de décentralisation et de capillarité, dont la participation aux soins est toujours nécessaire* ».

Des Unidades Básicas de Saúde (Unité de Base de Santé) situées dans les différents quartiers des municipalités ont pour rôle d'apporter des soins de proximité à la population. Certaines réunissent une équipe médico-sociale pluridisciplinaire qui inclue, le plus souvent, une assistante sociale. Toutes les spécialités ne sont toutefois pas présentes, tout du moins de façon permanente, ce qui peut retarder l'accès aux soins pour les personnes qui sont exclusivement usagers des services publics de santé.

Une étude² sur l'accès aux soins au Brésil, explique que la « *Stratégie de Santé de la Famille* » vise à « *restructurer la prise en charge offerte par le SUS dans l'ensemble du territoire national* » et également à développer une « *stratégie d'implantation du SUS dans des localités où la politique de santé n'a pas réalisée d'avancées* ». Le but final étant la « *réduction des inégalités en santé et l'amplification de l'accès à l'assistance primaire en santé* ». Néanmoins, les auteurs de l'étude relève les limites d'accès à cette prise en charge de base, en raison de « *la faible capacité d'interaction entre les équipes de la prise en charge primaire; la non intégration de la « Stratégie de Santé de la Famille » et les différents niveaux de complexité du système ; le manque de compétence de l'Assistance Primaire à la Santé dans ses relations avec les autres secteurs de la société et du gouvernement* ».

Ils observent également la forte influence du secteur privé, qui capte des recours financiers du SUS en raison des carences de la prise en charge médicale du secteur public. Ainsi, le SUS aurait recours au secteur privé afin de pallier au manque de lits dans les établissements publics.

Ils estiment que de fortes inégalités dans l'accès aux services de santé se sont creusées entre la population qui a les moyens d'accéder à l'offre de soins privées et la population qui ne dépend que de l'offre publique. De plus, les personnes les plus vulnérables tant au niveau social que médical

1 PORTARIA Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011

2 M.M. ARAUJO ASSIS , W. ABREU DE JESUS « *Acesso aos serviços de saúde : abordagens, conceitos, políticas e modelo de análises* », Rev. Ciencia & Saude Coletiva, 17 (11) 2865, 2012

sont celles qui ont le plus de difficultés à accéder aux services de santé et ne consultent que sur apparitions de signes symptomatiques alors, que les personnes avec de plus haut revenus recherchent davantage des soins de prévention.

Les conclusions des auteurs sur la situation de l'accès aux soins au Brésil reflète tout à fait la situation observée par les professionnels qui travaillent à la frontière (cf. Annexe 1 : compte-rendu des entretiens) : la recherche d'aide médicale uniquement en cas de signes symptomatiques, le manque de suivi des orientations médicales, les carences du service de santé public dans les zones les plus éloignées où la population est plus précaire (économiquement, socialement).

Les actions sanitaires sur la zone frontalière

Un système de santé adapté aux zones frontalières³ a été créé : « Sistema Integrado de Saude das Fronteiras » (SIS fronteiras)⁴. Les actions prioritaires sont souvent liées à l'accès à l'eau, l'assainissement, la construction de sanitaires privés (sanitários domiciliar).

Ce système particulier pour l'organisation d'action dans les zones frontalières n'a pas été évoqué lors des entretiens et il n'existe aucun document décrivant des actions menées sur la base du SIS Fronteira sur l'Oyapock.

D'autres projets sont dévolus à la zone frontalière, comme le Programme Opérationnel de Coopération Transfrontalière (PO Amazonie) qui propose des axes de coopération entre le Brésil et la Guyane Française incluant une coopération sanitaire. La coopération franco-brésilienne sur la santé telle que prévue par la première version du PO Amazonie (2007-2013) s'intéressait plus particulièrement au développement des services d'urgences et à la télémédecine. Une coopération a également été établie pour lutter contre certaines maladies: la malaria, le SIDA et la maladie de Chagas.

Le second PO Amazonie (2014-2020) prévoit la coopération sanitaire dans un volet traitant de la « *croissance inclusive* ». La coopération sur la lutte contre certaines pathologies prévue par le premier Plan se poursuit, s'ajoute une coopération pour lutter contre la contamination au mercure (lié à l'orpaillage) et améliorer l'offre de soins s'agissant du « *manque et pénuries de personnel médical, qualité des soins, inégalités territoriales et accès aux soins* ».

Actuellement le PO Amazonie a soutenu des projets liés à l'action sociale qui ont pu avoir un impact sur la santé des populations mais aucun projet directement lié à la santé n'ont encore été réalisés dans le cadre du programme.

3 Le Brésil compte 15.719km de frontière avec dix Etats. Environ 10 millions d'habitants vivent sur le ruban frontalier. Source : Comissão Permanente de Desenvolvimento e Integração da Faixa de Fronteira (CDIF).

4 Créé par la Portaria do Ministério da Saúde n°1.120 du 6 juillet 2005, se décline en trois phases : 1) Diagnostic et Plan opérationnel, 2) Qualification de la gestion, des services et des actions, 3) Implémentation des services et action dans les municipalités des frontières.

Action publique et cancer du sein

S'agissant de l'action publique contre le cancer du sein, une « *Política Nacional de Atenção Oncológica* » (Politique Nationale de Surveillance Oncologique), a été lancée en 2005. Elle inclue le contrôle des cancers du sein et de l'utérus comme prioritaires, devant être décliné dans les politiques des différents Etats et au niveau municipal.

Au Brésil, ce sont les médecins, ceux des Unidades Básicas de Saúde (Unité Basique de Santé) en particulier s'agissant du réseau de l'offre publique de soins, qui proposent et orientent les femmes à se faire dépister.

L'importance de la « *détection précoce des néoplasies* » a été réaffirmée en 2006 dans le « Pacte pour la Santé » et un système d'information dédié au cancer du sein a été créé en 2009 (Sistema de Informação do Câncer de Mama, SISMAMA).

Des programmes successifs ont eu pour objectifs la promotion du dépistage et le développement de l'accès à la mammographie.

En 2014, des aides financières ont été promises pour favoriser l'implantation des Serviços de Referência para Diagnostico do Câncer de Mama (Services de Référence pour le diagnostique du cancer du sein, SDM).

L'Etat démontre donc par sa politique de santé, une préoccupation importante pour la détection précoce des cancers du sein et la promotion de la mammographie. Les résultats épidémiologiques présentés un peu plus loin, démontrent néanmoins une forte disparité entre les régions sur l'avancée réelle de l'accès à la mammographie.

L'accès aux soins et au dépistage du cancer du sein en France : la volonté de lier politique de santé et lutte contre l'exclusion

En France, la politique de santé est, d'une certaine façon liée à la politique de lutte contre l'exclusion⁵ lorsqu'il s'agit de la prise en charge du public précaire. Cette volonté de proposer un accès aux soins suffisamment large se caractérise par différents régimes de protection sociale selon les différents types d'usagers, incluant ceux qui sont en situation de précarité.

Les politiques de santé et les politiques sociales souhaitent favoriser l'orientation des usagers les plus démunis vers les régimes de protection sociale le plus adaptés. L'instauration des Permanences à l'Accès aux Soins de Santé (PASS)⁶ dans les hôpitaux publics est un exemple de cette volonté.

5 Loi du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

6 Loi du 22 juillet 1998 qui prévoit la mise en place de « permanences d'accès aux soins de santé... adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. », elles sont définies comme des « cellules de prise en charge médico-sociales des personnes les plus démunies » par l'article 711-7-1 du Code de la santé publique

Le Code de la santé publique prévoit, non seulement un égal accès aux soins pour tous, notamment aux personnes les plus vulnérables (Art.1110-1 et 1110-3) mais également un accès aux soins les plus adaptés et donc aux innovations médicales. Il interdit bien évidemment les discriminations d'accès aux soins, en particulier s'agissant des personnes bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle⁷ et de l'Aide Médicale d'Etat⁸.

Il existe donc divers dispositifs visant à faciliter l'accès aux services de soins pour tous : Un régime général de la sécurité sociale, un régime pour les travailleurs indépendants, un régime pour les agriculteurs, un régime pour les personnes en situations précaires en situation régulière et un régime de protection pour les personnes en situation précaire en situation irrégulière (justifiant de trois mois de présence sur le territoire français).

S'agissant des soins primaires, la France s'appuie essentiellement sur l'exercice libéral, avec une prise en charge de la quasi-totalité du coût des consultations, le secteur public étant en principe réservé aux soins d'urgences et aux soins plus complexes.

La loi de 2004 qui réforme la Sécurité sociale impose aux patients de suivre un parcours de soins, qui débute chez un médecin traitant lequel exerce le plus souvent en libéral, qui oriente le patient vers un médecin-spécialiste, si besoin.

Or, comme nous l'avons vu, la répartition des médecins et autres professionnels de santé libéraux est inégale selon les territoires.

Par ailleurs, l'organisation des soins du secteur public, concentrée sur les établissements hospitaliers ne permet pas de couvrir efficacement l'ensemble du territoire puisque ces établissements requièrent une infrastructure spécifique avec des moyens humains, matériels et financiers importants.

L'accès aux soins et notamment aux soins de prévention, est inégal selon les catégories socio-professionnelles, qui reflètent souvent le niveau de revenu et de diplôme. On remarque un recours aux soins et aux soins de prévention en particulier, plus important chez les catégories socio-professionnelles plus élevées. Cette différence de recours aux soins se répercute sur l'espérance de vie, moindre chez les catégories socio-professionnelles inférieures. L'INSEE (N.BLANPAIN, « *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent* », revue INSEE Première, n°1372, octobre 2011) relève une différence de 6,3 ans d'espérance de vie entre les cadres hommes et les ouvriers hommes, sur la période 2000-2008. A noter que l'espérance de vie des femmes ouvrières si elle est inférieure à celle de cadres femmes, est supérieure à celle des cadres hommes.

La politique de dépistage du cancer du sein s'inscrit dans cette volonté d'accès à tous et donc

7 Créé par la Loi du 27 juillet 1999, permet l'accès à une assurance sociale aux personnes à faible revenus, en situation régulière en France.

8 Créé par la Loi du 27 juillet 1999, elle apporte une couverture des frais médicaux aux personnes en situation irrégulière qui résident en France depuis plus de trois mois.

d'accès gratuit aux examens qui permettent la détection précoce du cancer du sein. La mammographie étant l'examen de référence.

Les politiques de dépistage du cancer du sein, pour les femmes de plus de 50 ans, sont apparues au début des années 90 avec le « Programme National de Dépistage Systématique du Cancer du

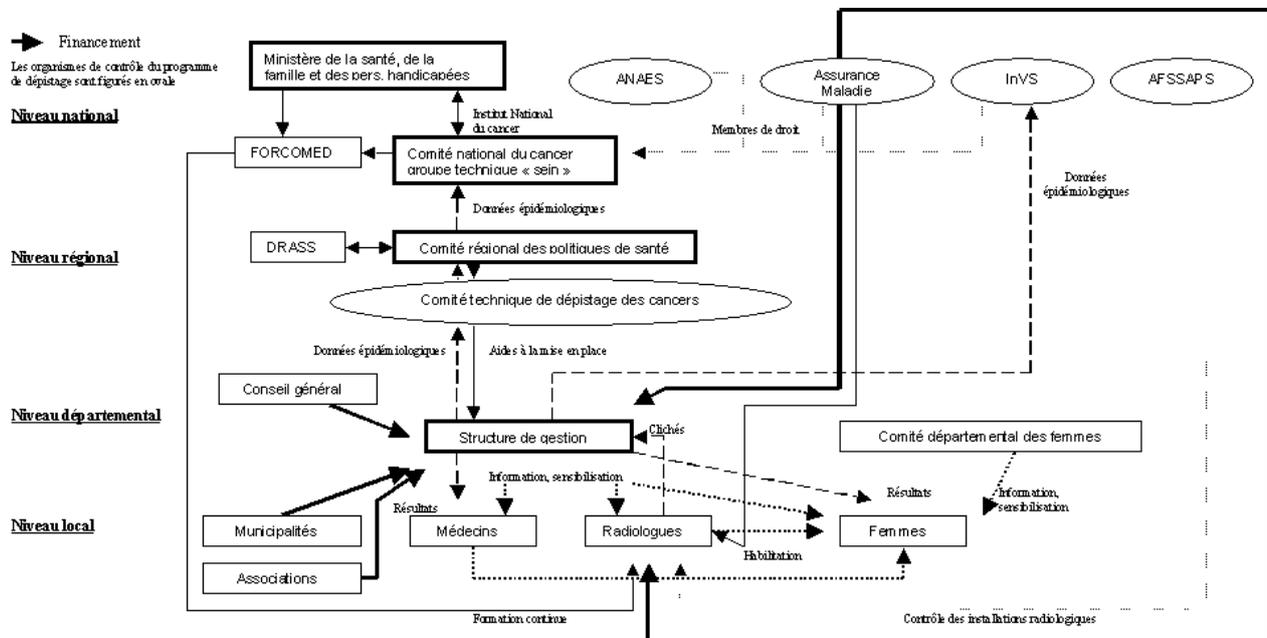


Illustration 1: Schéma de l'organisation du dépistage du cancer du sein en France (source : Assemblée Nationale) Sein », qui a été actualisé en 2001 avec un nouveau cahier des charges.

Elle s'appuie notamment sur la campagne d'Octobre Rose qui est réalisée en France, au Brésil et dans de nombreux pays, afin de promouvoir la réalisation de la mammographie de dépistage auprès des femmes concernées soit du fait de leur âge, soit du fait des risques génétiques éventuels.

En France, des associations régionales sont responsables de décliner, sur leur territoire, le « dépistage organisé », réalisé par l'envoi d'invitation aux femmes de la tranche d'âge concernée tous les deux ans et de la réalisation de la double lecture des mammographies qui ne présentent pas d'anomalies lors de la première lecture réalisée au centre d'imagerie. Elles participent également au recueil de données utiles aux études épidémiologiques.

L'organisation des actions de dépistage sur la zone frontalière :

À Oiapoque (ville principale sur la rive brésilienne), c'est la « Secretaria municipal de Saúde » (Secrétariat municipal de la santé) qui gère les campagne de dépistage et le fonctionnement des « Unidades Básicas de Saúde » (UBS) qui reçoivent les femmes en consultation et sont chargées de faire la demande d'un rendez-vous pour la réalisation de la mammographie.

Les examens doivent être réalisés sur Macapá, capitale de l'Etat de l'Amapá. Les images des

mammographie sont récupérées par l'Hôpital d'Oyapoque et redistribuées aux UBS. La « Secretaria municipal de Saúde » comporte également une cellule de recueil des données épidémiologiques.

Sur Saint-Georges et dans les villages situés en amont ou en aval de l'Oyapock sur la rive française, les femmes concernées par le dépistage reçoivent tous les deux ans, comme toutes les femmes de France inscrites au registre de la Sécurité sociale (donc en situation régulière), une invitation à réaliser leur mammographie. En Guyane, c'est l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC) qui est chargée de transmettre les invitations, réaliser les relances en cas de besoin, récupérer les images pour la réalisation de la deuxième lecture des examens négatifs et réaliser un travail de recueil des chiffres servant aux données épidémiologiques.

Les rendez-vous pour les mammographies doivent en principe être pris par les femmes elles-mêmes, toutefois les professionnels des Centres de Santé réalisent souvent la prise de contact avec les services et cabinets d'imageries, notamment pour les patientes qui résident dans les villages amérindiens. Les examens sont réalisés le plus souvent sur Cayenne, soit à l'hôpital public, soit à la clinique privée, soit dans des cabinets privés. Les établissements de santé et cabinets d'imageries doivent être conventionnés avec l'AGDOC afin de réaliser des mammographies entrant dans le programme de dépistage organisé.



Illustration 2: Photo : Table de lecture des Mammographies de l'Association Guyanaise de Dépistages Organisé des Cancers (auteur : N.PY)

Le dépistage : première étape vers un traitement et de nouveaux déplacements des patients

Une fois le cancer du sein dépisté, dans le meilleur des cas à un stade précoce, les femmes du fleuve Oyapock devront se rendre dans un centre de soins à des centaines, voir des milliers de kilomètres de chez elles.

Un Centre de cancérologie a été mis en place à Macapá, cependant de nombreux dysfonctionnements et des manques de molécules pour les traitements par chimiothérapie ont été révélés. La « Secretaria municipal de Saúde » d'Oyapoque a d'ailleurs précisé que les femmes

étaient le plus souvent transférées dans d'autres Etats pour le déroulement des traitements, notamment à Belém (capitale de l'Etat du Pará), à Santarém (ville de l'Etat du Pará) ou encore à Sao Paulo. Cela, grâce à un programme spécifique appelé « tratamento fora do domicilio » (traitement hors du domicile) qui prend en charge le déplacement et les frais de séjours (prise en charge des frais d'hébergement et d'alimentation plus ou moins importante selon la municipalité d'origine d'après les propos d'une assistante sociale de l' « Instituto do Cancer do Estado de São Paulo », Institut du Cancer de l'Etat de São Paulo).

En plus des retards observés dans le recours au dépistage et aux déplacements engendrés par la confirmation d'un diagnostic de cancer sein, les patientes qui sont prises en charge par le SUS doivent souvent affronter un retard dans la mise en place des traitements.

Une loi impose un début des traitements dans les soixante jours⁹, toutefois, ce délai est souvent dépassé. Par ailleurs, les traitements les plus performants pour le traitement du cancer du sein ne sont pas toujours offerts par le secteur public.

Oncoguia, institution associative de lutte contre le cancer, relève que les femmes traitées dans le cadre du SUS, vivent en moyenne trois ans de moins que les femmes traitées dans le secteur privé (qui ont donc les moyens financiers d'accéder aux soins privés).

Cette espérance de vie diminuée reflète un cumul d'inégalités sociales de santé lié à un dysfonctionnement de l'organisation des soins.

Les femmes qui sont diagnostiquées en Guyane font en général, l'objet d'une Évacuation Sanitaire (EVASAN) vers les Antilles ou la France hexagonale pour les traitements par radiothérapie et chirurgicaux. Une fois les sessions de radiothérapie terminées, les traitements éventuels par chimiothérapie sont disponibles en Guyane.

Il existe en France une réglementation précise pour la mise en œuvre des traitements oncologiques qui repose notamment sur un système d'autorisation¹⁰. Les établissements de santé qui souhaitent développer une activité oncologique doivent apporter la preuve d'un plateau technique suffisant et de qualité mais également d'un quotas de patients traités. A chaque type de cancer correspond une réglementation et des quotas spécifiques.

En Guyane, le quotas requis pour la radiothérapie n'est pas atteint. S'agissant de la chirurgie des cancers du sein, un accord entre plusieurs établissements pour réaliser la demande d'autorisation serait en cours.

Le Brésil et la France ont donc une politique d'accès aux soins qui se veut universelle, c'est-à-dire qui permet l'accès aux services de santé à tous. Le problème étant l'étendue et la qualité de l'offre de soins proposée par l'Etat.

⁹ Lei 12.732/12 du 22 novembre 2012

¹⁰ [Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer](#) ; [Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer](#)

Section 1.2. Les problématiques d'inégalités sociales de santé à la lumière de la théorie sur les inégalités sociales : focus sur la théorie d'Amartya Sen

Amartya Sen, économiste indien, prix Nobel d'économie en 1998, expose différents concepts afin d'expliquer sa thèse sur les mécanismes de création et de lutte contre les inégalités.

Il développe un principe d'égalité qui ne se veut pas figé mais adapté aux différentes sociétés et donc aux différentes définitions de l'égalité. Il développe ainsi également le concept d'équité.

A. SEN (A SEN, « *Repenser l'inégalité* », Ed. Seuil, 2012) est fortement influencé par la théorie de J.Rawls sur la notion de justice sociale dans un esprit libéral. Cependant, il explique s'en détacher là où J.RAWLS évalue les inégalités essentiellement sur la détention de « biens premiers » (revenu, santé, éducation,...) et met en place le « *principe de différence* » (qui amène à donner plus de moyens aux personnes les plus démunies) et « *donne priorité aux moyens de la liberté* », A. SEN s'attache à « *l'étendue de la liberté* » et prend en compte les inégalités liées « *au sexe, à la situation géographique et à la classe sociale, et aussi à des différences générales dans les traits « hérités »* ».

La définition et l'évaluation des inégalités :

A.SEN considère que les inégalités existent lorsque les individus vivent des situations de privations, et précise que ce sentiment de privation est propre aux individus et aux sociétés.

Au delà des privations provenant d'une précarité économique liée aux revenus, il relie les inégalités à la privation de liberté d'accomplissement des individus.

Dans son ouvrage « *Repenser l'inégalité* »¹¹ il s'appuie sur les concepts de « *fonctionnement* » (ou « *mode de fonctionnement* ») et de « *capabilité* ».

Les « **fonctionnements** » désignent « *toutes les façons d'être et d'agir des individus* », tel que « *être bien nourri, aider les autres, participer à la vie collective, etc.* ».

Les « **capabilités** » sont définies comme « *un ensemble de vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie* » et donc « *sa liberté de choisir entre des modes de vie possibles* ».

Ainsi, lorsque les individus d'une société ne disposent pas de la même liberté d'agir pour accomplir leurs « *fonctionnements* », mettre en œuvre leurs « *capabilités* » pour réaliser les objectifs qui leurs sont propres et qui participent à la construction de leur bien-être, les inégalités se trouvent caractérisées.

11 A SEN, « *Repenser l'inégalité* », Ed. Seuil, 2012

L'auteur distingue « les objectifs de bien-être et les autres visées qu'une personne peut avoir », il existe pour lui, différents types de liberté. La liberté n'est pas un concept unique et figé.

La liberté comme élément de justice sociale :

Si la notion de justice sociale est liée à la notion de liberté individuelle, liberté de réaliser des choix de vie et donc d'accéder au « bien-être ». L'individu n'est pas isolé de son environnement social et du rôle de la société, par son organisation sociale notamment, dans l'existence et la persistance des inégalités.

Il donne donc davantage de valeur à la « *liberté d'accomplir* » qu'au « *niveau d'accomplissement* » des individus et il parle ainsi de « *liberté effective* » et de l'évaluation de la « *gamme des choix* » pour définir l'existence des inégalités.

Dans son ouvrage « *L'idée de Justice* », A.SEN précise qu'il souhaite élaborer une théorie pratique de lutte contre l'injustice. Il souhaite développer des « *modes d'évaluer comment réduire l'injustice et promouvoir la justice, au lieu de présenter des définitions objectives de sociétés parfaitement justes...* »

L'évaluation de la présence d'inégalités (qui sont des injustices) et donc l'évaluation d'éléments de « justice sociale » d'une société est déterminée par la possibilité pour les individus de réaliser des choix sur leur mode de vie et leur possibilité d'accéder à leurs objectifs de vie en toute liberté.

Des auteurs tels que Mireille Elbaum¹², expose des réflexions qui rejoignent en certains points celles d'A.SEN, sur la perception des inégalités dans la société et la gestion des inégalités par les pouvoirs publics.

Elle reprend les différentes visions de la justice sociale (libérale, libertarienne,égalitaire...) et rappelle « *la nette séparation entre le fonctionnement du système économique et d'éventuelles mesures sociales* ». Ce qui « *aboutit toutefois à justifier de fortes inégalités, qui apparaissent contradictoires avec les besoins de cohésion ressentis par ailleurs par les sociétés démocratiques* ».

Elle critique les limites de la théorie de J.RAWLS pour la lutte contre les inégalités notamment car elle estime qu'il maintient une séparation entre les politiques économiques et les politiques sociales.

Elle évoque également les nouveaux développements qui vont contre l'idée d'une universalité de la notion de justice sociale. Développements qui se retrouvent dans les travaux d'Amartya Sen qui part du principe que les inégalités doivent être mises en relation avec l'existence d'un sentiment de frustration par les personnes concernées. Ainsi, lorsque la population est informée du droit à la santé comme étant un devoir de l'Etat et que la population d'autres territoires bénéficie d'un accès

M. 12 M.I. ELBAUM , « *Justice sociale, inégalités, exclusion* », Revue de l'OFCE. N°53, 1995. pp. 197-247

plus important aux services de soins, le sentiment de frustration existe.

Dans les Etats où ce droit à la santé est moins important ou moins communiqué, les populations défavorisées en accès aux soins sont moins exigeantes vis-à-vis de l'Etat. Ainsi, ce qui peut être considéré comme des inégalités par un regard occidental peut ne pas être vécu comme tel au sein d'une autre population. Toutefois, A.SEN précise que les inégalités d'accès aux droits ne disparaissent pas pour autant lorsqu'un Etat, une société, perpétue des situations d'inégalités, y compris lorsque ces inégalités sont « habituelles » et « acceptées » par la population, notamment ceux qui sont concernés par la restriction ou le déni d'accès aux droits (l'auteur prend l'exemple du système de castes en Inde).

Il est d'ailleurs favorable à une définition de la pauvreté qui soit, dans un premier temps « descriptive » avant d'envisager la pauvreté sous l'angle de la « politique à suivre » et donc des actions publiques réalisable dans la société concernée. Ainsi, le manque de moyens des pouvoirs publics pour réaliser les actions qui permettent de réduire la pauvreté de la population, n'annule pas la situation de pauvreté.

Adaptée au thème de la prévention et de la prise en charge d'une maladie telle que le cancer du sein, nous pouvons concevoir que les pouvoirs publics ne disposent pas de tous les moyens (financiers, matériels, humains) pour mettre en œuvre les actions qui permettent de réduire efficacement les inégalités d'accès au dépistage et à la prise en charge du cancer auprès de certaines populations, du moins dans un court délai. Toutefois, les situations d'inégalités et de précarité face à l'accès aux soins restent une réalité.

Une conception élargie des inégalités :

Pour A. SEN, les inégalités économiques n'expliquent pas l'ensemble des caractéristiques de la pauvreté. Il s'agit d'évaluer plus largement les privations que subissent une population dans le contexte dans lequel elle évolue.

Ainsi, il se détache des théories utilitaristes développées par la plupart des économistes libéraux qui évaluent les inégalités uniquement sur la base du revenu.

Les privations dans une société majoritairement considérée comme défavorisée ne seront pas évaluées et ressenties par la population de la même façon que les privations perçues dans une société considérée comme « riche » où les inégalités entre les plus favorisés et les plus démunis est finalement plus importante.

La lutte contre les inégalités par la maximisation des « capacités » :

Prenant l'exemple d'une personne porteuse d'un handicap physique sérieux, A. SEN explique qu'il n'est pas toujours possible d'arriver à résorber toutes les inégalités. Néanmoins, il est indispensable de maximiser la « capacité de fonctionnement » de ces personnes moins favorisées.

Sans faire abstraction de l'importance des revenus, la lutte contre les inégalités ne doit pas se concentrer uniquement sur cet aspect pour améliorer les conditions de vie des personnes les plus démunies. Elle doit viser à donner aux individus les moyens de faire des choix pour faire évoluer leur vie selon les objectifs qui leur sont propres, les moyens d'utiliser les ressources de leur environnement en toute liberté, une « liberté effective ». Les individus qui disposent de cette « liberté effective » de choix sont alors responsables des choix qu'ils réalisent car ils ne s'agit plus de choix réalisés par défaut.

La mise à disposition des ressources dont les individus peuvent faire usage pour agir librement dépend le plus souvent de l'action des pouvoirs publics : santé, éducation, infrastructures (routes, électricité, assainissement...). Il s'agit en effet d'investissements coûteux qui ne peuvent être réalisés de manière individuelle et qui font partie des prérogatives de l'Etat pour garantir un meilleur fonctionnement de la collectivité qu'il gouverne, et par conséquent, un bien-être individuel par l'élargissement des possibilités d'action de l'individu pour réaliser ses projets de vie.

Dans son ouvrage « L'idée de Justice »¹³, A.SEN analyse le lien entre responsabilité individuelle et responsabilité des institutions dans la maximisation des « capacités ». Il considère que les institutions et les règles qui organisent et régissent une société, si elles sont importantes, ne peuvent pas faire abstraction du vécu des individus, de leurs possibilités, de leur liberté ou non de réaliser leur projet de vie.

Ainsi, il est possible de déduire des réflexions de l'auteur, que si les individus doivent être responsables de leurs choix, l'organisation sociale, politique, économique de la société ne doit pas être figée.

Les pouvoirs publics sont chargés de permettre une « liberté effective » des individus. L'organisation d'une société est donc en constante évolution pour s'adapter aux besoins de ses membres. Elle doit s'adapter et évoluer pour que les individus qui composent cette société puissent réaliser leurs choix de vie, de « fonctionnements », au regard de leurs « capacités ».

A.SEN distingue par ailleurs, la mise à disposition des biens et services et leur usage effectif. La « *conversion* des ressources et biens premiers en libertés » (« Repenser l'inégalité », 2001) est essentielle pour l'auteur. Il existe pour l'auteur, trois facteurs de conversion (détaillés dans « *L'approche alternative d'Amartya Sen : réponse à Emmanuelle Bénicourt* », article de N. FARVAQUE et I. ROBEYNS, revue « Politiques Economiques » 2005/3, n°27, éd. Alternatives Economiques, pp. 38-51)

-Personnels : âge, sexe, conditions physiques...

Sur les territoires de l'Oyapock, on relève peu de femmes de plus de 50 ans (donc concernées par le dépistage), toutefois, certaines ne sont pas habituées à quitter leur lieu de vie (amérindiennes)

13 A. SEN « *A ideia de justiça* », Ed. Companhia das letras, 2011

ce qui est indispensable à la réalisation de la mammographie.

-Sociaux : normes sociales ou religieuses, politiques publiques, relations de pouvoirs...

Sur le territoire de l'Oyapock, plusieurs normes sociales coexistent en raison de la présence de populations amérindiennes autochtones, rattachées au Brésil ou à la France par des accords politiques sur les frontières auxquels ils n'ont évidemment pas été partie prenante et qui ne correspondent pas à leur mode de vie traditionnel nomade.

Les institutions publiques sont les mêmes que celles du territoire national, néanmoins leur présence et celle de leurs représentants et agents est moindre.

-Environnementaux : climat, géographie,...

L'environnement naturel est identique car le territoire sur lequel vit la population n'est séparé que par des divisions géo-politiques.

A.SEN s'il précise que les opportunités dont disposent les individus, induit leur responsabilité. Il est essentiel que ces opportunités non seulement existent mais qu'elles soient accessibles. Or, il est difficile d'exclure les pouvoirs publics de la mise en place de ces pré-requis.

L'extension de la théorie d'Amartya Sen aux inégalités sociales de santé :

Dans le cadre des inégalités sociales de santé et plus particulièrement l'accès au dépistage du cancer du sein dans la région de l'Oyapock, il est évident que certaines inégalités nécessitent une réforme de l'organisation de l'action publique et de ses modes de communication vers la population qui se fera sur le moyen et le long terme.

La résorption des inégalités sociales de santé et l'instauration des capacités de fonctionnement et donc de choix de la population à accéder ou non à la mammographie, doit compter sur la volonté de maximiser les « capacités de fonctionnement » des individus concernés, si elle ne peut être rapidement et totalement résolue.

Ainsi, si les pouvoirs publics ne disposent pas de tous les moyens nécessaires pour résorber les inégalités d'accès aux soins et plus spécifiquement à la mammographie, dans un court délai et de manière durable, ils doivent mettre en place des alternatives permettant aux femmes concernées de maximiser leurs chances de rentrer dans le circuit du dépistage.

Nous pouvons distinguer plusieurs facteurs qui permettent cette maximisation de l'accès à la mammographie :

-Une information complète et compréhensible par le public concerné : relayée par des professionnels de santé, avec l'aide éventuelle de médiateurs sociaux et culturels si nécessaire (rôle des agents de santé locaux, de la santé communautaire, que nous préciserons dans le prochain chapitre), avec des supports adéquats au public concerné (femmes qui maîtrisent peu le

français, qui sont issues de culture orale par exemple).

-Des moyens d'accès adaptés, réguliers, financièrement abordables : prendre en compte tous les moyens de transport nécessaires (fluviaux, routiers, aériens), la fréquence des différents modes de transports afin de réduire le temps d'éloignement du lieu de résidence, le coût du transport et des frais annexes (alimentation, hébergement).

-Un suivi médical régulier et rapide : remise des examens réalisés le même jour (ce qui est fait en général en Guyane. Délai d'une quinzaine de jours au Brésil), possibilité de consultation rapide si elle n'est pas réalisable sur le lieu de résidence, possibilité de réalisation des examens complémentaires si besoin dans un délai raisonnable. Eventuellement, transmission de ses résultats par voie numérique auprès du médecin le plus proche du lieu de résidence de la patiente.

Dans son article « *l'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé* » de DANIELS Norman (publié dans « Raison Politique », 2009/2, n°34, éd. Presse de Sciences Po), fait l'application de la Théorie de la Justice de J.RAWLS à la santé. Il n'existe pas dans la théorie de J.RAWLS d'application explicite à la santé. Il s'agit d'une démarche d'extension de la théorie à l'initiative de l'auteur. Les points théoriques développés correspondent aux développements d'A.Sen dans la mesure où l'auteur reprend les idées suivantes :

- l'égalité équitable des chances
- l'impact bénéfique de la justice sociale sur les déterminants sociaux de santé
- l'impact de la « délibération démocratique » et de la « justice procédurale » dans la réponse aux besoins de santé ne pouvant pas être tous satisfaits.

Les extensions de la « Théorie de la Justice » rejoignent par ailleurs, le principe établi dans la Charte d'Ottawa selon lequel la santé est « *une ressource de la vie quotidienne* » et que l'une des conditions préalables de la santé est « *le droit à la justice sociale et à un traitement équitable*. ».

S'agissant plus particulièrement de l'accès à la mammographie, il s'agit comme le précisent à la fois J.RAWLS et A. SEN, pour accéder à une égalité équitable des chances de détection précoce du cancer du sein, de donner davantage de moyens d'accès à ce dépistage à ceux qui sont le moins favorisés. Au sens, où les patientes seraient non seulement moins favorisées par leurs conditions économiques de vie mais également par leur environnement (éloignement géographique).

Il faut également mettre en parallèle l'idée pour les auteurs d'observer la perception des inégalités afin de les « qualifier » comme telles.

Au regard des textes de loi, tant français que brésiliens, un égal accès au soins est prévu. Il fait donc partie du « contrat social » établi entre l'Etat et sa population.

L'accès aux soins primaires et secondaires est donc perçu comme un droit par la population quel que soit son environnement quotidien. Il y existe donc un sentiment d'inégalité lorsque l'accès à un service public, de santé en l'occurrence, n'est pas garanti de manière optimale.

C'est pourquoi, J.RAWLS comme A.SEN s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de donner

davantage de moyens aux personnes les plus défavorisées pour qu'elles aient les mêmes possibilités, « capacités » que les autres à accéder à un niveau de vie satisfaisant.

La santé, est vu comme un élément indispensable à la fois de la vie quotidienne mais également de l'accès à toute opportunité d'amélioration du niveau de vie.

Toutefois, A.SEN va plus loin que J.RAWLS, en insistant sur la réelle liberté des personnes à accomplir leurs « capacités » et donc à faire usage des biens existants dans la société dans laquelle ils évoluent.

Ainsi, la simple présence de services de soins de qualité dans un pays, une région, ne signifie que la population accède effectivement à ses services.

Conclusion du Chapitre 1 : Les inégalités sociales de santé qui freinent l'accès aux soins de la population de l'Oyapock, sont le reflet d'inégalités socio-économiques qui ont un impact sur la santé des populations.

Les politiques d'accès aux soins élaborées en France et au Brésil ont pour objectif d'établir un égal accès aux soins. Toutefois, cette égalité est encore essentiellement axée sur la gratuité des actes de soins, ce qui est insuffisant pour établir une réelle égalité dans la participation à la mammographie entre les femmes qui vivent des situations socio-économiques et culturelles différentes.

Amartya SEN développe cette idée de ne pas s'arrêter aux inégalités de revenus pour caractériser une situation d'inégalité et donc, une politique publique ne peut pas réduire les inégalités en aplanissant uniquement les inégalités économiques.

Les défis à relever pour améliorer l'accès à la mammographie dans la zone frontalière ne se limitent pas à l'instauration de la gratuité de l'examen. Il y a différentes dimensions de l'environnement global du quotidien de la population à prendre en compte afin de réduire les inégalités sociales de santé qui entravent la participation des femmes de l'Oyapock au dépistage du cancer du sein.

Chapitre 2. Les défis de l'application du principe d'égal accès aux soins dans le cadre du dépistage du cancer du sein dans une région qui cristallise les inégalités sociales de santé : résultats des recherches documentaires et de terrains.

La région frontalière entre la France et le Brésil sur le fleuve Oyapock comporte des caractéristiques communes aux environnements français et brésiliens quant à la diversité culturelle de sa population et à leurs situations socio-économiques. Sur les deux rives, les professionnels de santé qui travaillent avec la population observent la présence de déterminants sociaux qui font obstacles à l'accès aux soins qu'il s'agisse d'amener les professionnels vers les patients ou les patients vers les professionnels et les lieux de soins (2.1). Les problématiques existantes sur la zone frontalière rappellent la nécessité de la coordination de diverses politiques publiques pour optimiser l'accès aux soins pour les populations éloignées des centres principaux (2.2)

Section 2.1. Les déterminants sociaux de santé multiples et concentrés de la région transfrontalière qui rendent difficiles le déploiement des instruments/moyens d'implémentation des politiques d'accès au dépistage.

Le lien entre théories des inégalités et de la justice sociale étendues aux inégalités sociales de santé dans l'accès à la mammographie :

Dans les années 70, aux prémices des crises économiques et pétrolières, John Rawls a été le précurseur d'un mouvement de réflexion sur les théories de la justice sociale avec son ouvrage « Théorie de la Justice ».

Tout en gardant un aspect libéral dans son raisonnement, il encourage à favoriser les personnes les plus démunies afin de réduire les inégalités sociales et économiques par la mise en place d'un « principe de différence ».

Les inégalités sociales de santé sont les conséquences d'inégalités sociales sur l'état de santé de la population. La réduction des inégalités socio-économiques va donc avoir des répercussions bénéfiques sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Amartya Sen, fortement inspiré par la « Théorie de la Justice » de John Rawls, axe ses réflexions sur « les capacités » qui doivent permettre à tous d'accéder aux mêmes opportunités. Il précise que les personnes les plus démunies nécessitent davantage de « biens premiers » (idée issue de Rawls) pour atteindre les mêmes objectifs. La santé et l'éducation font partie de ces « biens premiers » qui permettent le développement individuel et l'accès au bien-être.

Il est possible, dans une certaine mesure, d'adapter cette idée aux inégalités sociales de santé. En effet, les personnes les plus démunies, nécessitent davantage de moyens pour accéder aux soins. Il faut toutefois préciser que la précarité qui limite l'accès aux soins n'est pas toujours, ou pas uniquement une précarité économique. Il peut s'agir d'un défaut de moyens humains et matériels pour accéder aux besoins de cette partie de la population. Moyens dont la mise en oeuvre

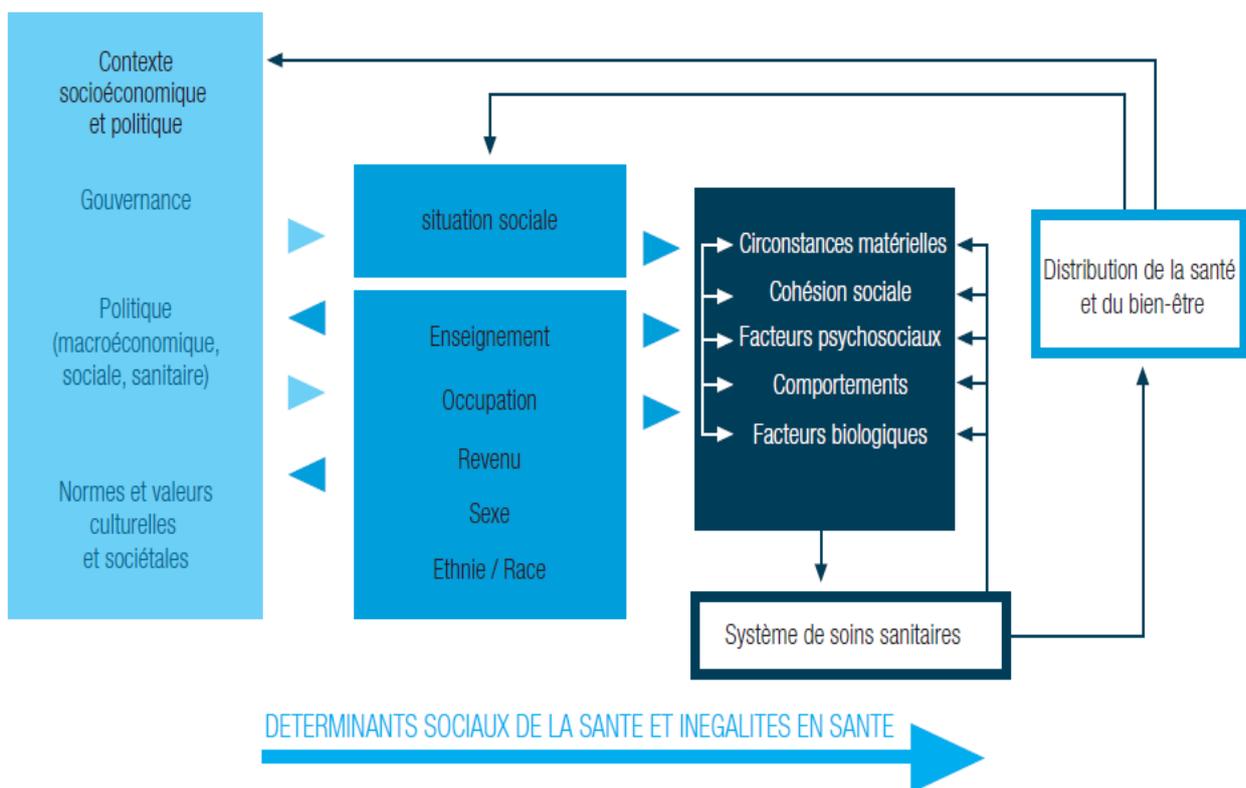
appartient à l'action publique.

A.SEN développe l'idée de la « liberté effective » qui ne peut être mise en œuvre que s'il existe des pré-requis permettant aux individus d'exercer leurs « capacités ». Il est nécessaire, non-seulement, qu'il existe des opportunités et des services à la disposition de la population pour qu'elle puisse atteindre des objectifs de bien-être (qu'ils s'agissent de la santé, éducation, emploi, logement mais aussi tout autre objectif propre à chaque individus) mais également, que les individus puissent de manière effective accéder à ses opportunités et services.

Au Brésil comme en France, les politiques de santé prévoient un accès gratuit au dépistage du cancer du sein afin de favoriser les chances de rémission grâce à un diagnostic précoce.

En France des études récentes relèvent les problématiques d'inégalités d'accès aux soins dont la lutte devrait être une priorité.

Les déterminants sociaux de santé, d'après la définition de l'OMS, « sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique. ».



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

L'INPES¹ distingue deux types de déterminants sociaux de santé : les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires.

Il existe tout d'abord un lien entre l'organisation économique et politique d'un pays, d'une région et l'état

¹ L.POTVIN, M-J. MOQUET , C. JONES (sous la dir.), « Réduire les inégalités sociales en santé », INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380p

de santé des populations.

Il s'agit des déterminants sociaux structurels qui « *influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques.* ».

Les déterminants structurels sont donc liés notamment aux politiques publiques. Ils ont des conséquences sur les déterminants intermédiaires qui sont liés « aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. »

Le rapport de l'Assemblée Nationale sur les résultats du dépistage du cancer du sein prend en compte les déterminants sociaux de santé dans une section sur « les motifs de non-participation » et observe, en se basant sur des études régionales, un lien entre les conditions de vie (lieu de vie, situation de chômage, niveau d'éducation, accès aux soins de manière générale) et le taux de dépistage :

« *Dans un milieu socio-économique défavorisé et / ou dans un contexte de moindre éducation, les femmes sont globalement éloignées de tout dispositif de prévention et a fortiori du dépistage systématique du cancer du sein* ». En effet, les messages de prévention ne semble pas être suffisamment clair et percutant pour la population la plus démunies : « *...les messages de prévention sont en décalage avec leurs conditions de vie et leurs préoccupations quotidiennes, la non-compréhension des brochures et de l'intérêt du dépistage, la peur de se faire dépister et les obstacles pratiques pour se rendre au rendez-vous de mammographie* » (Rapport n°1678 sur *Les Résultats du dépistage du cancer du sein*, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé, publié le 17/04/2004).

Le rapport révèle également que :

« *La perception individuelle du risque de cancer (moyenne ou forte), l'habitat en milieu rural, la mise en place d'un programme de dépistage organisé dans la région d'habitation, ainsi que le style de vie général sont également des facteurs influençant la participation des femmes [Maxwell 2001]. Enfin, différentes études montrent que le taux de participation des femmes a tendance à diminuer avec l'âge. Les données de 2000 de l'InVS indiquent néanmoins que le taux de participation le plus important est observé chez les femmes âgées de 65 à 69 ans [Institut national de veille sanitaire 2000].* »

Il est évident que les inégalités sociales influent sur la santé des populations, notamment dans le cadre des soins primaires dont la mise en œuvre doit être réalisée en l'absence de signes symptomatiques.

La différence d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers, et donc entre personnes ayant une différence de revenu qui reflètent une différence de condition de vie (logement par exemple), de condition de travail (plus ou moins physique), de diplôme, est d'environ 3 ans en France. Le phénomène qui démontre que l'état de santé d'une personne plus favorisée est meilleur que celui d'une personne moins favorisée, entre chaque niveau de la stratification sociale est appelé :

gradient social.

Il est important de préciser que la qualité des soins et la qualité de l'accès aux soins n'est pas forcément confondue.

Les politiques d'accès au dépistages du cancer du sein dans le contexte des inégalités sociales de santé du territoire du fleuve Oyapock :

L'épidémiologie sociale, développée depuis les années 70, a permis de mettre en évidence certains déterminants de santé qui fondent les inégalités sociales de santé. Il a ainsi été établi le lien entre les inégalités territoriales et l'état de santé des population affirmant ainsi que le territoire est un déterminant de santé important².

Le territoire n'est, en effet, pas un simple lieu géographique, qui comprend des caractéristiques qui contraignent plus ou l'accessibilité physique des personnes, des services, des biens...Le territoire est également un écosystème influencé par sa population, par la présence (plus ou moins forte, régulière) ou l'absence des institutions publiques, des services publics, d'activités économiques, culturelles, sociales.

L'organisation sociale et économique d'un territoire peut être très différente d'un autre territoire au sein d'un même Etat, d'une même région.

De même que l'on peut observer, que lorsque qu'une faculté physique fait défaut, une autre pallie au handicap, un territoire où la présence des institutions publiques auquel il est rattaché (de manière formelle, administrative) est faible, trouve d'autres modalités d'organisation.

Ces modalités peuvent être issues des traditions, pré-existantes, à la présence des institutions publiques. Ainsi, la présence de leaders communautaires à caractère culturel existe et, est reconnue dans les territoires amérindiens ou bushinigués³. Ils sont garants d'une organisation sociale qui peut être différentes de l'ensemble de la société sans pour autant être contraire.

Il existe également des territoires où la présence des institutions publiques n'est pas la bienvenue et où une organisation sociale, parallèle et clandestine à des répercussions négatives sur le reste de la société. Il s'agit notamment des territoires occupés par l'orpaillage illégal sur les fleuves de Guyane qui sont sources de pollution environnementale, de trafics divers et de violences.

Les politiques économiques ont également un impact sur l'accroissement ou la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, l'investissement de l'Etat a des conséquences sur l'isolement des territoires, l'offre de soins et l'accès aux soins.

Les Etats qui privilégient l'offre publiques de soins présentent généralement de moindres inégalités dans l'accès aux soins que ceux qui laissent une plus large place à l'offre privée de soins.

En dépit d'un recul dans les dernières années, la France a historiquement privilégié l'offre publique

² N. KRIEGER « *Theory of social epidemiology : Ecosocial theory* », International Journal of Epidemiology, 2001 ; 30:668-677

³ Population composée de plusieurs ethnies, issues des descendants d'africains amenés en Guyane lors de la période esclavagiste qui se sont enfuis et ont trouvé refuge dans la forêt, sur les berges du fleuve Maroni à la frontière entre la Guyane et le Suriname. Ils ont recréés des villages avec une organisation sociale et culturelle similaire à celle de leur tribus d'origine.

de soins et une protection sociale assez large tandis que le Brésil, bien qu'affirmant le principe d'une protection sociale universelle, a laissé une place importante au développement de l'offre privée de soins (notamment pendant la période de dictature militaire). Ainsi, dans le cadre du dépistage du cancer, quand les femmes françaises peuvent accéder à l'offre publique comme privée (dès lors que conventionnée avec la Sécurité sociale) même si elles ne disposent que des régimes prévus par la Sécurité sociale (hors mutuelles et assurances privées), les femmes brésiliennes n'accèdent qu'à l'équipement de l'offre de soins publique, sauf si elles disposent d'une assurance privée qui couvre ce type d'examen pour leur réalisation dans des structures privées.

Ainsi, dans le cadre du dépistage du cancer, quand les femmes françaises peuvent accéder à l'offre publique comme privée (dès lors que conventionnée avec la Sécurité sociale) même si elles ne disposent que des régimes prévus par la Sécurité sociale, les femmes brésiliennes n'accèdent qu'à l'équipement de l'offre de soins publique, sauf si elles disposent d'une assurance privée qui couvre ce type d'examen pour leur réalisation dans des structures privées.

Or, il existe des inégalités entre les délais d'attente pour une prise en charge publique ou privée, délais d'attente qui peut s'avérer décourageant pour les femmes concernées, sachant que le retard de dépistage est un facteur de mortalité.

Les choix en terme d'économie de la santé, d'investissement ou de retrait de moyens financiers de l'Etat se superposent aux inégalités entre les différents territoires qui composent les pays.

La Guyane Française et l'Etat de l'Amapá et plus particulièrement la zone frontalière située le long du fleuve Oyapock, présentent des déterminants géographiques et socio-économiques similaires.

De manière générale, les populations d'une partie de ces territoires, notamment à la zone frontalière, sont difficiles d'accès (voie fluviale et aérienne). La démographie médicale y est inférieure à la moyenne, avec une forte rotativité des professionnels et en ce qui concerne la Guyane, une moyenne d'âge des médecins de 59 ans.

Les chiffres utiles à l'étude sur le dépistage du cancer du sein:

En France comme au Brésil, les politiques nationales de dépistages du cancer du sein visent un taux de participation au dépistage de 70%.

En 2013, en Guyane, le taux de dépistage global était de 46,2%, contre 52% en France métropolitaine. Le taux de participation en Guyane en 2012 était de 33%. On remarque donc une nette évolution du taux de participation en Guyane contre une relative stagnation au niveau national.

Toutefois, sur la zone frontalière, les données recueillies par l'AGDOC révèlent que si le taux de participation pour la commune de Saint-Georges a évolué pour s'approcher de la moyenne régionale, le taux de participation sur une commune amérindienne comme Camopi reste faible. Ainsi, sur les 62 invitations envoyées durant les 10 dernières années, seules deux patientes ont réalisé leur mammographie, cela dans les deux dernières années. La population concernée n'est

certes pas très importante, toutefois, ces données attestent un manque d'intérêt ou de difficultés d'accès pour la réalisation de cet examen de soins primaires dont l'enjeu est important.

En Amapá, de manière générale, la situation est alarmante. Les chiffres sont un peu plus anciens, ainsi, en 2008, le taux de participation au dépistage est de 35,9% dans l'Amapa alors que le taux global de participation est de 54,2% au Brésil avec le pourcentage maximal de 63,8% dans la Région Sudeste⁴.

Le taux était de 34% en 2003 pour l'Amapá contre un taux global de 46,1% pour le Brésil.

On remarque donc le taux de l'Etat de l'Amapá a peu évolué en 5 ans notamment par rapport au taux national, alors que son taux de mortalité reste élevé.

L'Amapá est l'une des régions du Brésil (après l'Etat de Roraima situé également au Nord du pays) où le taux de mammographie est le plus faible du Brésil et où le taux de mortalité (par rapport au taux d'incidence) des conséquences du cancer du sein est le plus important.

Il est en effet intéressant d'observer les taux d'incidence et de mortalité du cancer du sein dans les territoires étudiés.

S'agissant de la Guyane Française, une récente étude sur l'incidence des cancers du sein entre 2003 et 2006 (Registre des cancers de Guyane, 2014) relève un *taux d'incidence* (nombre de nouveaux cas de la maladie dans une population donnée sur une année⁵) de 47,1 pour 100000 femmes pour un *taux de mortalité de 11 pour 100000*, contre un taux d'incidence de 101,5 pour 100000 femmes en France de manière générale et un taux de mortalité de 11 pour 100000.

Il apparaît ainsi que le taux d'incidence est inférieur à la moyenne nationale, ce qui s'explique aisément par la pyramide des âges de la Région (44% de la population guyanaise à moins de 20 ans en 2008). Néanmoins, la mortalité est peu inférieure au taux national au regard de l'incidence. Une problématique peut donc être posée quand à l'accès au dépistage et/ou aux soins pour les femmes concernées.

S'agissant de l'Amapá, le *taux d'incidence en 2003* était de *3,63 pour 100000 habitants* et de *11,86 en 2006*. Le *taux de mortalité* quand à lui était de *1,9 en 2003* et de *3,6 en 2006*.

Au Brésil, de manière générale, le *taux d'incidence* était de *46,35 en 2003* et de *51,66 en 2006*. Le *taux de mortalité* était de *10,4 en 2003* et de *11,4 en 2006*.

Les territoires étudiés disposent, par ailleurs, d'équipements de dépistage dont le nombre est inférieur à la moyenne nationale (d'après la Société de Mastologie du Brésil), et la zone frontalière en est totalement dépourvue.

Cette répartition des équipements et des professionnels de santé entraîne donc une nécessité de déplacement de la population concernée.

⁴ Source : Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA)

⁵ Taux d'incidence = $\frac{\text{nombre de nouveau cas de la maladie}}{\text{population à risque}}$ sur une période de temps,

« Chapitre 9 : Méthode statistique pour les registres » in « Enregistrement des cancers : Principes et méthodes », P. BOYLE et D.M. PARKIN, Centre International de Recherche sur le Cancer (IARC), 1996

L'influence des déterminants sociaux de santé sur la non-participation des femmes vivant sur l'Oyapock au dépistage au regard des données épidémiologiques :

Les caractéristiques socio-économiques de la population frontalière correspondent à celles des femmes en milieu défavorisé décrite dans le rapport de l'Assemblée Nationale.

Selon le témoignage des professionnels de santé qui exposent leurs difficultés, les femmes concernées par le dépistage dans la région de l'Oyapock, sont un public qui a peu fréquenté le système éducatif, qui mène une vie le plus souvent qualifiée de rurale avec des occupations telles que l'agriculture familiale, notamment pour les femmes amérindiennes, activité importante dans leur contexte culturel qui leur semble prioritaire sur le déplacement long et laborieux que nécessite la réalisation de la mammographie.

Or, si les campagnes de prévention jouent souvent sur la courte durée de l'examen afin d'encourager les femmes à prendre un peu de temps pour réaliser une mammographie, les femmes qui doivent accomplir un trajet compris entre trois heures et plus de douze heures de routes (parfois en mauvais état), qui ne pourront pas toujours repartir le jour même à leur domicile et devront s'organiser pour être hébergée et pour s'alimenter réfléchiront certainement davantage avant de réaliser le déplacement pour un examen d'une dizaine de minute dont elles ne visualiseront pas, le plus souvent, de résultat concret.

C'est notamment ce que révèle les propos recueillis en consultation auprès de la sage-femme du CDPS de Saint-Georges (cf Annexe 1 : Comptes-rendus des entretiens avec les professionnels de la frontière du fleuve Oyapock).

Les femmes qui vivent en milieu urbain, rural ou « traditionnel » font face à l'éloignement géographique des centres de dépistage, ne disposent pas pour la majorité de haut revenu, ni de moyen de transport qui leur sont propres notamment routiers.

Il faut tout de même distinguer les femmes qui ont des conditions de vie précaire dans le sens où leurs revenus économiques ne leur permettent pas de vivre en accord avec les conditions de vie considérée normales de la société dans laquelle elles vivent (logement insalubre, par exemple) et qui vivent ou ont vécu des périodes de chômage, des les femmes amérindiennes qui mènent une vie dite « traditionnelle » dans un contexte non-urbain et dont les problématiques de précarité ne sont forcément, en priorité, de l'ordre du revenu.

La précarité est dans tous les cas, liées à l'accès aux services d'imageries.

Les données statistiques du taux de participation au dépistage, mis en relation avec le taux d'incidence et de mortalité démontrent un désintérêt des femmes de la région de l'Oyapock pour la réalisation de cet examen de soins primaire. Dans le rapport élaboré par l'Assemblée nationale, le manque d'impact d'une manière générale, des campagnes de prévention est observé. En effet, même si le taux national est supérieur à celui évalué en Guyane et plus particulièrement sur la zone frontalière, il est encore loin de l'objectif des 70% de participation.

Les difficultés que présentent la transmission de messages de prévention sont accrues dans la région de l'Oyapock où l'information et l'éducation à la santé doivent être adaptées à des publics différents et doivent les mener à suivre les prérogatives élaborées au niveau national pour l'ensemble de la population.

L'AGDOC, du fait de la diversité de la population en Guyane a élaboré des plaquettes d'information dans différentes langues (dont le portugais) et a récemment modernisé cette plaquette par l'inclusion d'un message sous forme de bande-dessinée qui leur a semblé plus « accrocheur » (cf. Annexe 3). Ils s'appuient également sur le soutien d'une personnalité de la Guyane comme ambassadrice du message de prévention, qui accompagne notamment la campagne réalisée lors du mois d'Octobre Rose.

À Oiapoque, il n'existe pas de structure telle que l'AGDOC, comme précisé en amont, c'est la « Secretaria municipal de Saúde » qui porte les programmes de prévention et de dépistage.

Les habitants des villages amérindiens disposent de centres de santé qui dépendent non pas de la « Secretaria de Saúde » mais de la « Secretaria Especial da Saúde Indígena » (Secretaria Spécial de la santé amérindienne, SESAI) qui est un service du SUS qui s'inscrit dans la politique d'Attention au Soins Primaires⁶. La gestion des services de santé dans les territoires amérindiens est gérée par un « Distrito Sanitário Especial Indígenas » (District Sanitaire Spécial Indigène, DSEI). Le DSEI qui englobe les villages amérindiens de l'Amapá est le DSEI Amapá-Nord du Pará qui regroupe 129 villages. Les unités de santé qui dépendent de la SESAI sont chargées de réaliser le travail de prévention et d'orientation des patientes vers la mammographie.

Toutefois, l'éloignement géographique et les difficultés de transports découragent souvent les femmes de réaliser l'examen de dépistage qu'est la mammographie dans les milieux plus urbains comme dans les zones plus rurales.

Actuellement, la mammographie est considérée, en France comme au Brésil comme l'examen de référence et le seul inclus dans la politique de dépistage organisé. Les examens complémentaires éventuels, tel que l'échographie, ne sont réalisés qu'en cas de doutes sur les clichés de la mammographie.

L'échographie est un examen, en pratique, plus facilement réalisable auprès d'une population dispersée en raison de la production d'équipements portatifs de bonne qualité. La sage-femme du Centre de santé de Saint-Georges dispose d'ailleurs d'un tel appareil qu'elle transporte lors de ces déplacements sur l'Oyapock.

Néanmoins, l'usage de ce dispositif comme outil principal de dépistage semble moins pratique sans cliché permettant la visualisation totale du sein comme support pour la recherche d'anomalies, notamment en l'absence de signes symptomatiques.

⁶ Les SESAI ont été créées par la loi 12.314/2010 du 20 août 2010

Section 2.2 L'influence de l'articulation de différentes politiques publiques dans la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de l'accès au dépistage.

L'action publique est le plus souvent fragmentée en secteur d'activité et en enveloppes budgétaires. Les spécificités de chaque secteur qui requièrent des compétences particulières et la praticité pour la gestion budgétaire et financière sont évidentes. Toutefois, le souci d'un développement durable des territoires, qui inclue la dimension d'amélioration de qualité d'accès et de prise en charge des soins médicaux, appelle un travail conjoint avec différents axes des politiques publiques.

En effet, si les inégalités sociales de santé reflètent « l'incarnation » (« embodiment ») des inégalités sociales dans l'état de santé des populations (KRIEGER N. « Theory of social epidemiology : Ecosocial theory », Ecole de Santé Publique d'HARVARD), elles reflètent également les inégalités territoriales qui sont des déterminants importants des inégalités sociales de santé.

L'intérêt de la coordination de l'action publique dans la réduction des inégalités sociales de santé qui entravent l'accès à la mammographie pour la population du fleuve Oyapock :

Les inégalités territoriales sont le cumul de différentes inégalités socio-économiques qui sont visibles non seulement dans les situations individuelles mais également dans la présence ou le défaut des infrastructures, l'accès aux équipements communs et aux services publics qui ne sont pas restreints aux services de soins.

Les infrastructures routières ou fluviales pour la région étudiée notamment pour le transports des personnes (patients et professionnels) et du matériel ou encore les moyens de communication téléphoniques et numériques sont concernés. L'action des services sociaux auprès d'une population en situation de précarité, peu habituée à la réalisation de démarches administratives devenues incontournables, est également déterminante, non seulement pour accompagner les situations de nonaccès aux droits sociaux mais également pour prévenir les situations de précarité.

L'accès à ses infrastructures, équipements et services n'est pas uniforme et constitue des inégalités territoriales qui ont un impact sur l'accès aux services de santé et par conséquent, sur l'accès à la mammographie.

Les inégalités territoriales se trouvent renforcées, le plus souvent, dans les lieux éloignés des centres principaux. C'est également le cas, par exemple, des zones rurales situées au centre de la France ou des localités isolées dans les zones montagneuses ou dans les archipels de la France métropolitaine ou d'Outremer.

La région de l'Oyapock ne fait pas exception et requière une action publique concertée afin de

réduire les inégalités territoriales qui ont un impact sur la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

Les inégalités territoriales qui entravent à l'accès à la mammographie :

La zone frontalière franco-brésilienne est également concernée tant au regard du profil des habitants qui ont, pour la plupart de faibles revenus et sont, du côté français, souvent bénéficiaires des minimas sociaux (Revenu de Solidarité Active, Allocations Familiales). C'est également le cas pour les populations amérindiennes françaises.

Aux situations de précarité économique s'ajoutent les défaillances en termes d'infrastructures, notamment routières, plus particulièrement sur le trajet entre Oiapoque et la capitale de l'Etat de l'Amapá, qui n'est toujours pas totalement goudronnée et régulièrement en mauvais état, ralentissant voir empêchant un trafic routier normal.

Pour les populations vivants hors de ses axes, le transport vers l'accès à la route est fluvial, et le plus souvent personnel. Ainsi, chacun doit s'organiser avec les embarcations et le carburant dont il dispose. Il n'existe pas de réel réseaux de transports collectifs hormis ceux qui sont organisés pour les élèves durant la semaine et les pirogues de l'hôpital de Cayenne qui desservent les villages amérindiens toutes les semaines ou toutes les quinzaines selon les localités, pour transporter le personnel médical et le matériel mais qui transportent également les patients.

Le transport par voie aérienne dans ses localités du fleuve Oyapock n'existe pas comme c'est le cas pour certaines communes de l'Ouest guyanais qui est davantage peuplé. Seuls les transports d'urgence ou les transports ponctuels liés à des missions de politiques publiques ou de recherches scientifiques se rendent dans ses villages par voie aérienne.

Il est évident que les localités frontalières sont également confrontées à un déficit en terme d'accès aux nouvelles technologies et plus particulièrement à internet, notamment du côté français (la commune amérindienne de Camopi, située à quatre heures de pirogue de Saint-Georges de l'Oyapok, bénéficie de l'accès à la téléphonie mobile et à internet de manière continue depuis juillet 2015).

L'amélioration de l'accès aux soins demande donc un travail en concertation entre les institutions sanitaires et sociales mais également avec les institutions responsables de l'aménagement du territoire, de l'environnement et du développement durable.

En effet, les problématiques liées à l'environnement peuvent avoir une influence importante sur l'état de santé des populations. Le lien entre la pollution et l'apparition de cancer n'est pas, à ce jour, établi néanmoins, il a été prouvé que la pollution des eaux par le mercure est responsable de l'augmentation de cas de malformations foetales.

La coordination de l'action publique comme outil de lutte contre les inégalités ayant un impact sur la santé des populations de l'Oyapock :

Les théories de justice sociale développées par J.RAWLS préconisent, un traitement différencié

des personnes en situation d'inégalité avec la mise à disposition de plus de moyens aux personnes en situation précaire. Et, pour A. SEN, la mise en œuvre des moyens de maximiser les « capacités » des individus lorsqu'il n'est pas possible à court ou long terme de réduire durablement les sources des inégalités.

Ces développements peuvent être appliqués aux inégalités territoriales. Les territoires éloignés des centres, sont souvent moins peuplés et leur développement semble moins prioritaire face aux nécessités d'une population croissante dans les villes principales. Néanmoins, l'accès aux soins étant un droit pour tous, les habitants des localités décentralisées devraient bénéficier de moyens (de transports, économiques) leur permettant d'utiliser réellement les équipements sanitaires.

Lorsque Amartya Sen utilise le terme de « capacités », il souhaite que chacun dispose des capacités d'accéder à ses droits et de les exercer de manière effective. Il s'agit ensuite pour chacun de prendre ses responsabilités en toute liberté. Le parallèle qu'il développe entre l'usage des ressources disponibles et les capacités (capabilités) des individus à valoriser les ressources de leur environnement est essentiel. Il relève que les individus sont entravés par les opportunités sociales, politiques et économiques présentes dans la société. Il affirme que la liberté individuelle doit être un « engagement social ». Ainsi, la liberté de choix et d'action d'un individu, par exemple de réaliser une mammographie, est limitée par sa place dans la stratification sociale, dans l'environnement socio-économique dans lequel il évolue.

Pour mettre en œuvre les « capacités », l'action publique est donc essentielle, notamment en santé publique.

Les pouvoirs publics sont en effet responsables de l'organisation de l'offre de soins qui doit répondre au principe d'égal accès aux soins. Si les inégalités sociales de santé sont aplanies, les personnes sont ensuite libres d'utiliser ou non les services publics mis à disposition.

Les médecins qui travaillent dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) en Guyane⁷, situés notamment sur les zones frontalières avec le Brésil et le Suriname, relèvent les difficultés liées à l'éloignement des populations : « *les trajets en pirogue onéreux non pris en charge, les services sociaux (...) peu ou pas présents en communes, les naissances parfois non déclarées, les plateaux techniques insuffisants dans les centres (pas de biologie ou d'imagerie actuellement) etc* ». L'éloignement entraîne par ailleurs une durée d'hospitalisation qui est égale au « *double de la normale* ». Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, les examens d'imageries (mammographie, échographie) et les examens biologiques (recherche de marqueurs), indisponibles dans l'environnement proche, sont indispensables à la confirmation du diagnostic et à la mise en œuvre des traitements.

Ils décrivent ici, un cumul d'inégalités territoriales qui ont un impact sur la santé des populations,

⁷ M. VILLE , P. BBROUSSE , « Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés », INPES, Revue « La santé en action : Prévention/Promotion/Education », Dossier « Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations », juin 2014/n°428. pp36-38

qui leurs permettent d'affirmer un état de « *précarité en termes d'accès aux droits et aux soins* ». Ainsi, des examens pouvant être réalisés en peu de temps de trajets dans le secteur urbain ne peuvent être fait que de manière laborieuse par les populations des communes fluviales, ce qui est susceptible d'entraîner des retards voire des refus de soins. En effet, lorsque la patiente concernée doit s'absenter plusieurs jours de son lieu de vie pour réaliser un examen, elle met en balance le temps d'absence (temps de transport, temps d'attente des différents type de transports), la durée de l'examen et le bénéfice de cet examen. Souvent, elle désistera de quitter son lieu de vie, notamment s'il s'agit d'une personne âgée.

Afin de réduire des inégalités sociales de santé, l'INPES préconise de « *développer et mettre en place des programmes et des interventions visant à réduire les répercussions des inégalités sociales sur la santé* ».

Dans le recueil d'articles consacrés aux inégalités sociales de santé⁸, les auteurs rappellent que les valeurs de solidarité et de justice sociale « *font partie des fondements de la promotion de la santé* » et ils retrouvent les développement d'Amartya Sen sur la notion d'équité en santé en rapport avec la notion de justice sociale qui décrit la santé comme « *une dimension essentielle de la capacité humaine de poursuivre des buts et des objectifs de vie* ».

La Guyane Française comme l'Etat de l'Amapá sont des territoires qui supportent de manière générale des inégalités territoriales qui ont des répercussions sur l'accès aux soins. Les conditions de travail des professionnels de santé y sont plus difficiles ce qui est un frein pour les recrutements. Les inégalités sont simplement plus exacerbées sur la zone frontalière.

C'est pourquoi il est essentiel que les différentes politiques publiques puissent être coordonnées. En effet, la réduction des inégalités territoriales de manière générale sera bénéfique à la réduction des inégalités sociales de santé. Inversement, en recherchant la réduction des inégalités sociales de santé c'est l'ensemble des inégalités territoriales qui sera impacté.

Le cas du dépistage du cancer du sein illustre bien ces problématiques. La réalisation du dépistage nécessite que les femmes concernées soient inscrites à la Sécurité sociale (Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane), ce qui implique qu'elles soient en situations régulières. Hors, il y a en Guyane et plus particulièrement à la frontière une population étrangère, en situation irrégulière, relativement importante. Par ailleurs, les populations en situation régulière, y compris de nationalité française ne sont pas toujours inscrites auprès de la CGSS et ne sont parfois même pas en possession de leur document prouvant leur nationalité française (cas de non déclaration de naissance). De ce fait, elles ne reçoivent pas l'invitation au dépistage gratuit envoyée par l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC) qui se base sur les fichiers des assurés sociaux.

L'AGDOC a d'ailleurs prévu que les médecins puissent demander l'ajout d'une patiente via une plate-forme en ligne.

⁸ L.POTVIN, M-J. MOQUET , C. JONES (sous la dir.), « *Réduire les inégalités sociales en santé* », INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380p

Par ailleurs, le dépistage bien que gratuit, requiert la présence de mammographe en fonctionnement et de professionnels compétents. Or, il arrive régulièrement que l'un ou l'autre fasse défaut.

Ainsi, l'AGDOC relève que l'une des structures privées d'imagerie médicale de Cayenne, réalise huit fois plus de mammographies que l'hôpital public.

Par ailleurs, les femmes en situations irrégulières ont d'autant plus de mal à réaliser le dépistage en Guyane qu'elles doivent passer par un barrage de contrôle d'identité entre Saint-Georges de l'Oyapock et Cayenne (cf. Annexe 1) et assurer les frais de l'examen, sauf si elles bénéficient de l'AME.

Or, la réalisation du dépistage du côté brésilien n'est pas plus évidente. En effet, bien que gratuites également, les mammographies ne sont pas réalisées sur la principale ville frontalière. Elles doivent donc ce rendre à Macapá, capitale de l'Etat, affrontant entre six à douze heures d'une route, souvent en mauvais état. L'aller-retour dans la même journée étant improbable, il leur faudra donc se loger sur place.

Leur situation est ainsi identique aux femmes qui vivent dans les communes fluviales (hors de Saint-Georges) du côté français. En particulier, les populations amérindiennes et celles de la commune de Oanary qui doivent trouver un transport en pirogue dont le coût reste à leur charge, sauf si elles utilisent la pirogue de l'hôpital de Cayenne, tout comme le transport routier, les frais alimentaires et l'hébergement éventuellement seront payant sur la commune où elles pourront réaliser l'examen.

Afin d'encourager les femmes à réaliser leur mammographie, l'un des médecin du Centre de Santé de Saint-Georges leur délivre des bons de transport leur permettant de réaliser l'aller-retour à Cayenne en véhicule sanitaire ou en taxi conventionné. Une fois de retour à Saint-Georges, les femmes résidant dans les villages amérindien devront néanmoins patienter une semaine pour rejoindre leur village, dans l'attente de la prochaine pirogue de l'hôpital, sauf si des proches peuvent les ramener chez elles.

Sur Cayenne, une maison d'accueil est en projet pour les patients devant rester pour des moyens à long séjours sans nécessité d'hospitalisation. Néanmoins, il ne semble pas que l'accueil des personnes venant pour la réalisation d'examen de soins primaires soit incluse.

La réalisation d'une mammographie d'une durée de moins d'une demi-heure est semblable à un parcours du combattant, résultat d'inégalités territoriales dont la résolution ou tout du moins l'amenuisement ne dépend pas que de la politique de santé publique. Les politiques sociales ont bien entendu leur rôle à jouer pour l'accès aux droits notamment sociaux et l'accompagnement social des patients en difficultés sociales. Les politiques de transports doivent se pencher sur l'organisation des trajets routiers mais également fluviaux de ses populations.

Les politiques de télécommunications et d'accès aux innovations technologiques sont également concernées, ne serait-ce que pour la prise des rendez-vous médicaux mais également pour la transmission des résultats auprès des centres de santé. En général, les centres de

mammographie en Guyane délivrent les résultats aux femmes afin qu'elles puissent se rendre directement au centre de santé pour les présenter aux médecins. A Macapá, les résultats sont délivrés seulement sous quinzaine et c'est l'hôpital d'Oiapoque qui est chargé d'aller récupérer les résultats pour les transmettre aux UBS de la commune, qui sont ensuite chargée de contacter les patientes.

Amartya Sen précise bien dans ses développements que le seul aspect financier, le seul regard sur les revenus est insuffisants pour caractériser les inégalités.

La coordination des politiques publiques est une nécessité pour l'établissement d'une équité d'accès aux soins. Il est évident que l'égalité financière d'accès aux soins qui se résume à la gratuité de l'examen et des traitements ne peut pas être le seul élément permettant d'évaluer l'équité face à l'accès aux soins.

Il existe des coûts connexes importants qui ne sont ni pris en charge par l'organisation des services publics ni remboursés à l'utilisateur dans un cadre établi par les pouvoirs publics et dépendent de la volonté des professionnels de santé.

Conclusion du chapitre 2 : Les déterminants sociaux de santé expliquent les inégalités sociales de santé et leur impact sur la santé de la population du fleuve Oyapock. La non-participation des femmes à la mammographie en raison des difficultés d'accès à cet examen est l'une des conséquences de ses inégalités sociales de santé. Or, la non-participation accroît les risques d'une détection tardive d'une tumeur cancéreuse et donc entraîne un retard dans le début des traitements. Les conséquences sont donc non seulement graves pour la santé de la patiente mais sont également peu souhaitables sur le plan d'économie de la santé. En effet, les actions de prévention et de dépistage telles qu'organisées dans le cadre du dépistage du cancer du sein sont un investissement sur le long terme, à la fois bénéfique à la santé de la population concernée mais également au financement des soins.

Cependant, l'investissement dans les actions de prévention et de dépistage ne peut être réellement efficace que si elle est diffusée de manière récurrente et compréhensible auprès du public concerné. Pour cela, les politiques de santé publiques doivent être supportées par d'autres politiques publiques qui sont nécessaires à l'amélioration de la vie quotidienne de l'ensemble de la population.

Les politiques de santé publiques doivent également être adaptées au public auquel elle s'adresse non seulement à des caractéristiques générales (femmes, hommes, tranches d'âge) mais également à ses caractéristiques particulières (situations socio-économiques, culturelles,...) qui ont leur importance dans la réception des messages de prévention qui doivent déboucher sur l'action consciente des individus. Ainsi, dans le cadre du dépistage du cancer du sein, les messages de prévention diffusés doivent avoir pour conséquence la participation des femmes au dépistage, participation pouvant être retracée par l'augmentation du taux de mammographies réalisées et une diminution de la mortalité.

Chapitre 3 : La nécessaire adaptation de la politiques d'accès aux dépistages à un environnement spécifique pour atteindre ses objectifs: un appel aux stratégies innovantes

Les politiques publiques qui visent à encourager l'accès à la mammographie sont élaborées au niveau national pour être implémentées au niveau régional, local. Le taux de mammographie national, tant en France qu'au Brésil n'atteint pas les 70%, objectif à atteindre. La non-participation au dépistage du cancer du sein est d'autant plus importante dans les localités éloignées des centres principaux où les femmes concernées ne peuvent réaliser de mammographie à proximité de leur lieu de résidence.

L'accès aux soins primaires et à la mammographie en particulier dans la région frontalière est encore difficiles tant pour les professionnels, porteurs des messages de prévention que pour les patientes qui refusent pour diverses raisons liées principalement à l'éloignement géographique qui se superpose à des conditions de vie relativement précaires et des démarches administratives qui leur semblent laborieuses.

Cette région transfrontalière peut trouver dans son environnement un intérêt à renforcer la coopération interprofessionnelle et entre équipes homologues des deux rives (3.1) ainsi que dans l'implantation de solutions innovantes pour l'accès aux soins (3.2)

Section 3.1 Une région transfrontalière comme laboratoire du renforcement des coopérations humaines et matérielles

Les territoires français et brésiliens de part et d'autre du fleuve Oyapock sont rattachés à des gouvernances différentes. Néanmoins les dialogues politiques et économiques transfrontaliers se sont développés dans les dernières années.

A.SEN qui appuie sur la notion de liberté, de libre-arbitre des individus, ne néglige pas le fait qu'il existe des conditions préalables pour que les individus puissent réaliser leurs choix de manière réellement libre. Les pouvoirs publics portent la responsabilité d'établir les conditions qui permettent aux individus de réaliser des choix conscient par l'organisation sociale, politique et économique qu'ils dirigent. .

Une prise en charge globale et pluridisciplinaire nécessaire pour améliorer l'accès aux soins d'une population diverse :

Il est possible de s'interroger sur l'étendue du libre-arbitre des femmes n'allant pas au bout de la démarche de prévention du cancer du sein, en étant informée à la fois de la simplicité de l'examen et des bénéfices d'une détection précoce, face aux obstacles que présente l'éloignement géographique.

La seule action des professionnels de santé n'est pas suffisante et le travail pluridisciplinaire incluant l'action sociale notamment fait souvent défaut pour prendre en compte l'ensemble des conditions de vie des femmes concernées.

Les deux Plan Cancer insistent sur la prise en charge globale des patients avec notamment le rôle du service social et de l'accompagnement psychologique.

Cette prise en charge globale qui implique un travail pluridisciplinaire autour du patient est mise en

place après le diagnostic, au sein des établissements de santé.

Toutefois, les soins de prévention sont encore peu concernés par cette démarche d'échange entre les différents professionnels.

Les démarches sont réalisées de manière indépendante, sans processus structuré comme c'est le cas à partir du diagnostic.

Or, pour parvenir jusqu'à l'étape du diagnostic, si possible un diagnostic précoce afin que la patiente arrive à l'étape des soins avec les meilleures chances, l'accès au dépistage est essentielle.

Au Brésil, il existe une volonté de prendre en compte la diversité culturelle et environnementale qui transparait notamment dans les politiques sanitaires et d'éducation. Ainsi, dans les secteur de la santé publique et de l'éducation, il existe des institutions spécifiques aux populations amérindiennes, des concours publics spécifiques pour les professionnels souhaitant travailler dans les territoires ruraux où amérindiens. Des programmes de « discrimination positive » ont également été mis en place pour l'accès aux universités et à la fonction publique.

En France, le principe de l'« union nationale » prime le plus souvent sur la prise en compte des diversités et correspond à une volonté de non-discrimination des citoyens quelque soit leur situation individuelle et « communautaire ». La France a en effet, une tradition d'« assimilation culturelle » qui a pour objectif de ne pas créer ou renforcer des inégalités de traitement entre les individus, notamment dans la sphère publique. Ainsi, les politiques publiques sont applicables de manière identique (sauf point bien spécifique telle que la prise en compte des décision des tribunaux traditionnels en Nouvelle-Calédonie ou l'autorisation des corridas dans certaines régions sans que cela soit considéré comme une violence faite aux animaux).

La question d'un traitement identique pour tous sans prise en compte des caractéristiques individuelles et/ou communautaires dans un pays qui regroupe une grande diversité culturelles, notamment en raison des flux migratoire est un vaste débat régulièrement réactivé en période électorale.

Au Brésil, l'impact de l'immigration dans la réalité contemporaine est moindre. Néanmoins, l'Histoire du pays est ponctué de flux migratoires depuis le début de la colonisation en passant par la période esclavagiste et la venue de travailleurs européens ou encore asiatiques au cours de la période d'industrialisation.

La Guyane et l'Amapa, situées dans la région amazonienne, difficilement explorée et habitée en dehors des populations amérindiennes, se compose d'une population diverse, aux cultures différentes, qu'il s'agissent de la population autochtone, des populations issues de la période de colonisation et d'esclaves et, pour la Guyane en particulier, des populations issues de l'immigration venues des Caraïbes (Haïti, République dominicaine...) ou des pays voisins (Brésil, Surinam).

La région de l'Oyapock cumule ainsi, à la fois les caractéristiques propre à sa situation géographique et celles d'une population très diverse dans ses caractéristiques culturelles, avec des situations de précarité socio-économique.

L'accès au soins est moindre chez les personnes en situation de précarité, les soins primaires sont souvent délaissés de manière générale. La faible participation au dépistage du cancer du sein par mammographie reflète cette logique.

Le Brésil a développé des programmes de santé adapté pour les zones rurales, fluviales et

amérindiennes. Néanmoins, tous ces programmes ne sont pas développés dans la région de l'Oyapock et des conflits existent entre les services mis en place pour la population « citadine » et la population amérindienne. Les politiques différenciées pour s'adapter aux conditions de vie de manière plus spécifique n'a donc pas les effets escomptés s'agissant de l'accès à la mammographie.

La population frontalière est, comme nous l'avons souligné auparavant, diverse dans ses modes de vie et l'action pluridisciplinaire encouragée dans la prise en charge des patients de manière générale, apparaît comme un atout indispensable à l'amélioration de l'accès aux soins et donc au dépistage du cancer du sein.

L'état actuel des coopérations humaines et matérielles :

Sur le thème de la santé, c'est tout d'abord la prévention de la transmission du VIH qui a fait l'objet d'une coopération entre les deux rives.

Le cancer du sein n'est certes pas une maladie vectorielle. La France et le Brésil ont néanmoins développé des politiques publiques similaires en faveur d'actions de prévention et de promotion d'un dépistage précoce. Les actions requièrent des moyens humains et matériels semblables, adaptés bien sûr à la densité démographique, plus importante sur la rive brésilienne.

Les professionnels de la frontière sont en contact régulier sur des problématiques sanitaires, notamment par le nouveau mode de communication « Whatsapp », plus pratique selon eux pour les échanges.

De nombreuses femmes brésiliennes qui résident sur la rive brésilienne viennent consulter à Saint-Georges, hors il n'est pas toujours possible pour les professionnels de réaliser un suivi en Guyane Française lorsqu'elle ne sont pas situation régulière en France.

Ainsi, lorsque des femmes brésiliennes, en situation irrégulière et non-bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) concernées par le dépistage se présentent au Centre de santé de Saint-Georges, les professionnels de santé les redirigent vers les structures brésiliennes afin qu'elles bénéficient d'une mammographie de dépistage gratuite.

Il existe aussi des situations où les professionnels de santé d'Oiapoque demandent une possibilité de prise en charge en Guyane lorsque la situation d'un patient semble trop compliquée et urgente pour organiser un déplacement jusqu'à Macapá.

L'intérêt des coopérations humaines et matérielles pour le dépistage du cancer du sein :

Les coopérations humaines, interdisciplinaires, et matérielles sont utiles tant entre professionnels de chaque rives comme entre professionnels exerçant sur la rive française et brésilienne¹.

La « Secretaria de Saúde do Oiapoque » qui gère les programme de prévention et de soins ainsi que les Unidades Básicas de Saúde insiste sur leur sentiment d'échec de la politique des soins primaires, notamment en raison du manque de moyens pour aller vers une population dispersée sur la zone frontalière (zone fluviale, rurale, amérindienne), qui ne consulte pratiquement qu'en cas de signes symptomatiques. Ils révèlent également une relation conflictuelle entre l'équipe de soins dédiée aux

¹ Des professionnels étrangers exercent des deux côtés. Oiapoque a bénéficié du programme « Mais médicos » et quelques médecins cubains notamment se sont joints à l'équipe locale.

villages amérindiens et leurs habitants, ce qui entraîne de manière générale un retard dans l'accès au soins et récemment, le décès d'une patiente d'un cancer du sein à la suite d'un refus de prise en charge. Il semble que les problématiques récurrentes de patients amérindiens qui se rendent à Oipoque en état d'urgence créées un climat de tension entre les équipes médicales rattachées à la SESAI et celles d'Oipoque.

En Guyane, la sage-femme du Centre de santé regrette l'absence d'une Protection Maternelle et Infantile qui serait un support pour la promotion du dépistage. Par ailleurs, l'absence d'un service social permanent pour l'accompagnement des patientes qui ont des difficultés sociales mais également pour d'autres problématiques sociales observées par les professionnels de santé (violences familiales par exemple), constitue un handicap.

Il est difficile pour les professionnels d'établir une coopération solide interprofessionnelle lorsque les professionnels ne sont pas présents de façon continue.

Le Plan Cancer encourage une prise en charge globale des patients car, les patients eux-mêmes et leurs proches ont fait remonter le besoin d'être accompagnés non-seulement en tant que patients mais également en tant que personne sociale.

Les équipes médicales des UBS d'Oipoque ont l'habitude d'orienter les patientes vers les services sociaux dédiés à la santé familiale (NASF), néanmoins il n'existe pas de réel suivi des actions réalisées par ce service dans l'accompagnement des femmes qui nécessitent une aide financière pour se rendre à Macapá afin de réaliser leur mammographie.

Etant donné les déplacements transfrontaliers réalisés par les patientes brésiliennes, une coopération accrue entre les équipes médico-sociales seraient utiles pour améliorer la prise en charge, en appui d'une amélioration de l'accès aux services de soins et de dépistages qui est indispensable.

Par ailleurs si la coopération entre équipes médicales et équipe des services sociaux est la plus classique au regard des difficultés socio-économiques des habitants, il est nécessaire de pas oublier l'action utile d'autres professionnels tels que les psychologues, les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les médiateurs culturels.

La coopération interprofessionnelle est ainsi quasiment inexistante dans les villes principales de la frontière et les échanges transfrontaliers entre homologues est à construire.

Le renforcement des coopérations humaines pourrait être intéressant pour que les professionnels connaissent mieux le circuit des patientes et les difficultés qu'elles affrontent mais également pour avoir une autre vision de l'accompagnement global des patientes réalisé sur chaque rive et réfléchir aux moyens d'optimiser les dispositifs de prévention et de dépistage du cancer du sein.

S'agissant plus particulièrement de la population amérindienne qui vit à l'extérieur des communes principales, l'accompagnement est organisé et vécu de manière très différente en Guyane Française et au Brésil, du moins dans le territoire étudié.

En Guyane, les structures administratives et médico-sociales qui s'occupent de la population amérindienne sont les mêmes que celles qui s'occupent de l'ensemble de la population.

Au Brésil, il existe une institution spécifique : la FUNAI, ainsi qu'une branche du SUS : la SESAI qui ont un personnel dédié à la population amérindienne.

On relève une relation assez conflictuelle entre ces institutions et les amérindiens qui se retrouvent dans la région d'Oiapoque où la Secretaria da Saúde relève que le personnel de santé est régulièrement hostilisé par les populations dont ils s'occupent et que les orientations de prise en charge qu'ils réalisent sont souvent ignorées.

En Guyane, les professionnels retracent une relation pacifique malgré quelques réticences des personnes les plus âgées à réaliser certaines démarches de prévention et de soins.

Il faut donc s'adapter à un public urbain, rural et autochtone divers.

A Oiapoque, les professionnels pensent qu'il est impératif d'aller davantage vers la population car l'instauration d'unité de santé de proximité n'a pas suffi à améliorer l'accès aux soins primaires et la prévention reste le parent pauvre de la prise en charge sanitaire tant en milieu urbain qu'en milieu rural et de manière plus accrue chez les populations amérindiennes.

Or, ils relèvent un manque de moyens, notamment depuis l'année dernière en raison de la non-réception des dotations reversées de l'Etat Federal à l'Etat de l'Amapá et donc à la municipalité d'Oiapoque.

Il existe en effet, une relation difficile entre les différents niveaux institutionnels, sous couvert de crise économique actuelle, et des fonds qui sont alloués du niveau national vers les Etats, des Etats vers les municipalités.

Dans l'attente de ses dotations, les agents sont limités dans leurs déplacements auprès de la population et concentrent leurs actions dans la zone urbaine.

La ville d'Oiapoque est dotée d'un réseau de services sociaux dont l'un est dédiée à la santé de la famille et reçoit, sur orientation médicale, les femmes devant se rendre à Macapá pour la réalisation de leur mammographie et qui n'aurait pas les moyens financiers suffisants pour assumer le coût du voyage (trajet, hébergement, repas). Toutefois, les femmes ne vont pas systématiquement au bout de la démarche et la secretaria de saúde ne dispose pas de données permettant de vérifier si les rendez-vous pris à Macapá pour la réalisation de mammographies ont été honorés.

En Guyane, le service social n'ayant pas de permanence à Saint-Georges de l'Oyapock, les femmes qui doivent réaliser des démarches préalables à la réalisation de la mammographie (mise à jour de la couverture médicale par exemple) se découragent le plus souvent, selon les témoignages de l'équipe médicale. La situation est d'autant plus alarmante pour les villages amérindiens où le taux de mammographies est extrêmement bas. Ainsi, entre 2005 et 2014, seules deux personnes ont réalisées leur examen de dépistage, après réception de l'invitation de l'AGDOC, sur les soixante-deux invitations envoyées.

S'agissant plus particulièrement du cancer du sein, la mammographie n'étant pas accessible sur place, les professionnels font le nécessaire pour l'obtention d'un rendez-vous à Macapá et prennent contact avec le service social adéquat en cas de besoin (NASF²) mais ne contrôlent pas directement si les femmes concernées s'y sont rendues.

Néanmoins, les données statistiques relevées par l'IBGE dénotent une faible participation des femmes au dépistage du cancer du sein par la réalisation de la mammographie. Le taux étant même en légère baisse contrairement à une croissance importante du taux de mammographies dans l'ensemble du

Brésil et notamment dans les régions du Sud du pays.

Les professionnels du Centre de santé de Saint-Georges observent que de nombreuses femmes qui résident sur la rive brésilienne viennent en consultation à Saint-Georges pour des raisons de délai de prise en charge.

La mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer du sein, sur le terrain, ne peuvent reposer uniquement sur les professionnels de santé dont ce n'est pas l'unique mission.

Le nombre de femmes concernées par le dépistage n'est pas très élevé, de manière générale en Guyane et en Amapa et de manière plus accrue dans la région frontalière, néanmoins, toutes doivent pouvoir accéder aux mêmes droits sanitaires et sociaux.

Le faible taux de dépistage dans les villages français situés sur l'Oyapock et dans l'Etat de l'Amapa est représentatif des limites des actions de prévention, limites ressenties par les professionnels de santé.

Il semble donc que, si l'accompagnement social fait défaut du côté français, l'accompagnement social proposé du côté brésilien ne suffit pas à motiver les femmes concernées de manière efficace.

Dans les deux cas, il semble que cet accompagnement social soit essentiellement technico-administratif et soit utilisé pour pallier à des problématiques, le plus souvent économiques, de manière ponctuelle.

L'inclusion de la communauté dans les actions de prévention :

La personne chargée de la cellule d'épidémiologie de la secretaria de saude, qui travaille en partenariat avec les UBS et l'hôpital, affirme qu'il est nécessaire d'aller davantage vers la population. Il s'agit peut-être de mettre en place des relais communautaires, notamment dans les villages amérindiens.

Des agents communautaires existent dans certains villages amérindiens du Brésil et leur rôle facilite la diffusion de messages sanitaires auprès de la population.

Les professionnels qui travaillent sur l'Oyapock, rives françaises, relatent de bonnes relations avec la population, y compris amérindienne. Ils utilisent les relations amicales et familiales afin de diffuser des recommandations, des rappels de suivi de santé, notamment auprès des personnes plus âgées. Toutefois, ces relations de confiance ne suffisent pas dès lors que des démarches administratives et de longs déplacements s'ajoutent au suivi médical.

La formation d'agents communautaires pourrait être une option viable pour optimiser le travail des équipes médicales. Par ailleurs, ce type de poste existe en Guyane au sein du parc amazonien (parc national) dans le cadre de la politique environnementale.

Au delà de l'action des professionnels de santé et du potentiel de participation de la population locale aux actions de prévention, il existe la possibilité de développer des modes de transports et des moyens technologiques, non utilisés dans la région transfrontalière mais qui ont fait leur preuve ailleurs.

L'action pluridisciplinaire pour une meilleure prise en compte des diversités culturelles et socio-économiques :

Le Centre de santé de Saint-Georges recense, en effet, de nombreuses femmes brésiliennes vivant en situation irrégulière en Guyane ou traversant le fleuve pour venir en consultation qui souhaiteraient

réaliser leur mammographie sur le territoire français et éviter ainsi un aller-retour à Macapá , plus long et plus pénible.

Il est évident que les patientes ont leur propre responsabilité et libre-arbitre dans le choix de réaliser ou non le dépistage du cancer du sein.

Néanmoins, les textes de lois français et brésilien présentent un soucis d'équité en santé et le soucis de limiter les pertes de chances entraînées par un dépistage tardif. Il est donc indispensable de ne pas limiter l'accès au dépistage à la gratuité de l'examen technique mais de prendre en compte la situation socio-économique et l'environnement de chaque groupe de population et donc la diversité culturelle présente sur la région frontalière.

L'idée des "utopies d'inclusion" développée par Vera TELLES peut être appliquée aux situations d'inégalités sociales de santé qui sont sources d'exclusion des populations concernées, en effet, en se basant sur les droits à faire valoir, il est possible de créer des « références communes » d'accès aux soins, y compris des soins primaires, pour l'ensemble des territoires.

Tous les habitants et à fortiori les citoyens ont les mêmes droits, toutefois l'accès aux droits ne peut être réalisé selon les mêmes modalités pour tous.

L'adaptation des messages de prévention et des modes de communication pour favoriser le dépistage du cancer du sein, est un défi dans les zones urbaines comme rurales. Le défi est d'autant plus important dans la région de l'Oyapock

Section 3.2 Une région transfrontalière (aux multiples défis) comme laboratoire du développement d'innovation en santé facilitant l'accès aux soins et à la mammographie

La région de l'Oyapock comporte des spécificités qui requièrent des adaptations pour une meilleure diffusion des messages de prévention et pour encourager les femmes à réaliser l'examen de dépistage de référence, la mammographie.

Il est donc intéressant de voir quelles sont les innovations qui pourrait optimiser l'accès aux services de soins et au dépistage du cancer du sein, qu'il s'agisse de dispositifs innovants proposant des alternatives au circuit classique ou d'innovations technologiques.

Le Plan Cancer de 2014 prévoit parmi ses objectifs, l'amélioration de l'accès au dépistage, l'amélioration de l'accès aux innovations technologiques et de soins et la réduction de la mortalité précoce (avant 65 ans), conséquences des inégalités sociales de santé.

De nos jours, l'accès aux nouvelles technologies et aux traitements innovants sont des éléments de qualité des services de soins. Leur accès apporte un avantage certain au patient qui en bénéficie.

Les mammographies sont réalisées majoritairement grâce à des appareils numériques dont les clichés sont, non seulement de meilleure qualité, mais mobiles et donc transférables par voie de communication numérique. La mammographie est la porte d'entrée vers les traitements éventuels et le diagnostic précoce est un enjeu de santé publique.

L'amélioration de l'accès à la mammographie par la proximité des services de soins et des technologies médicales :

Nous avons vu que les clichés sont édités et donnés aux femmes vivant sur l'Oyapock et réalisant leur mammographie en Guyane, le jour même de la réalisation de l'examen si aucune anomalie n'est repérée sur la première lecture.

Par contre, les femmes qui se rendent à Macapá doivent patienter au minimum une quinzaine de jour pour que l'hôpital aille chercher leurs clichés et les transmettent aux UBS dont elles dépendent.

En cas d'anomalie, ce délai est précieux car il détermine le début des traitements. D'autant plus que les femmes qui vivent sur l'Oyapock, ne pourront être traitée totalement ou en partie dans leur région d'origine.

Le diagnostic d'un cancer du sein entraîne donc un nouveau déplacement, de longue durée, le plus souvent avec une coupure quasiment totale des liens sociaux et familiaux. En effet, si un accompagnement est parfois pris en charge, il n'est pas automatique. D'autant plus que la vie familiale se poursuit dans le lieu de résidence et que l'accompagnant ne peut pas toujours s'éloigner pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, des activités qui font vivre le foyer.

C'est pourquoi, la présence de services de santé de qualité, accessibles au plus près des lieux de vie la population, permettent d'informer et orienter les femmes concernées vers un dépistage précoce et ainsi, de meilleures chances de succès des traitements en cas de besoins est primordiale.

Toutefois, ces structures doivent avoir un fonctionnement et des moyens qui soient adaptés à la population de leur secteur. Les UBS réparties dans les différents quartiers d'Oiapoque ne parviennent pas à mobiliser suffisamment les femmes concernées par le dépistage du cancer du sein.

A Saint-Georges et dans les villages plus éloignés, la sage-femme considère que leurs conditions de travail (effectif, locaux, matériels) sont adaptées aux missions auprès de la population même si l'installation d'un laboratoire de biologie et d'une salle d'imagerie serait bienvenues. Les équipes médicales et soignantes sont diversifiées (venue de professionnels spécialisés périodiquement à Saint-Georges).

A Oiapoque, la situation est plus compliquée. L'hôpital lui-même ne dispose pas d'une présence permanente de gynécologue par exemple. Les consultations et examens spécialisés (y compris les frottis) nécessitent que la patiente se déplace à Macapá.

Le retour des résultats d'imagerie et de biologie nécessaires au diagnostic du cancer du sein pourrait être amélioré grâce à des dispositifs utilisant les nouvelles technologies.

Un exemple de dispositif innovant existant hors de la zone frontalière : le mammographe mobile

Les mammographies ne pouvant être réalisées à proximité du domicile des patientes, certaines actions ont été développées afin de faciliter le déplacement des populations concernées.

Ainsi, en Guyane Française, les femmes vivant à Maripasoula (commune située sur le Maroni, à la frontière avec le Surinam) ont la possibilité de bénéficier d'un aller-retour en avion vers Cayenne afin de réaliser leur examen. Le coût du transport aérien est pris en charge par une subvention du Conseil Général. Arrivée à l'aéroport, un taxi conventionné réalise le transport routier vers le lieu où sera réalisé la mammographie.

Le service aérien pour la réalisation de la mammographie évite ainsi aux femmes qui l'utilise de devoir se rendre par pirogue à Saint-Laurent du Maroni, commune où se trouve le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais qui est plus proche en distance kilométrique mais dont l'accès est plus difficile et ne permet pas de réaliser l'aller-retour dans la journée.

Cette possibilité offerte aux femmes semble peu utilisée actuellement, toutefois comme il a été précisé auparavant, cette option n'existe pas dans l'Est Guyanais ni pour les patientes de l'Oyapock brésilien.

À la possibilité de faciliter le transports des femmes vers les lieux d'examen, s'ajoute la possibilité de rapprocher le lieu d'examen de leur résidence. Il s'agit plus particulièrement de la mise en route de mammographes mobiles.

Ce type de dispositif existe dans certaines régions de France (Aveyron, Normandie, Picardie par exemple) et du Brésil (Etats de Sao Paulo, Minas Gerais et de Bahia par exemple) et sont appréciés par les patientes qui ne peuvent se déplacer facilement vers les installations des centres principaux.



Illustration 1: Mammographie mobile-département de l'Oise-vue extérieure. Source : <http://www.orne.fr>



Illustration 2: Mammographie mobile-Juiz de Fora (Etat de Minas Gerais)-vue intérieure. Source: <http://www.acessa.com/saude>

En France comme au Brésil se sont développées dans d'autres régions/Etats, des solutions facilitant l'accès au dépistage pour les populations éloignées des principaux centres : les mammographes

mobiles.

Ce type de dispositif n'existe pas dans le Nord du pays, ni en Guyane Française. Plusieurs facteurs peuvent justifier l'absence de ses dispositifs. Il semble difficile d'amener un appareil de mammographie sans dommage par la route qui relie Macapa à Oïpoque. La route qui relie Cayenne à Saint-Georges est quant à elle en bon état de circulation et la sage-femme du Centre de Santé pense que l'idée pourrait être tout à fait adaptée pour drainer les femmes concernées sans risques de découragement face à la durée du trajet vers Cayenne. Cependant, le médecin-coordonateur du dépistage organisé du cancer du sein affirme que le rapport coût-bénéfice n'est pas viable au regard de la densité démographique concernées en Guyane.

Le médecin-coordonateur de l'Association Guyanaise de Dépistages Organisés des Cancers qui s'occupe du dépistage du cancer du sein et du colon, indique que cette option a été étudiée, tant dans la possibilité d'un transport aériens que routiers d'un mammographe.

S'agissant du transport aérien, il s'avère impossible au regard de la taille de l'appareil. Quant au transport routier, il semble que le rapport coût-bénéfice (personnels, maintenance...) ne serait pas satisfaisant au regard de la démographie guyanaise actuelle.

Il a tout de même été mis en place un camion itinérant pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (dont un dépistage organisé expérimental a été mis en place en Guyane) qui nécessite un matériel plus simple, et qui a remporté un grand succès.

En Amapá, au regard de l'infrastructure routière actuelle, le transport d'un mammographe sur la route qui relie Macapá à Oïpoque semble illusoire.

Il est alors possible d'imaginer un partenariat transfrontalier qui permettrait d'apporter à la population située aux frontières un service de proximité tout en garantissant une activité suffisante afin de garantir le coût du dispositif.

Les dispositifs existants et en développement en Guyane :

La télémédecine : Les professionnels disposent désormais de différents outils pour améliorer les échanges : les dispositifs de télémédecine et les échanges par courriers internet.

Les dispositifs de télémédecine sont présents dans différents Centre de santé dont celui de Saint-Georges. Toutefois, les professionnels utilisent plus aisément les échanges par courriers internet dont l'utilisation leur semble plus simple et rapide.

La question de la sécurité des messageries sécurisées pour les professionnels de santé est en question en Guyane. Les professionnels, notamment de ville, ont installé indépendamment les solutions qui leur semblait la plus adaptée. Une discussion s'est établie afin qu'une solution commune soit choisie afin de faciliter les échanges entre professionnels de ville et en établissements de santé.

La plateforme d'imagerie : L'Agence Régionale de Santé a décidé de réunir les différents partenaires publics et privés afin de créer une maîtrise d'ouvrage portant plusieurs projets dont une plate-forme permettant des échanges d'imageries médicales.

En Guyane, en raison de l'isolement de certaines localités, les professionnels doivent être en mesure de transmettre des informations pour solliciter des avis médicaux sur des problèmes qui ne semblent pas urgents (lésions dermatologiques par exemples). Ils leur est donc utile de pouvoir transmettre des

images. S'il s'agit de fichier sous format de photos classique, des échanges par connexions internet classiques peut suffire. Les fichiers d'imageries réalisées par radiographie, scanner, IRM sont des fichiers lourds qui ne sont pas toujours supporté par un lien internet.

Cette plate-forme servira à échanger des fichiers lourds, non seulement en Guyane mais également avec des partenaires aux Antilles et en France métropolitaine. Il est possible que ce nouvel outils soit également utilisé dans les échanges avec les pays voisins, au fur et à mesure du développement des coopérations en santé.

Les problématiques qui freinent l'utilisation des nouvelles technologies sur la zone frontalière :

De nos jours, les nouvelles technologies sont incontournables y compris dans le monde médical, tant pour la réalisation d'actes médicaux (robots permettant les micro-chirurgies, les chirurgies à distances) que pour les échanges entre professionnels.

Les nouvelles technologies sont donc un support indispensable à la prise en charge médicales de nos jours.

Un accès au numérique à développer: Se pose en Guyane la problématique de l'accès aux technologies notamment celles qui dépendent d'internet. La problématique fait l'objet d'un projet régional, avec le

Ainsi, le Schéma Directeur Territorial d'Aménagement Numérique prévoit parmi les mesures préconisées :

« -l'interconnexion internationale, en vue de faire maîtriser l'approvisionnement de cette « matière 1ère » en terme de sécurisation et de coût de la bande passante ;

(...)

-la desserte, en développant la couverture des sites isolés en services mobile et internet fixe dans des lieux stratégiques; sur le littoral en préparant l'arrivée de la fibre optique par le développement de solution de monté en débit, de fibrage des zones d'activités. »

En juillet 2015, l'un des opérateurs présents en Guyane a développé l'accès à la téléphonie mobile et internet sur Camopi.

La Guyane est encore un territoire en voie de développement en terme d'accès à la téléphonie et au numérique. Le Contrat de Plan de la Préfecture de la Guyane³ précise qu' « au moins 20% des foyers guyanais n'ont pas accès au téléphone et a fortiori à l'internet ».

Il y a également des problèmes de vitesse et constance des connexions internet qui sont des éléments essentiels pour les échanges, notamment s'agissant d'information médicale et d'imagerie qui sont des fichiers qui peuvent être lourds.

Le projet régional prévoit « Les infrastructures de desserte numérique, encore largement basées sur la réutilisation du réseau cuivre téléphonique, voire du satellite et du wifi, pour 17 sites isolés, devront progressivement être modernisées pour supporter la diffusion des applications de nouvelle génération, intégrant notamment la vidéo interactive, des transferts de données volumineux, etc. » et rappelle que « Le Programme France Très Haut Débit, impulsé par l'Etat, soutient les investissements publics et affiche comme objectif d'offrir le très haut débit à 100% des foyers en 2022. »

Les projets développés dans une région comme la Guyane vont permettre de réduire les inégalités territoriales et optimiser la « continuité territoriale », terme souvent utilisé pour illustrer la relation entre les territoires d'outres-mer et la France métropolitaine alors qu'il existe au sein même des territoires des « discontinuités territoriales » qui accentuent la vulnérabilité de sa population. Le cas de la Guyane n'est d'ailleurs pas une exception, certaines régions rurales de la France et d'autres territoires d'outres-mer qui ont des spécificités géographiques (zones montagneuse de la Réunion, îles de la Polynésie Française par exemple) connaissent des difficultés similaires.

Par ailleurs, le développement de l'accès à la téléphonie et au numériques ne bénéficiera pas seulement les échanges pour raison sanitaires mais l'ensemble du quotidien des habitants de ces localités isolés, notamment les jeunes qui recherchent souvent un équilibre entre leur mode de vie traditionnel et les apports de leur monde contemporain.

Du côté d'Oiapoque, le développement de l'accès au numérique est également en cours et un projet de coopération entre l'Etat de l'Amapá et la Guyane Française, avec des opérateurs communs est en cours. L'objectif étant de créer un réseau compatible des deux côtés de la frontières et assurer ainsi une continuité à un coût raisonnable.

Au regard des échanges entre les populations des deux rives, l'aboutissement d'un tel projet sera fortement apprécié tant des habitants que des professionnels, y compris les professionnels des services de santé.

Les nouvelles technologies comme support au dispositif de dépistage du cancer du sein : Les bénéfices de l'accès au numériques peuvent contribuer aux programmes de dépistage du cancer du sein. En effet, la transmission des images des mammographies pourra être réalisée plus aisément.

De ce fait, les patientes qui réalisent leur mammographie à Macapá pourront avoir leur résultat plus rapidement puisque le service d'imagerie pourra transmettre les clichés aux UBS dès que l'interprétation sera faite. Ainsi, l'hôpital d'Oiapoque n'aura pas à réaliser un transport encore dépendant de l'état de l'infrastructure routière et certainement plus coûteux qu'un envoi par voie numérique.

De même les clichés de deuxième lecture des mammographies des femmes qui réalisent leur mammographie en Guyane pourront être transmis directement aux différents Centres de santé de Saint-Georges comme des communes plus éloignées sur l'Oyapock.

Cela réduira également les risques de non-acheminement des mammographies par voie postale, comme c'est le cas à la suite de la deuxième lecture. De même, les invitations pourront être transmises aux Centres de santé des communes les plus éloignées qui comptent une population concernée par le dépistage peu nombreuse, réduisant ainsi non seulement les risques de perte ou d'erreur d'acheminement du courrier mais également les coûts de l'acheminement postal.

La santé communautaire comme support aux actions de prévention et de dépistage :

La santé communautaire, consiste à faire participer la population aux actions des professionnels de santé, notamment en relayant les informations sanitaires.

Il s'agit de « faire avec » davantage que « faire pour ».

La sélection d'agents communautaires est une modalité de la santé communautaire. Il s'agit également

d'instaurer des espaces de dialogue avec l'ensemble de la population concernée afin, non seulement de délivrer une information des professionnels de santé vers les habitants mais également de permettre à la population d'apporter aux professionnels de santé des informations sur leur mode de vie et réfléchir ensemble aux meilleures axes à développer pour optimiser la santé des populations.

Conclusion du Chapitre 3 :

Les innovations en santé s'appuie sur les nouvelles technologies qui améliore quantitativement et qualitativement l'accès aux soins. L'accès aux télécommunications (la téléphonie, le numérique) est indispensable notamment dans des territoires où les voies de circulations de la population sont limitées. La mise en place des technologies de soins qui demandent du matériels lourds comme la mammographie ou le matériels de laboratoire biologique, à proximité de la population serait également des supports intéressants pour favoriser l'accès à la mammographie.

Aux delà des nouvelles technologies, les innovations en santé incluent également le développement d'actions qui apportent un nouveau souffle à la relation patients-professionnels de santé comme peut l'être le développement de modalités de santé communautaire.

Conclusion

Les déterminants sociaux de santé regroupent différentes sphères de la vie des individus qui incluent leur condition physique comme leur environnement social, économique et environnemental.

Certains déterminants ont plus d'influence que d'autres sur la présence et la persistance des inégalités sociales de santé selon les caractéristiques de l'organisation politique, sociale, économique mais également de l'environnement naturel du territoire concerné.

Les femmes qui vivent sur le territoire du fleuve Oyapock évoluent dans un environnement naturel identique (qui limite notamment leurs modes de déplacement) et dans un environnement politique, social et économique différent puisque se sont les règles nationales respectivement du Brésil et de la France qui s'applique selon la rive du fleuve sur laquelle elles résident.

Néanmoins, les déterminants sociaux de santé de cette population comportent d'autres similitudes en plus de leur environnement naturel. Notamment, s'agissant de l'accès à la santé, une politique de santé publique encore centrée essentiellement sur la gratuité de l'accès aux soins et confrontée à un certain nombre d'inégalités sociales de santé qui sont essentiellement issues d'inégalités territoriales.

L'accès à l'examen de dépistage du cancer du sein, la mammographie, est ainsi concerné par ces problématiques.

Une politique d'accès au dépistage du cancer du sein encore centrée sur la gratuité de la mammographie

Les politiques d'accès au dépistage du cancer du sein se ressemblent au Brésil et France, en ce qu'elles sont centrées sur la gratuité de l'examen, ce qui doit permettre de supprimer les éventuelles inégalités de revenus qui freineraient l'accès à l'examen. L'objectif de la gratuité de l'examen étant de permettre un égal accès à la mammographie, conformément au principe d'égal accès à la santé inclus dans les textes constitutionnels du Brésil et de la France.

Le développement économique de ce territoire et de la région auquel il est rattaché est certes moins important que d'autres régions des pays respectifs (Introduction) ce qui a une répercussion sur les revenus de la population. Les territoires concernés sont également éloignés des centres d'examen et les déplacements ont un coût, pris en charge partiellement (transport uniquement) ou totalement par des organismes sanitaires et sociaux sur demande des professionnels de santé.

Toutefois, la faible participation des femmes (section 2.1), notamment celles qui vivent dans les communautés amérindiennes, pose la question d'une politique de dépistage centrée sur la gratuité de l'examen et démontre également que les aides éventuelles aux frais de annexes de déplacement nécessaire à la réalisation du dépistage ne suffit pas à promouvoir de manière effective les messages de prévention dont l'objectif, la réalisation de la mammographie, n'est pas accomplis de manière optimale.

Les inégalités territoriales, principaux déterminants de l'accès à la mammographie et de la santé des populations de l'Oyapock.

Les inégalités territoriales constituent certainement les déterminants sociaux de santé qui ont le plus d'impact sur l'accès à la mammographie et, par conséquent, à l'accès aux soins du cancer du sein.

Il s'agit de déterminants sociaux structurels car ils reflètent et influent sur l'organisation politique, économique et sociale et ont un impact sur les déterminants sociaux intermédiaires sur l'accès aux soins (section 2.1.).

Les inégalités territoriales qui sont multiples appellent donc une action publique plurielle, concertée et coordonnée (section 2.2).

Les inégalités liées au transports et à l'accès au télécommunications sont celles qui impactent le plus sur l'accès à la santé.

Les politiques publiques qui permettent le développement des transports et des télécommunications ont d'autres objectifs que celui de l'accès aux soins. Il s'agit en effet, de permettre le désenclavement de ces populations de manière plus globale. Les échanges pourront s'intensifier, tant vers les population du fleuve que de ces populations vers les habitants vivant dans des communes plus importantes.

Ainsi, les femmes concernées par le dépistage du cancer du sein pourront à la fois se rendre dans les centres d'examen puis retourner à leur domicile plus facilement et rapidement, mais également recevoir les résultats des examens de mammographie ou d'autres examens complémentaires sans réaliser de nouveaux déplacements. L'idéal étant évidemment, qu'elles puissent réaliser la mammographie et les éventuels examens complémentaires à proximité de leur lieu de vie.

La lutte contre les inégalités sociales de santé induit un développement global, dont les effets seront bénéfiques pour l'ensemble de la vie quotidienne des populations y compris la santé.

A. SEN (section 1.2) insiste particulièrement sur le lien entre le développement économique et social, réalisé dans un soucis de justice sociale et donc de lutte contre les inégalités, et l'effectivité de la liberté des individus.

La nécessité d'une action publique plurielle et d'actions de proximité menée conjointement pour lutter contre les inégalités sociales de santé

L'action des individus doit trouver un support sur les actions et les services mis en place par les politiques publiques. Ainsi, le développement des infrastructures non seulement sanitaires mais également, liées à l'aménagement du territoire et au déploiement d'acteurs des politiques publiques que sont les professionnels de santé, les agents des services sociaux, les professeurs...est un préalable pour permettre aux individus, des femmes concernées par le dépistage du cancer du sein, de choisir consciemment et librement des actions qui concerne leur projet de vie, leur bien-être et donc de réaliser une mammographie qui peut avoir pour conséquence l'entrée dans un processus de traitement médical.

En effet, l'action plurielle des politiques publiques doit être relayée par une action pluridisciplinaire des acteurs de terrain. Ainsi, la sage-femme et l'un des médecins du Centre de santé de Saint-Georges de l'Oyapock explique que la gratuité de l'examen de mammographie et du transport vers les centres de détection peut se révéler insuffisant lorsque les femmes ne sont pas à jour quand au rattachement ou renouvellement de leur couverture sociale. Le remplissage et le renvoi par voie postale d'un formulaire peut entraver l'accès au dépistage, notamment en l'absence de l'accompagnement régulier des professionnels des services sociaux.

Les déterminants sociaux intermédiaires sont influencés par les déterminants structurels. Il est tout de

même nécessaire de prendre en compte des déterminants intermédiaires qui pourraient freiner l'accès au dépistage indépendamment du travail des politiques publiques sur les déterminants structurels.

Ainsi, les spécificités culturelles et linguistiques des populations concernées sur le territoire étudié doivent être prise en compte dans des actions qui permettent l'inclusion des populations dans le processus de prévention et d'information, d'éducation à la santé.

Dans le cadre du cancer du sein, il ne s'agirait pas seulement d'une transmission des messages de prévention des professionnels de santé mais d'un échange où les messages des femmes concernées peuvent être importants pour développer des approches qui favoriseront la réalisation du dépistage du cancer du sein. Si ces échanges existent aujourd'hui, ils sont réalisés de manière informelle dans une relation patients-professionnels. Le développement d'un cadre de santé communautaire en partenariat avec les populations locales pourraient être un enrichissement pour les professionnels comme pour les patients et leurs proches.

Les échanges locaux entre professionnels de terrain et la population peuvent également être utilisés pour orienter les politiques publiques qui contribuent à l'accès aux soins, en prenant en compte les éléments qui permettront d'optimiser les modalités encourageant l'accès aux services de soins et aux professionnels de santé.

A.SEN, lorsqu'il étudie les structures socio-économiques d'une société, étudie parallèlement les caractéristiques socio-culturelles (cas par exemple des castes indiennes) car il existe une influence réciproque qu'il est important de comprendre afin d'analyser quelles seraient les évolutions possibles pour lutter contre les inégalités sociales, y compris les inégalités sociales de santé, qui ont un impact sur la vie quotidienne de la population, et donc leur santé.

Les entretiens réalisés auprès des professionnels brésiliens et français relèvent une relation avec la population qui peut être conflictuelle (villages amérindiens sur la rives brésilienne) ou apaisée mais le résultat quand à la réalisation des mammographies par les femmes reste similaires : une faible participation.

L'introduction d'un travail de réflexion conjointe entre professionnels et patients pourraient donc utile, en parallèle des travaux réalisés par les pouvoirs publics visant au désenclavement territorial qui permettront d'améliorer les voies et modes d'accès aux populations et d'améliorer lorsque c'est nécessaire la présence des différents acteurs des politiques publiques qui ont un impact sur l'accès au soins (professionnels de santé, professionnels des services sociaux et médico-sociaux, psychologues, professeurs...) et favoriseront la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

Les problématique posée par l'accès à la mammographie permettant un dépistage précoce des cancers du sein et donc de meilleures chances de survit pour les femmes permet de visualiser l'importance d'une vision globale des relations entre l'environnement géographique, social, économique, culturel qui ont s'influencent réciproquement et ont un impact sur l'existence et la permanence des inégalités sociales de santé.

La coordination des politiques publiques, les actions pluridisciplinaires sur le terrain, le renforcement des échanges avec la population sont des supports interdépendants pour optimiser l'accès aux soins, y compris les soins de prévention qui constituent la porte d'entrée vers un processus de traitement qui doit être compris et accepté par des patients qui sont des individus porteurs d'une histoire personnelle

et sociale qui a également un impact sur leur santé.

Bibliographie:

A SEN, « *Repenser l'inégalité* », Ed. Seuil, 2012

A. SEN « *A ideia de justiça* », Ed. Companhia das letras, 2011

N. DANIELS, « *L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé* », Ed, Presses de Sciences Po (PFNSP), revue Raisons Politiques, n°34, 2009/2

M. ELBAUM , « *Justice sociale, inégalités, exclusion* », Revue de l'OFCE. N°53, 1995. pp. 197-247

V. FARGEON, *Introduction à l'économie de la santé*, éd. Presse Universitaire de Grenoble

M.-J. MOQUET , Revue « *La santé de l'homme* », INPES, n°397, « *Les inégalités sociales de santé : des déterminants multiples* »,Sept-Oct. 2008, pp 17-19.

S. PAUGAM, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, éd. Le lien social, PUF, 2005

L.POTVIN, M-J. MOQUET , C. JONES (sous la dir.), « *Réduire les inégalités sociales en santé* », INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380p

P.H. RODRIGUES , I. SOARES SANTOS , « *Saúde e Cidadania : uma visão histórica e comparada do SUS* », 2a ed., Atheneu

M.L. AMARAL RIZOTTI (Universidade Estadual de Londrina), « *A construção do sistema de proteção social do Brasil: avanços e retrocessos na legislação social* », <http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/construcao.pdf>

V.TELLES « *Medindo coisas, produzindo fatos, construindo realidades sociais* »

M.M. ARAUJO ASSIS, W. ABREU DE JESUS, « *Acesso aos serviços de saude : abordagens, conceitos, políticas e modelo de analises* », Rev. Ciencia & Saude Coletiva, 17 (11) 2865, 2012

M. VILLE , P. BBROUSSE , « *Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés* », INPES, Revue « *La santé en action : Prévention/Promotion/Éducation* », Dossier « *Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations* », juin 2014/n°428. pp36-38,

N. KRIEGER « *Theory of social epidemiology : Ecosocial theory* », International Journal of Epidemiology, 2001 ; 30:668-677

P. BRAVEMAN , « *Health disparities and health equality : concepts and measurement* », Annu. Rev. Public Health 2006. 27:pp167–94

Organisation Mondiale de la Santé, *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires*, 12 septembre 1978

M. BERNIER (rapporteur), Rapport n°1678 sur les Résultats du dépistage du cancer du sein, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé, publié le 17/04/2004

Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2001 et 2004

Rapport Flajolet, Annexe1, *LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales, avril 2008.*

Questionnaire au Centre délocalisé de dépistage et de soins de Saint-Georges de l'Oyapock.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

« *La démographie médicale dans les DOM-TOM, la situation en 2013* », Conseil national de médecine

« *Demografia médica no Brasil* », vol.2, 2011, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

« *Contrat de Plan 2014-2020* », Préfecture de la Guyane, publié en mars 2014.

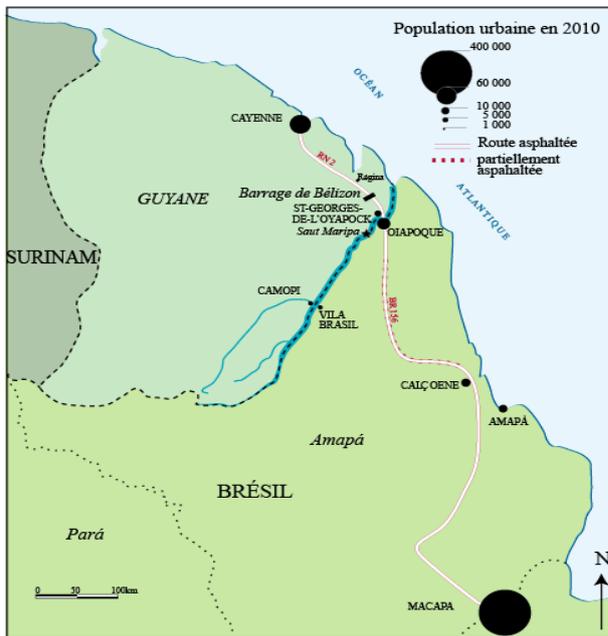
M.C. YAZBEK, *Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento*, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012

Instituto Nacional do Cancer (INCA) : <http://www.inca.gov.br>

Institut National du Cancer (INCa) : <http://www.e-cancer.fr>

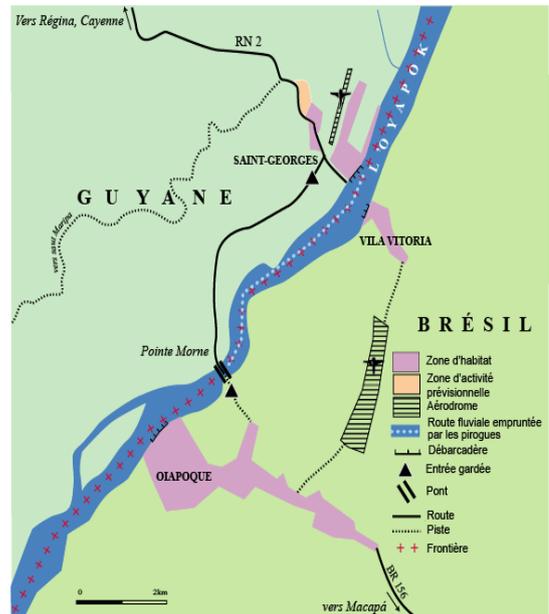
Illustration 1 : Situation géographique de la région du fleuve Oyapock, article de S. Letniowska-Swiat, université Lille Nord de France, Artois, EA 2468 DYRT, *Oyapock, un pont trop loin ? Un pont pour quoi ?*, avril 2012, Géoconfluences: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/frontier/FrontDoc6.htm>

La mise en relation de deux "bouts du monde"



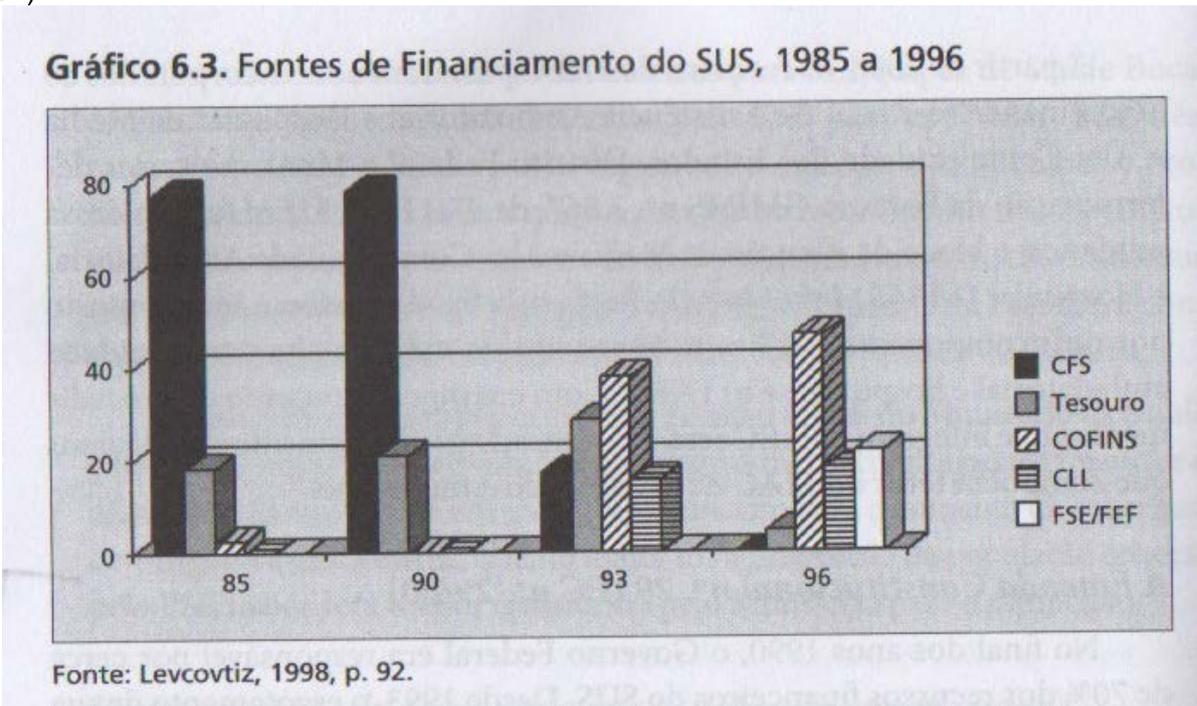
D'après Marc-Emmanuel Privat Conception : S. Letniowska-Swiat - Réalisation : J. Demont

Le pont sur l'Oyapock dans son environnement local



Sources : INSEE, IBGE Conception : S. Letniowska-Swiat - Réalisation : J. Domont

Illustration 2 :Source de financement du SUS, 1985 à 1996 (P.H. RODRIGUES , I. SOARES SANTOS , « Saúde e Cidadania : uma visão histórica e comparada do SUS », 2a ed., Atheneu p.132)



CFS : Contribution sur la Feuille de Salaire
 CONFINS : Contribution pour le financement de la sécurité sociale
 FSE : Fond Social d'Urgence
 FEF : Fond de Stabilité Fiscale

Illustration 3 : Dépenses liquides totales en santé du gouvernement Fédéral en valeurs actualisées, population résidente e dépenses per capita, en valeurs actualisées, 2001-2009 ((P.H. RODRIGUES , I. SOARES SANTOS , « *Saúde e Cidadania : uma visão histórica e comparada do SUS* », 2a ed., Atheneu,p.135)

Tabela 6.9. Governo Federal, despesas liquidadas totais com saúde em valores atualizados, população residente e despesas per capita, em valores atualizados, 2001-2009

Ano	Desp. Liq. Federal com saúde em valores atualizados** (R\$ 1.000,00)	População Residente***	Desp. Liq. Federal com Saúde per capita (R\$ atualizados)
2000	44.021.714.991,13	169.799.170	R\$ 259,26
2001	46.506.045.694,80	172.385.776	R\$ 269,78
2002	44.093.328.066,77	174.632.932	R\$ 252,49
2003	38.363.474.091,39	176.876.251	R\$ 216,89
2004	42.554.480.522,81	179.108.134	R\$ 237,59
2005	44.433.679.639,17	184.184.074	R\$ 241,25
2006	47.572.405.733,46	186.770.613	R\$ 254,71
2007	44.923.330.077,25	189.335.191	R\$ 237,27
2008	44.685.100.817,45	189.612.814	R\$ 235,66
2009	48.982.384.847,64	191.481.045	R\$ 255,81

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI, disponibilizados pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (<http://www.stn.fazenda.gov.br/estatistica/>)

Illustration 4: Depense en santé, % du PIB, tableau créé à partir des données de la Banque Mondiale

Site internet <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

	Année	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2015
Brésil	Pourcentage du PIB	7,2	7,2	7,1	8,4	8,5	8,5	8,4	8,9	9	9,5	9,7
France	Pourcentage du PIB	10,1	10,6	10,9	10,9	10,9	10,8	11,6	11,6	11,6	11,6	11,7

Illustration 5 : Schéma de l'organisation du dépistage du cancer du sein en France (source : Assemblée Nationale)

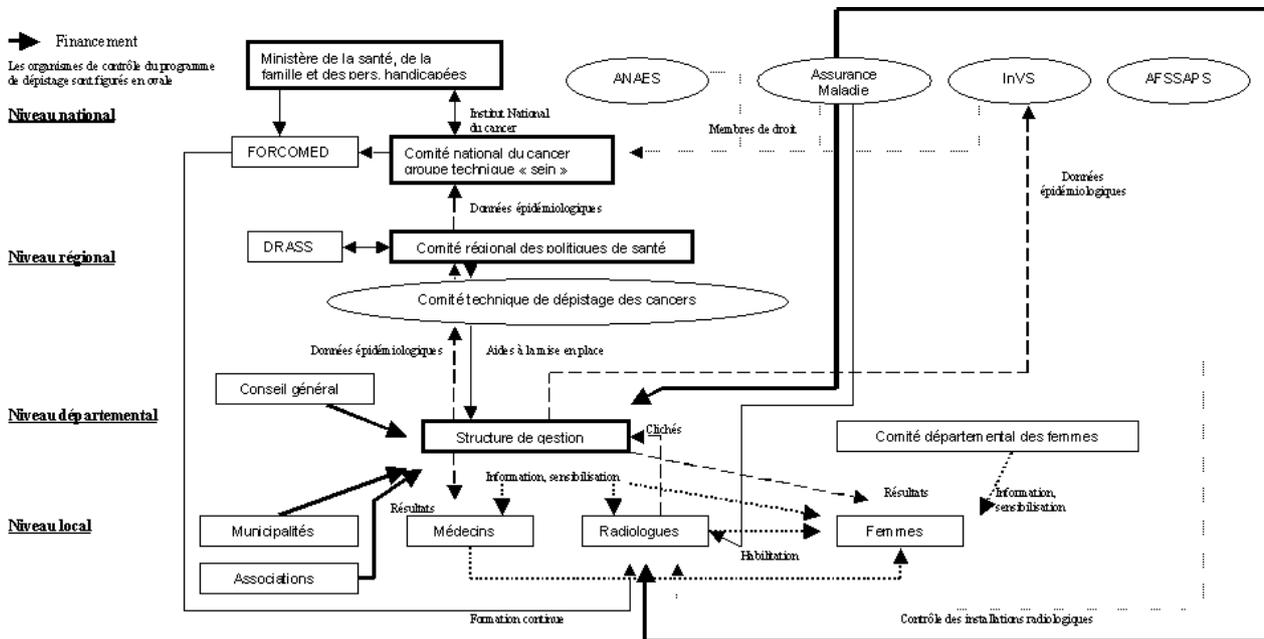
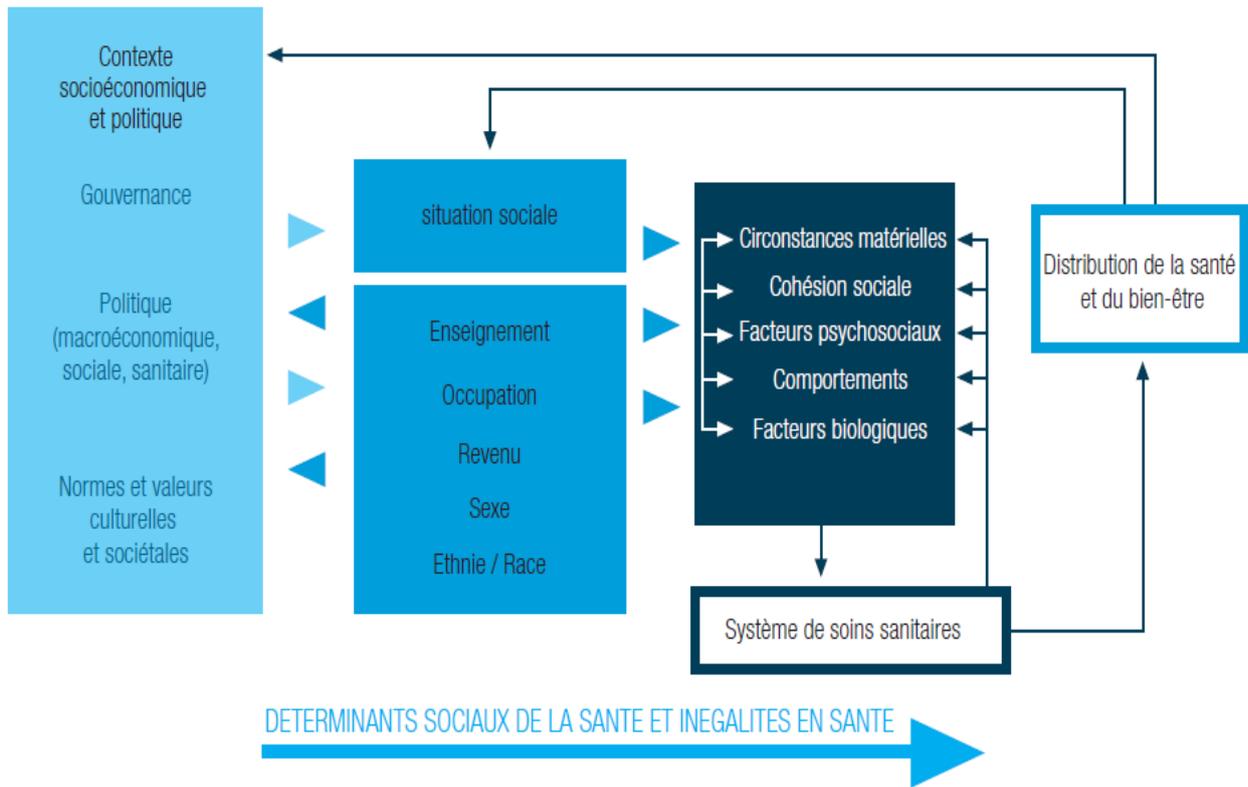


Illustration 1: Schéma de l'organisation du dépistage du cancer du sein en France (source : Assemblée Nationale)

Illustration 6 : Table de lecture des mammographies de l'AGDOC (photo prise par l'auteur : N.PY)



Illustration 7 : Schéma des déterminants sociaux de santé, OMS



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Illustrations 8 et 9 : Photos des unités mobiles de mammographie en France et au Brésil



Mammographe mobile dans le département de l'Oise, vue extérieure



Mammographe mobile, Juiz de Fora (dans l'Etat du Minas Gerais, Brésil), vue interieure

C.10 Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas

TME p/neopl.mama feminina segundo Unidade da Federação

Região: Região Norte

Faixa etária: 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos

Sexo: Feminino

Período: 2008

Unidade da Federação	TME p/neopl.mama feminina
TOTAL	26,2
Rondônia	31,7
Acre	8,1
Amazonas	35,1
Roraima	11,4
Pará	24,7
Amapá	14,9
Tocantins	23,5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Notas:

1. Nas tabulações por faixa etária ou sexo, estão suprimidos os casos com idade ou sexo ignorados, respectivamente.
2. TME - Taxa de mortalidade específica: óbitos por 100.000 habitantes.
3. Taxas calculadas a partir dos óbitos informados ao SIM. As análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito.
4. A taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.
5. As taxas de mortalidade específica por neoplasias do colo do útero e da mama estão calculadas apenas para a população feminina, e por neoplasias da próstata apenas para a população masculina.

Copia como
.CSV

Copia para
TabWin

Mostra como
gráfico

Voltar