

Politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein chez la femme : Enjeux et portée (Côte d'Ivoire)

Ablakpa Jacob AGOBE
Maître de Conférences (CAMES)
Université Félix Houphouët-Boigny
jacobagobe@yahoo.fr / agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

RASS. Pensées Genre. Penser Autrement. VOL 4, No 4 (Novembre 2024)

Résumé

Cette recherche examine les dynamiques sociales, culturelles et économiques qui influencent l'accès aux soins de santé, notamment pour le cancer du sein chez les femmes. Adoptant une démarche qualitative, l'étude utilise l'analyse documentaire et des entretiens semi-directifs avec des acteurs clés. Les résultats montrent que la politique de gratuité a favorisé le dépistage précoce et amélioré le suivi médical, notamment ainsi les taux de mortalité liés au cancer du sein et amélioré la qualité de vie des patients. De plus, la gratuité des soins émerge comme un levier efficace pour diminuer les inégalités d'accès, particulièrement pour les groupes vulnérables tels que les femmes de milieux défavorisés et les populations rurales, qui font face à des obstacles socio-économiques à l'accès aux soins de santé, limitant leur capacité à bénéficier de dépistages précoces, de traitements adaptés et de suivis médicaux réguliers, et exacerbant ainsi les inégalités.

Mots clés : politique de gratuité, cancer, femme

Targeted free-of-charge policy in the fight against breast cancer in women : Issues and scope (Côte d'Ivoire)

Abstract

This research examines the social, cultural and economic dynamics that influence access to healthcare, particularly for women with breast cancer. Adopting a qualitative approach, the study uses documentary analysis and semi-structured interviews with key players. The results show that the free healthcare policy has encouraged early detection and improved medical follow-up, notably reducing breast cancer mortality rates and improving patients' quality of life. In addition, free healthcare emerges as an effective lever for reducing inequalities in access, particularly for vulnerable groups such as women from disadvantaged backgrounds and rural populations, who face socio-economic barriers to accessing healthcare, limiting their ability to benefit from early screening, appropriate treatment and regular medical follow-up, and thus exacerbating inequalities.

Key words: free healthcare policy, cancer, women

Introduction

À l'échelle mondiale, le cancer constitue un fardeau considérable, avec une estimation de 19,3 millions de nouveaux cas et près de 10 millions de décès en 2020, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique (Globocan 2020, cité par l'OMS, 2022, p.19). Parmi les types de cancers les plus fréquents, le cancer du sein occupe la première place avec 2,26 millions de cas, suivi du cancer du poumon (2,21 millions), du cancer colorectal (1,93 millions), du cancer de la prostate (1,41 million), du cancer de la peau non-mélanome (1,20 million) et du cancer de l'estomac (1,09 million). Il est particulièrement préoccupant que plus de 85 % des décès liés au cancer surviennent dans les pays en développement, mettant ainsi en évidence les profondes disparités en matière d'accès aux soins et de prise en charge médicale (OMS, op. cit., p. 19). Ces données révèlent non seulement l'ampleur du problème, mais aussi l'urgence de stratégies globales et équitables pour améliorer la prévention, le dépistage et les traitements à travers le monde.

Le cancer est un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire, du fait de sa morbidité et mortalité élevées. Selon les estimations de Globocan, 2020, le nombre de nouveaux cas en Côte d'Ivoire était estimé à 17 300 dont 9896 femmes et 7404 hommes. Tous sites et tous sexes confondus, le cancer du sein est le plus fréquent (19,1%), suivi des cancers de la prostate (15,9%), du col de l'utérus (11,9%), du foie (6,6%) et des lymphomes non hodgkiniens (4,9%). Chez la femme, les cancers du sein et du col de l'utérus sont les plus diagnostiqués ; les taux d'incidence standardisés sont respectivement de 44,7 et 31,2 pour 100 000 femmes. Chez l'homme, les cancers de la prostate (48 pour 100 000) et du foie (10,1 pour 100 000) occupent les deux premiers rangs en termes d'incidence (Globocan, 2020 cité par OMS, op cit).

Le cancer du sein occupe le 1^{er} rang des cancers incidents de la femme avec 3 306 nouveaux cas. Le taux d'incidence standardisé est égal à 44,7 pour 100 000 femmes. L'âge moyen des femmes touchées est 44 ans. On enregistre 74 % de stades tardifs (T3 et T4, *Classification UICC*) avec 1 785 décès estimés en 2020. Le Taux de mortalité en 2020 est égal à 25,3 pour 100 000 femmes (OMS, op cit., p. 20).

Il est estimé qu'environ 20 000 cas de cancer du sein par an pourraient être évités, ces derniers étant imputés à des comportements liés à une mauvaise hygiène de vie. Cela confère à la prévention un rôle fondamental dans la réduction de l'incidence de cette pathologie. Les facteurs de risque associés au cancer du sein sont bien documentés, et parmi eux figurent la consommation d'alcool, dont le risque augmente dès la consommation régulière d'un verre par jour, ainsi que le tabagisme, y compris l'exposition au tabagisme passif. Par ailleurs, le surpoids

et l'obésité, en particulier après la ménopause, de même que la sédentarité, sont identifiés comme des éléments contribuant significativement à l'apparition de la maladie (Dossier de presse, 2022, p. 7). Ces données mettent en évidence l'importance de stratégies de santé publique orientées non seulement vers le dépistage précoce, mais aussi vers une transformation des comportements individuels et collectifs face à ces risques modifiables. Il devient ainsi impératif de repenser les politiques de prévention à travers une approche holistique intégrant à la fois des mesures éducatives, un accès équitable à l'information et la promotion d'un mode de vie sain pour réduire durablement la prévalence du cancer du sein.

Une modification quotidienne de nos comportements et de nos habitudes de consommation permet à notre organisme de lutter contre les processus de développement des cancers et de préserver notre santé. Ces bonnes habitudes sont à privilégier dès le plus jeune âge, car il faut des années à un cancer pour se développer. Les cancers qui apparaissent après 50 ans sont très souvent la conséquence de comportements adoptés et poursuivis depuis la jeunesse (Dossier de presse, op cit, P.7).

En Côte d'Ivoire, le dépistage du cancer du sein a enregistré une augmentation notable au cours des dernières années, essentiellement grâce aux campagnes de sensibilisation incitant à la mammographie et à l'autopalpation mammaire (PNLCA, 2022 cité par Tchere, 2022, p. 830). Cependant, malgré cette hausse, les taux de participation au dépistage restent modérés, entraînant ainsi une prépondérance des diagnostics tardifs qui perpétuent le recours aux soins palliatifs. En effet, 78,9 % des patients consultent après plus de dix mois d'évolution symptomatique (Touré et al., 2013, cité par Tchere, op. cit.), ce qui retarde considérablement l'accès à un traitement curatif. En 2020, sur un total de 3 306 cas observés, 1 785 décès ont été recensés (Sung, 2021), nombre éventuellement réductible par un dépistage et une détection plus précoce. Cette situation souligne les limites des campagnes de sensibilisation, lesquelles, bien qu'enregistrant des résultats positifs, révèlent un impact atténué face aux défis persistants de la précocité du diagnostic et de l'accessibilité aux soins. Ces chiffres illustrent ainsi les tensions structurelles entre les efforts de prévention et la réalité socio-sanitaire du pays, où les disparités d'accès aux ressources médicales et la faible pénétration des comportements proactifs de santé continuent d'entraver l'efficacité des politiques publiques en matière de cancer du sein.

Le rapport scientifique publié par l'Organisation mondiale de la santé (2022) met en lumière une augmentation notable de l'incidence du cancer du sein, phénomène qui semble étroitement lié à l'intensification des actions de sensibilisation autour du dépistage précoce, notamment via la mammographie. Des initiatives de grande envergure, telles que les campagnes de sensibilisation de masse, ainsi que des formations à l'autopalpation mammaire, sont

régulièrement mises en place, ciblant particulièrement les jeunes femmes dès l'âge de 20 ans. Ces activités sont encadrées par des professionnels de santé aux profils diversifiés, allant des médecins généralistes, gynécologues et oncologues, jusqu'aux personnels paramédicaux comme les sage-femmes et infirmiers, qui opèrent au sein des différentes régions sanitaires du pays. Leur expertise a été renforcée dans des domaines clés, notamment la communication visant à promouvoir des changements de comportements, la détection précoce du cancer et l'orientation des patients vers des soins spécialisés. Par ailleurs, l'examen clinique annuel des seins, recommandé pour toutes les femmes, quel que soit leur motif initial de consultation dans les structures de santé, reste un élément central des stratégies de prévention. Cependant, son application systématique se heurte encore à plusieurs obstacles, parmi lesquels figurent le manque d'accessibilité à certains services de santé, les inégalités géographiques et socio-économiques, ainsi que les perceptions culturelles et individuelles de la santé et du dépistage.

Malgré l'importance cruciale accordée à cette mesure dans les politiques de santé publique, l'adhésion des femmes à cet examen demeure globalement insuffisante. Ce constat met en lumière la persistance de divers facteurs qui entravent l'engagement des femmes dans les programmes de dépistage. En effet, cette situation souligne la nécessité impérieuse de renforcer les efforts en matière de sensibilisation et d'éducation, afin d'informer les femmes des enjeux liés à l'éducation.

Par ailleurs, il est essentiel de s'attaquer aux barrières d'accès aux soins qui perdurent, qu'elles soient financières, culturelles ou structurelles. Ces obstacles, souvent multidimensionnels, peuvent inclure des facteurs tels que le manque d'information accessible, les coûts indirects associés à la réalisation des examens, ou encore des normes sociales et culturelles qui minimisent l'importance du dépistage. En conséquence, une approche holistique qui intègre des stratégies de communication ciblées, des programmes éducatifs adaptés, et des initiatives visant à assouplir les contraintes d'accès aux soins s'avère indispensable pour favoriser un engagement plus fort des femmes dans les programmes de dépistage. Cela peut inclure, par exemple, la mise en place de campagnes de sensibilisation dans des contextes communautaires, l'amélioration de l'accessibilité financière des examens, ainsi que le renforcement des compétences des professionnels de santé pour aborder les préoccupations et les réticences des patients. De telles initiatives doivent être conçues en collaboration étroite avec les communautés locales, afin d'assurer leur pertinence et leur efficacité, et de promouvoir une culture du dépistage précoce qui s'ancre durablement dans les comportements de santé des femmes.

Ainsi, pour garantir une participation accrue aux programmes de dépistage, il est impératif de développer des interventions qui prennent en compte les spécificités des communautés concernées, tout en favorisant un environnement propice à la promotion de la santé et à l'autonomisation des femmes en matière de prise de décision

Le diagnostic précoce du cancer du sein est un défi en raison de la faible sensibilisation et du manque d'accès aux outils de dépistage. De plus, beaucoup de femmes ne consultent qu'à des stades avancés de la maladie, rendant les traitements moins efficaces et plus coûteux. Ce contexte met en lumière la nécessité d'une politique sanitaire nationale adaptée pour réduire la mortalité liée au cancer du sein.

Face à ces inégalités dans la prise en charge et la fidélité thérapeutique, comment une politique de gratuité ciblée, visant à offrir des services de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer du sein chez les femmes, peut-elle être mise en place de manière efficace tout en tenant compte des enjeux économiques, sociaux et de santé publique, et quelle est la portée réelle de cette mesure dans l'amélioration des taux de dépistage, de traitement précoce et de survie des patientes ? En quoi la gratuité peut-elle encourager plus de femmes à participer aux programmes de dépistage ? Comment la gratuité peut-elle réduire les inégalités liées à l'accès aux soins pour le cancer du sein ? Quel est l'impact global de cette politique sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des patientes ?

1. Ancrage théorique et méthodologique

Pour appréhender l'objet d'étude, nous avons choisi de mobiliser la théorie de l'action sociale développée par Max Weber, qui constitue un cadre analytique pertinent pour comprendre les dynamiques sous-jacentes aux comportements individuels et collectifs. Cette approche wébérienne s'articule autour de quatre types distinctifs de l'action sociale, chacun offrant une grille de lecture distincte mais complémentaire de l'agir humain, permettant ainsi de saisir la pluralité des motivations qui sous-tendent les comportements individuels et collectifs dans des contextes donc marqués par des logiques d'interaction complexes, où se croisent rationalité, valeurs, émotions et traditions.

L'action rationnelle en finalité : L'action rationnelle en finalité, selon M. Weber (1930), est l'un des quatre types d'action sociale qu'il a théorisés. Ce concept appartient à sa sociologie compréhensive, qui vise à comprendre les actions humaines à partir des motivations des individus. L'action rationnelle en finalité est définie par une orientation méthodique et calculée vers un objectif précis.

En application, il est utile de comprendre comment cette politique pourrait être vue sous l'angle d'une logique instrumentale et orientée vers des objectifs spécifiques. L'action rationnelle en finalité selon M. Weber distingue plusieurs types d'actions sociales, dont l'action rationnelle en finalité (*zweckrational*). Ce type d'action est caractérisé par un calcul rationnel des moyens en fonction des fins poursuivies. L'individu ou l'organisation choisit les moyens les plus efficaces et appropriés pour atteindre un objectif précis. Cela signifie que l'action est guidée par la recherche d'une efficacité optimale et non par des valeurs ou des traditions. En outre, la politique de la gratuité dans la lutte contre le cancer vise à rendre accessibles les soins et traitements aux malades sans qu'ils dispensent à en supporter le coût financier direct. Cela peut inclure :

- la gratuité des consultations médicales ; a prise en charge des traitements, comme la chimiothérapie et la radiothérapie ; l'accès gratuit aux médicaments recommandés. L'analyse de cette politique selon l'action rationnelle en finalité par rapport à la politique de la gratuité peut être vue comme une action rationnelle en finalité si l'on considère que les autorités publiques ou les gouvernements adoptant cette stratégie pour atteindre des objectifs bien définis.
- Finalité (objectif à atteindre) : le but principal de cette politique est de réduire la mortalité liée au cancer, d'améliorer la qualité de vie des patients, et de garantir un accès équitable aux soins pour tous, déterminant de leur situation financière.

L'action rationnelle en valeur : l'action rationnelle en valeur, selon M. Weber, désigne une forme d'action sociale où l'individu agit conformément à ses croyances, à ses convictions éthiques, esthétiques, religieuses ou politiques, sans nécessairement rechercher un résultat utilitaire ou pragmatique. Ce type d'action est orienté vers la réalisation de valeurs perçues comme significativement importantes, affectant des conséquences immédiates. Dans ce cadre, l'efficacité ou les gains matériels ne sont pas la motivation première ; c'est plutôt l'adhésion à un principe ou une norme.

En application à la gratuite ciblée dans la lutte contre le cancer du sein de la femme ; si l'on applique cette notion à la gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein chez les femmes, plusieurs aspects peuvent être éclaircis : (i) Motivation par des valeurs sociales et éthiques. Ici, la gratuité des soins dans la lutte contre le cancer du sein pourrait être interprétée comme une action rationnelle en valeur. L'État, une ONG, ou une institution de santé, dans cette optique, ne cherche pas essentiellement à maximiser un gain économique ou à atteindre une efficacité financière. Au contraire, cette politique est motivée par une conviction éthique : droit fondamental à la santé et à la réduction des inégalités à l'accès aux soins. (ii) Dimension morale

et solidarité sociale ; La gratuité ciblée peut également refléter une forme de solidarité sociale et de justice sociale. (iii) la non-orientation vers un utilitaire immédiat. Une telle politique peut ne pas être immédiatement rentable économiquement ou ne pas apporter un profit direct à l'institution ou à la société dans un premier temps. Cependant, l'objectif n'est pas de maximiser un bénéfice matériel, mais de répondre à une obligation morale ou éthique. La santé est valeur supérieure. (iv) Le Respect des droits humains et santé publique ; dans ce contexte, la gratuité ciblée peut être motivée par la défense des droits humains. Chaque femme, en tant qu'être humain, a le droit de bénéficier des soins nécessaires pour sa survie. Ici, l'action rationnelle en valeur se manifeste par une adhésion à la conviction que la santé est un droit universel. Les actions de dépistage gratuit, par exemple, sont orientées par cette croyance sur la protection de la vie humaine, considérée comme une valeur indiscutable. (v) Le Rejet du calcul de coût-bénéfice immédiat ; Enfin, contrairement à une action purement instrumentale, qui chercherait à évaluer les coûts et bénéfices immédiats de la gratuité en matière de lutte contre le cancer, l'action rationnelle en valeur.

L'action affective : Dans le cadre de cette politique, l'action affective se manifeste par la solidarité émotionnelle et l'empathie envers les femmes atteintes du cancer du sein. Cette action affective reflète une volonté de soutien émotionnel et moral.

L'action traditionnelle : est donc celle où les actions agissent de manière répétitive, sans nécessairement réfléchir à la rationalité ou à l'efficacité de l'action. Cela peut se résumer à : "On agit ainsi parce que c'est comme cela que les choses ont toujours été faites". La Politique de la gratuité de la lutte contre le cancer, consiste à offrir des soins et des traitements sans frais pour les patients. Cette politique vise généralement à réduire les inégalités d'accès aux soins, à permettre à tous de recevoir des traitements quel que soit leur niveau de revenu, et à améliorer les résultats de santé publique en rendant les soins plus accessibles. Le lien avec l'action traditionnelle de M. Weber On peut voir l'application de cette politique sous l'angle de l'action traditionnelle si elle s'inscrit dans une continuité historique de pratiques sociales ou étatiques qui reposent sur des normes sociales établies depuis longtemps. Plusieurs aspects pourraient être pris en compte dans ce cadre : l'héritage du système de solidarité : Dans certaines sociétés, offrir des soins gratuits ou subventionnés pour des maladies graves comme le cancer peut être une continuité de pratiques de solidarité sociale ou nationale. Cela découle d'une habitude historique où la santé est vue comme un bien commun, et l'État ou la société s'envoie responsable de protéger ses membres. L'action traditionnelle ici réside dans le fait que cette politique n'est pas nécessairement motivée par une analyse économique pure, mais par une tradition de protection collective.

En somme, la mise en place d'une politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein chez les femmes s'inscrit dans une logique d'action sociale au sens wébérien. Cette politique peut être analysée comme une action rationnelle en finalité : réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer la santé des femmes en priorité le taux de mortalité dû au cancer du sein.

À travers la théorie de l'action sociale de M. Weber, la politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein peut être perçue comme une action rationnelle en finalité, orientée vers des objectifs de santé publique et d'équité. Elle est également sous-tendue par des valeurs éthiques telles que la justice sociale et la solidarité. Chaque acteur (État, bénéficiaires, professionnels de santé) oriente son action en fonction des interactions sociales et des attentes réciproques. L'analyse wébérienne permet d'enrichir la compréhension des enjeux éthiques, sociaux et économiques liés à la gratuité de la lutte contre le cancer des seins des femmes.

D'un point de vue méthodologique, cette étude adopte une approche qualitative. Elle s'est déroulée à Abidjan (Côte d'Ivoire), du 3 octobre au 11 octobre 2024. Les instruments d'enquête utilisés comprenaient une recension bibliographique ainsi que des entretiens semi-directifs menés auprès de différentes catégories d'acteurs.

Les critères d'éligibilité des participants étaient les suivants : patients atteints de cancer du sein ; professionnels de santé impliqués dans la lutte contre cette maladie (oncologues, chirurgiens, infirmiers spécialisés en oncologie, techniciens de dépistage, tels que radiologues et techniciens en mammographie, ainsi qu'assistants sociaux et administrateurs hospitaliers) ; Gestionnaires et décideurs politiques (représentants des autorités de santé publique, responsables d'hôpitaux et de cliniques, ainsi qu'assureurs ou responsables des caisses de sécurité sociale) ; Représentants des associations de patients (dirigeants d'organisations de lutte contre le cancer du sein) ; Critères médicaux supplémentaires (comorbidités, type de traitement reçu) ; Expérience avec le système de santé (individus ayant rencontré des difficultés d'accès aux soins, ainsi que ceux exprimant satisfaction ou insatisfaction vis-à-vis de la politique de gratuité des soins) et enfin et des professionnels ayant eu une expérience avant et après l'introduction de la politique de gratuité permet d'évaluer son impact).

Ces critères d'inclusion garantissent que l'étude couvre un éventail diversifié et représentatif des individus concernés par la politique de gratuité des soins en matière de cancer du sein. Cela permettra une évaluation exhaustive de la pertinence, de l'accessibilité et de l'impact de cette politique sur les divers acteurs du système de santé.

Les données révèlent ont fait l'objet d'une analyse approfondie à travers le prisme de la méthode dialectique, ce qui nous a conduit à l'obtention des résultats présentés ci-après.

2. Résultats

2.1. Impact des politiques de gratuité ciblée sur les inégalités sociales dans la lutte contre le cancer de sein.

Les résultats de l'impact des politiques de gratuité ciblées sur les inégalités sociales dans la lutte contre le cancer s'inscrivent dans une analyse structurelle des dynamiques de santé publique et de justice sociale. Ces politiques, qui visent à supprimer les barrières financières spécifiques à certaines populations, s'ancrent dans une logique d'équité redistributive. Elles cherchent à pallier les disparités d'accès aux soins en octroyant une prise en charge intégrale des coûts médicaux, notamment pour les groupes socio-économiquement défavorisés ou ceux présentant une vulnérabilité accrue vis-à-vis de l'accès aux soins.

Dans ce cadre, les politiques de gratuité ciblées répondent à la reconnaissance d'une stratification sociale qui conditionne l'accès aux soins de santé. En effet, les classes populaires, en raison de leurs ressources matérielles plus limitées et d'une moindre disponibilité du capital culturel ou social, se trouvent souvent en situation de précarité sanitaire. Les inégalités sociales de santé sont amplifiées par une exposition différenciée aux risques environnementaux ou professionnels, mais aussi par un accès inégal aux ressources préventives et curatives. Les politiques de gratuité ciblées, en garantissant l'accès sans frais à des traitements coûteux comme ceux contre le cancer, visent ainsi à réduire l'écart entre les catégories sociales privilégiées, qui jouissent d'une meilleure couverture et d'une plus grande capacité à mobiliser le système de santé, et les classes populaires, pour lesquels la maladie constitue un facteur supplémentaire.

Ce propos exemplifie : « *la politique de gratuité du dépistage contre le cancer de sein est à titre préventif. Ce qui permet à plusieurs femmes de dépister tôt ou d'être informées sur les éventuels symptômes du cancer. Cette politique de gratuité réduit également les écarts dans la prise en charge médicale* » (D.L, 4 Octobre 2024).

Pour analyser et interpréter ce propos, il est pertinent d'examiner les dimensions sociales et les effets de cette politique de gratuité du dépistage du cancer du sein sous différents angles, notamment celui de l'accès aux soins, des inégalités de santé, et de la prévention.

Le premier aspect de cette politique est l'accès égalitaire au dépistage du cancer du sein. En sociologie de la santé, des chercheurs comme P. Bourdieu (1979) et M. Foucault (1975) ont montré que l'accès aux soins et à la santé est souvent marqué par des inégalités sociales. Ces inégalités peuvent être économiques (coût des soins), géographiques (accès à des infrastructures de santé), culturelles ou encore liées au statut social.

Le fait que le dépistage soit gratuit, comme mentionné dans le propos, permet de lever une barrière économique qui pourrait autrement empêcher certaines femmes d'accéder à des services de santé préventifs. En offrant un dépistage gratuit, on diminue les écarts dans l'accès aux soins entre les classes sociales. Cette politique vise à réduire les inégalités sociales de santé, un enjeu majeur en sociologie, notamment avec le modèle de l'inégalité des chances en santé proposé par Pierre Bourdieu (idem), qui met en lumière les différences d'accès aux soins selon le capital économique et social des individus.

La politique de gratuité est également présentée comme étant préventive, ce qui nous renvoie à la notion de prévention primaire dans le domaine de la santé. Ici, il est important de s'appuyer sur les travaux de sociologues comme E. Goffman (1975) et T. Scheff (1966), qui ont étudié la notion de stigmaté et l'impact de la maladie sur l'individu. La prévention, notamment par le biais du dépistage, permet d'informer les femmes sur les symptômes du cancer et de briser l'ignorance, réduisant ainsi la stigmatisation qui peut entourer les maladies comme le cancer. Ce type de politique préventive peut réduire la honte et la peur associées à une maladie souvent perçue comme incurable et stigmatisante.

D'autre part, le modèle biomédical, qui repose sur l'identification précoce des pathologies et sur des interventions précoces, trouve un reflet dans cette politique. Cependant, des sociologues comme T. S. Kuhn (1975) et M. Foucault (1963) ont montré que cette approche biomédicale a aussi ses limites, notamment en ce qu'elle peut occulter les dimensions sociales et contextuelles de la santé. Le dépistage peut être perçu comme une réponse technique et individualisée à une problématique de santé publique, alors que des facteurs sociaux (comme la nutrition, l'environnement, les conditions de travail) peuvent également jouer un rôle dans l'apparition du cancer.

Le deuxième aspect mentionné dans le propos est que cette politique de gratuité permet de "réduire les écarts dans la prise en charge médicale". Cela touche au concept d'égalité d'accès aux soins. Les sociologues de la santé, comme A. Strauss (1997) et Bruno Latour (1987), ont travaillé sur la manière dont les institutions de santé, comme les hôpitaux ou les systèmes de dépistage, peuvent soit reproduire soit réduire les inégalités en matière de soins.

La gratuité du dépistage peut favoriser une égalité d'accès en permettant à toutes les femmes, indépendamment de leur statut économique, de bénéficier de ce service. Toutefois, il est important de noter que, bien que la gratuité réduise certaines inégalités, elle ne les élimine pas totalement. É. Dufresne et S. Jourdain mettent en avant que l'accès aux soins ne dépend pas seulement de l'aspect économique, mais aussi d'autres facteurs comme la perception de la médecine et les normes sociales liées à la santé. Par exemple, certaines femmes peuvent être

moins enclines à participer à un dépistage en raison de facteurs culturels ou de croyances sur le cancer, malgré la gratuité du service.

Enfin, un autre angle d'analyse qui peut être exploré à partir des travaux de sociologues comme N. Elias et A. Giddens (1994), est celui de la responsabilité individuelle face à la santé. Cette politique de dépistage gratuit fait appel à la notion de prévention et à la responsabilité individuelle dans la gestion de sa santé. Dans les sociétés modernes, les individus sont souvent vus comme des "acteurs responsables" de leur propre santé, une tendance que Giddens appelle la réflexivité. Le dépistage préventif place la responsabilité de l'auto-surveillance de la santé sur les individus, ce qui peut également soulever des questions sur le paternalisme médical ou les pressions sociales à se conformer à des normes de santé spécifiques.

En clair, cette politique de gratuité du dépistage contre le cancer du sein peut être analysée sous plusieurs angles sociologiques : comme une réponse aux inégalités sociales d'accès à la santé, un moyen de promouvoir la prévention à travers la médecine biomédicale, et comme une manière de construire des comportements de santé responsable chez les individus. Toutefois, bien qu'elle soit un pas vers l'égalisation des soins, elle n'élimine pas toutes les inégalités, en raison des facteurs sociaux, culturels et personnels qui influencent la santé et l'accès au dépistage.

2.2. Enjeux de la politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer de sein

La politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein représente une stratégie cruciale, dont les enjeux sont multiples et revêtent une importance particulière pour la santé publique. D'abord, cette initiative vise à réduire les inégalités d'accès aux soins, en offrant gratuitement des services essentiels tels que le dépistage, le diagnostic précoce et les traitements aux populations les plus vulnérables. Elle permet ainsi de toucher les femmes issues de milieux défavorisés ou vivant dans des régions reculées, souvent moins informées et plus exposées à un diagnostic tardif.

Ensuite, cette politique s'inscrit dans une démarche préventive à grande échelle, contribuant à diminuer le coût global du traitement du cancer du sein pour le système de santé. En facilitant un dépistage précoce, elle augmente les chances de guérison et réduit les complications liées aux stades avancés de la maladie, souvent plus coûteux à traiter et nécessitant des soins prolongés.

Toutefois, ce dispositif pose des défis importants, notamment en termes de financement pérenne, de coordination des acteurs impliqués et de sensibilisation des populations cibles. Il est essentiel que les campagnes de gratuité ciblée soient accompagnées de programmes

d'éducation et de sensibilisation, afin de maximiser leur efficacité et de favoriser une participation accrue aux dispositifs de dépistage. Cette allégation éclaire : « *L'enjeu de la gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer de sein permet dépister le maximum des femmes en réduisant les écarts financiers, souvent source de non fréquentation des services de santé ou d'abandon thérapeutique* » (A.K, 8 Octobre 2024).

Il ressort de cette allégation que l'enjeu de la gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein peut être analysé à travers le prisme de la justice sociale et de l'accès équitable aux soins. En effet, la gratuité des services de dépistage permet de surmonter les barrières financières qui constituent l'un des principaux facteurs d'inégalité dans l'accès aux soins de santé. Dans une logique de capital social et de capital économique (Bourdieu), les femmes appartenant aux classes populaires ou précarisées disposent souvent de ressources financières limitées, ce qui peut les dissuader de consulter ou de poursuivre un traitement. La gratuité, en réduisant ces inégalités économiques, favorise une plus grande fréquentation des services de dépistage et une meilleure prévention collective. Cette démarche vise donc à minimiser les écarts de santé entre différentes catégories sociales, tout en luttant contre le phénomène d'abandon thérapeutique, souvent lié aux contraintes économiques et à la marginalisation sociale.

Dans cette optique, la gratuité ciblée répond à une logique de santé publique qui dépasse la simple individualisation des parcours de soin, en intégrant une réflexion plus large sur les déterminants sociaux de la santé. En réduisant les obstacles financiers, l'État ou les politiques publiques renforcent leur rôle de protecteur social, tout en promouvant une conception universaliste de la santé.

3- Discussion

La politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein constitue une approche essentielle, aux enjeux multiples, qui revêt une importance capitale pour la santé publique. Cette mesure vise principalement à atténuer les inégalités d'accès aux soins en offrant des services clés, tels que le dépistage, le diagnostic précoce et les traitements, sans frais, aux populations les plus vulnérables. Elle permet ainsi de toucher particulièrement les femmes issues de milieux défavorisés ou résidentes dans des zones isolées, souvent moins informées et plus exposées aux risques d'un diagnostic tardif. Cette politique vise donc à surmonter les obstacles sociaux et géographiques à l'accès aux soins, afin de garantir une prise en charge équitable pour toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique ou leur lieu de résidence. En permettant un

accès direct et sans frais aux services essentiels comme le dépistage et le traitement, elle cherche à éliminer les inégalités qui conduisent souvent à un retard dans le diagnostic et, par conséquent, à des résultats de santé moins favorables.

Les effets des politiques de gratuité ciblées sur les inégalités sociales dans la lutte contre le cancer du sein s'intègrent dans une analyse approfondie des dynamiques structurelles liées à la santé publique et à la justice sociale. Ces politiques, qui s'efforcent de lever les obstacles financiers spécifiques rencontrés par certaines populations, s'inscrivent dans une approche d'équité redistributive. Elles visent à réduire les inégalités d'accès aux soins en offrant une couverture totale des coûts médicaux, en particulier pour les groupes socio-économiquement défavorisés ou ceux ayant un accès limité.

À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, nous adoptons une approche discursive ancrée dans l'économie politique, mettant en œuvre une sélection rigoureuse et épistémologiquement justifiée des données empiriques pertinentes. Cette orientation méthodologique s'inscrit dans une démarche visant à affiner l'efficacité analytique de notre analyse, tout en entraînant une restitution trop exhaustive des données recueillies, ce qui risquerait de diluer la profondeur interprétative de nos conclusions. En conséquence, notre démarche privilégie une exploitation ciblée et réfléchie du corpus, mettant l'accent sur des analyses fines et significatives, plutôt qu'une accumulation de faits qui n'ajouteraient que peu de valeur interprétative. Le champ disciplinaire que nous explorons ici concerne spécifiquement la problématique des inégalités sociales dans le cadre de la lutte contre le cancer du sein, une question qui soulève des enjeux complexes tant en termes de justice sociale que de politique de santé publique.

En effet, ces inégalités, qu'elles soient d'ordre économique, géographique ou culturel, influent profondément sur l'accès aux soins et la qualité des traitements reçus par les patients. Elles révèlent des fractures sociales où certaines populations, souvent marginalisées, se retrouvent confrontées à des obstacles systémiques qui entravent leur capacité à bénéficier d'une prise en charge précoce et efficace. Cette dynamique de différenciation d'accès met en lumière l'interdépendance entre les politiques de santé et les structures sociales, et appelle à une reconsidération des stratégies publiques pour garantir une couverture équitable de santé pour toutes, modifiant leur statut social ou leur lieu de résidence.

Pour répondre à ces inégalités, il est impératif d'adopter des approches qui non seulement réduisent les obstacles économiques mais aussi les barrières sociales et géographiques. Cela implique des réformes profondes visant à intégrer une logique d'équité et de justice sociale dans les politiques de santé publique, en s'assurant que les groupes les plus vulnérables, souvent

marginalisés en raison de leur faible statut socio-économique ou de leur isolement géographique, bénéficie d'un accès efficace aux soins de prévention, de dépistage et de traitement.

Ce processus nécessite également une reconfiguration des priorités politiques, afin d'aligner les pratiques médicales avec les besoins réels des populations les plus touchées par ces inégalités, en cherchant à réduire les disparités systémiques au sein des systèmes de santé. Cela passe par une redistribution des ressources, l'augmentation des financements pour les soins dans les régions défavorisées, et la mise en place de politiques publiques qui prennent en compte la diversité des contextes sociaux, économiques et géographiques. Les actions doivent s'articuler autour de la prévention, du dépistage précoce et de l'accès équitable aux traitements, en s'appuyant sur une approche intersectionnelle qui reconnaît l'impact des multiples facteurs, tels que la classe sociale, l'origine ethnique et le genre, sur l'accès aux soins.

Les résultats obtenus confirment les conclusions de L. Vialard (2024), selon lesquelles la détection précoce du cancer du sein représente un élément crucial dans l'évaluation du pronostic de cette maladie. En effet, un accès inégal au dépistage peut entraîner des délais dans le diagnostic pour certaines femmes, ce qui augmente le risque de détection tardive, notamment les options thérapeutiques disponibles et compromettant les chances de rémission. Cette situation contribue à amplifier les disparités en matière de santé, particulièrement pour les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés, où les obstacles à l'accès aux soins sont souvent plus prononcés.

Conclusion

Cette recherche constitue une contribution significative à la sociologie des maladies chroniques, en explorant les dynamiques qui structurent l'accès aux soins de santé. L'étude s'est engagée dans une approche qualitative rigoureuse, mobilisant un ensemble d'outils méthodologiques, tels que l'analyse documentaire et la conduite d'entretiens semi-directifs auprès d'une catégorie d'acteurs soigneuse. Cette démarche méthodologique a permis de révéler des résultats substantiels, mettant en exergue que la mise en œuvre de cette politique de gratuité joue un rôle crucial dans la détection précoce du cancer et dans l'amélioration du suivi médical des patients. Ces facteurs contribuent à une réduction significative des taux de mortalité liés au cancer du sein, tout en engendrant un tangible de la qualité de vie des personnes touchées. En outre, il apparaît que la gratuité ciblée des soins relatifs au cancer du sein apparaît comme un levier stratégique pour la réduction des inégalités d'accès aux services de santé. Cette

initiative bénéficière particulièrement aux populations économiquement et socialement défavorisées, souvent marginalisées par des barrières financières et structurelles à la recherche de soins. Ainsi, la recherche souligne non seulement l'importance de la politique

En somme, cette étude s'inscrit dans une réflexion plus large sur la nécessité de repenser les dispositifs de santé publique afin de garantir un accès équitable aux soins pour toutes les femmes, déterminant de leur statut.

Références bibliographiques

- ARS Occitanie**, 2023, *Agir ensemble contre le cancer du sein : dépistage et prévention en occitanie*. Dhttps://www.occitanie.ars.sante.fr/s/fichiers/2023--10/DP%20OC%20ROSE%202%20OC.pdf
- BOURDIEU Pierre**, 1979, *La distinction : Critique sociale du jugement*, Minit, Paris
- GIDDENS Anthony**, 1994, *Les conséquences de la modernité*, Éditions L'Harmattan (pour l'édition française), (édition française), l'édition originale anglaise date de 1990, Paris (pour l'édition française)
- GOFFMAN Erving**, 1975, *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*, Minit, Paris
- FOUCAULT Michel**, 1975, *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, France
- FOUCAULT Michel**, 1963, *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- INCA**, 2020, *Les cancers du sein en France - Édition 2020*. Rhttps://www.e-cancer.fr/contenu/faire/179/2480481/version/1/fichier/Ca.pdf
- KHLIFI Rabeb**, 2019, *Barrières et facilitateurs au dépistage du cancer du sein et à la mammographie auprès de femmes immigrantes*, https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23981/Rabeb_Khlifi_2019_these.pdf;jsessionid=31CA3F4C067C3228FDA4838A405F686F?sequence=2
- KUHN Thomas S.**, 1962, *La Structure des révolutions scientifiques* (titre original : *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion (en français), Paris
- LATOUR Bruno**, 1987, *La science en action*, Les Éditions La Découverte, Paris
- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, *Plan cancer 2014-2019 - Faire reculer le cancer : un défi collectif*. Récupéré de https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_cancer_2014_2019_-_faire_reculer_le_cancer_-_un_defi_collectif.pdf
- OMS**, 2022, *Rapport scientifique : Plan Stratégique national de lutte contre le cancer 2022-2025*. Récupéré de [https://whhttps://www.who.int/publication/i/item/plan-strategiqu-nationale-lutte-con-le-cancer-2022-2025
- Plan Cancer**, 2019, https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medicosocial/strategie-nationale-de-sante/plan-cancer/article/plan-cancer-2014-2019
- Projet Screen & Heal**, 2019, *Lutte contre le cancer du sein au Sénégal*, https://www.who.int/features/2019/senegal-cancer-screen-and-heal/fr/
- SFSPM**, 2019, *Le dépistage organisé du cancer du sein*. https://www.sfspm.org/ledepistage-organise-du-cancer-du-sein/
- SCHEFF Thomas**, 1966. *La honte et le pouvoir du stigmate*, Éditions Aldine, Chicago
- STRAUSS Anselm**, 1997. *La négociation du malade*, Éditions de l'Harmattan, Paris
- TCHERE Marie-Laure**, 2022, *Les écueils communicationnels d'un dépistage tardif du cancer du sein en Côte d'Ivoire*, International Journal of Advanced Research(IJAR), https://www.journalijar.com/uploads/6319dd943edf9_IJAR-40553.pdf
- VIALARD Lucie**, 2024, *Inégalités socio-territoriales et cancer du sein : approche géographique des parcours de santé des femmes : l'exemple des Hauts-de-Seine en Île-de-France*, https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04059074v1/file/2014_M2_TVS_VIALARD_Lucie.pdf

Ablakpa Jacob AGOBE est Maître de Conférences en sociologie à l'Université Félix Houphouët-Boigny, institution de renommée en Côte d'Ivoire. Il est également associé à l'École Doctorale SCALL_ETAMP de la même université et membre actif du laboratoire ACAREFDELLA/AFRIQUE. Son parcours académique, marqué par plus de 70 publications scientifiques, témoigne de son expertise et de son implication dans les domaines de la sociologie des relations sexuelles et reproductives, de la gestion des maladies chroniques et de la sociologie de l'alimentation. Ses recherches s'inscrivent dans une démarche interdisciplinaire, où il explore les interactions complexes entre les comportements sociaux et les facteurs de santé. En parallèle de ses activités académiques, il s'engage activement dans des actions sociales, notamment en tant que Secrétaire Général Adjoint de l'ONG TUB-CI (Tous Unis contre le Bacille de Koch en Côte d'Ivoire), où il contribue à la lutte contre la tuberculose, une maladie infectieuse majeure. Par ce double engagement académique et social, AGOBE incarne un modèle d'implication scientifique au service du bien-être collectif, alliant rigueur théorique et engagement pratique.

Ablakpa Jacob AGOBE
Département de Sociologie
Université Félix Houphouët-Boigny
jacobagobe@yahoo.fr / agobe.jacob42@ufhb.edu.ci