



LOGIQUES D'ACCÈS AUX SOINS PUBLICS EN ALGERIE

(Établissement de soins public, C.P.M.C d'Alger)

LOGICS OF ACCESS TO PUBLIC HEALTH CARE IN ALGERIA

(public care establishment, C.P.M.C of Algiers)

KADOUCHE MOHAMED
Université de la Formation Continue
kadouche@ufc.dz

Reçu: 17 / 06 / 2023 Accepté: 08 / 09 / 2023 Publié: 31 / 10 / 2023

Résumé:

En Algérie, la politique de développement est ancrée par un processus de redistribution de la rente énergétique. Le secteur de la santé n'a pas échappé à ce fonctionnement. Cette situation a introduit le secteur dans le service de redistribution de la rente. Les conséquences des pratiques ont submergé les organismes de santé et leurs utilisateurs dans des situations obscures et qui ont poussé leurs utilisateurs à des pratiques sociales différentes et peu claires. L'approche ethnosociologique nous a permis de dessiner un modèle de pratiques sociales. L'outil utilisé pour cette approche méthodologique est le récit de vie des patientes enquêtées. L'étude de terrain concerne un groupe de femmes atteintes d'un cancer du sein à la recherche d'un accès à un traitement approprié au centre de lutte contre le cancer "Pierre et Marie Curé" Hôpital Mustafa" Bacha, Algérie.

Mots clés : *soins de santé, négociation, soins gratuit, échange sociale, régulation sociale.*

Abstract:

In Algeria, development policy is anchored by a process of redistribution of energy rent. The health sector has not escaped this operation. This situation introduced the sector in the service of redistribution of the rent. The consequences of the practices have submerged health organizations and their users in obscure situations that have driven their users to different and unclear social practices. The ethnosociological approach allowed us to draw a model of social practices. The tool used for this methodological approach is the life story of the patients surveyed. The field study concerns a group of women with breast cancer seeking access to appropriate treatment at the "Pierre et Marie Curé" cancer center, Hôpital Mustafa "Bacha, Algeria

Keywords: *health care, negotiation, social capital, free care, social*

I. INTRODUCTION

La politique de développement de l'Algérie indépendante a permis l'édification d'une infrastructure sanitaire diversifiée et décentralisée, tenant compte des aspects socioéconomiques, géographiques et épidémiologiques. Plusieurs contraintes sont à relever dans l'offre de soins dans les structures sanitaires publiques, l'une de ces nombreuses contraintes réside dans l'insuffisance de la couverture médicale.

L'effort considérable de développement des compétences médicales et paramédicales, condition sine-qua-non d'un accès généralisé aux soins, ne garantit en soit ni une utilisation optimale des dites compétences, ni une collaboration efficace entre professionnels et usagers ; l'une et l'autre vont se heurter rapidement à une multitude d'obstacles d'ordre matériel et administratif, mais également socioculturel, entre autre, les consultations dans les structures de soins publiques qui se caractérisent dans la grande majorité des cas par l'absence de dialogue réel entre médecin et malade : le premier pose au second un minimum de questions, en maintenant avec lui une attitude froide et distante, dans un souci d'efficacité immédiate. Contrairement au médecin privé qui doit composer avec sa clientèle pour la conserver, il estime que son rôle se limite à traiter le cas médical, le plus souvent en « révisant à la baisse » les demandes, jugées excessives, de celui-ci en matière de traitement. La gratuité des soins étant supposée favoriser l'afflux de « faux malades », il s'attache à décourager ces derniers. La distance fondée sur le savoir exclusif du médecin se renforce même fréquemment au plan linguistique par l'incapacité ou le refus de communiquer en arabe dialectal : le médecin s'exprime souvent en français, l'infirmière servant au besoin d'interprète.

L'utilisateur acteur passif face au système de soins ne reste pas les mains liées. Quel rôle objectif joue la population dans le cadre de ce système de soins conçu pour elle, mais sans elle? Cette question délicate est indissociable du contexte politique d'une époque de croissance et de changements rapides, dans lequel l'État joue le rôle d'acteur principal du développement économique et social. En affichant à la fois sa puissance et sa « générosité » à travers la redistribution de la rente pétrolière, la classe dirigeante tend à conforter l'ensemble des citoyens dans une position de consommateurs, bien plus que de producteurs au sens le plus large. Toute action ou mesure nouvelle est présentée comme un « don » de l'État, en réponse à des « besoins prioritaires » des citoyens, mais excluant toute initiative autonome de ceux-ci ; ce qui ne peut qu'encourager des attitudes d'attente passive parmi les couches populaires. Le système de soins rigide et très centralisé et fonctionne sur la base d'une relation dissymétrique entre des agents « actifs » (les professionnels de santé) et une population considérée comme un agrégat de patients, jamais comme un acteur collectif.

L'approche étroitement médicale qui prévaut, conduisant à « médicaliser » des problèmes de nature sociale tend à déresponsabiliser les citoyens vis-à-vis de la protection de leur santé, considérée comme étant du ressort exclusif de l'État, Brahmia, (1991). Dans un tel contexte, les usagers ne sont que plus sensibles aux dysfonctionnements et aux défaillances d'un système face auquel ils se sentent à la fois dépendants et marginalisés.

La difficulté des structures publiques à faire face à une fréquentation populaire en hausse constante conduit à la dégradation des relations humaines. Dans la majorité des établissements hospitaliers, et même des structures périphériques, toute consultation revêt un caractère traumatisant pour l'utilisateur, soumis à des attentes interminables dans des couloirs. Les tensions les plus apparentes ne reflètent cependant pas les divisions les plus profondes, lesquelles se situent en fait au sein des usagers eux-mêmes, entre diverses catégories sociales élaborant des stratégies distinctes en vue de l'instauration d'un rapport de force favorable. Les plus habiles parmi les usagers, appartenant essentiellement aux couches favorisées, réussissent, en jouant de leurs relations personnelles ou du prestige lié à leur position sociale, ou simplement par la corruption, à s'assurer un maximum de facilités ou d'avantages (réduction du temps d'attente, accès direct aux soins spécialisés, faveurs particulières du médecin, etc.). Les autres font appel à des tactiques parfois subtiles mais aléatoires, tandis que les plus défavorisés se rabattent sur

leurs seules « ressources » : la patience et l'humilité. Tout cela met à mal le dogme du droit égal à la santé pour tous, et le sentiment de voir ce droit bafoué peut conduire les plus résignés à l'exaspération : c'est ainsi que les salles d'attente des hôpitaux deviennent fréquemment des lieux privilégiés d'expression du mécontentement populaire, et même de critique à peine voilée du pouvoir politique.

La médecine gratuite, dont les dirigeants algériens entendaient faire un acquis « irréversible » pour le peuple, a survécu. Mais a-t-elle néanmoins assuré à la grande majorité des citoyens (sinon à tous) un meilleur accès aux soins, ainsi qu'une amélioration substantielle de leur état de santé ? Cela apparaît incontestable, même si les progrès réalisés au prix d'erreurs coûteuses financièrement et socialement présentent un caractère inégal et parfois fragile.

Les usagers confrontés aux administratifs ou à une médiocre qualité des soins, sont amenés à remettre en question la notion même de « gratuité ». L'utilisateur est souvent confronté à ces deux facteurs de blocage à l'accès aux soins ; ces derniers sont de dimension technique et sociale. Ce qui nous intéresse dans ce travail, c'est le facteur de blocage de nature immatérielle et à l'échelle individuelle.

L'étude est, dès lors, soutenue par la question de décrypter les constructions de ces logiques et mécanismes d'échange sociales d'accès aux soins des malades atteintes du cancer du sein.

1. Problématique :

La politique de développement largement appuyée sur la redistribution de la rente énergétique, s'est traduite au niveau de la santé par un secteur public visant le monopole des soins réalisés totalement au début par l'hospitalisation. Les conséquences des pratiques et choix politique comme, la gratuité dispensée, la suppression des mécanismes de contrôle et de régulation, la gestion bureaucratique, ont généré de vastes mécanismes de surcoûts qui ont plongé les instances de santé et leurs usagers dans des situations ambiguës, lacuneuses incitantes aux différentes pratiques sociales. L'utilisateur, perdu dans un circuit thérapeutique (l'errance thérapeutique), invente sa propre stratégie (conduite), basée sur des pratiques sociales, reflétant ses représentations sociales, souvent non conformes aux pratiques régulatrices du système. Cette situation, observée au sein du système de santé national, nous ramène à aborder la question principale de notre problématique face à une situation irrégulière à l'accès aux soins, comment se comporte le malade ou ces accompagnateurs ? ». Cette question nous conduit à soulever une série de questions qui nous motivent à chercher des réponses convaincantes sur le plan macrosociologique.

Un ensemble de questions s'impose : y'a-t-il une logique sociale à entreprendre pour y accéder aux soins ? Quels sont les mécanismes constructifs de ces logiques sociales ? Sous quelles formes se présentent ces mécanismes d'échanges sociaux ? les représentations sociales sont elles des éléments constructifs de ces logiques ? Le réseau de discussion de la patiente est-il efficace à contourner ces obstacles d'accès aux soins ?

L'analyse de la littérature autour de ces questionnements montre clairement les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics dans la gestion de ce dossier. Les dysfonctionnements des services du secteur public sont visiblement exposés sur le terrain.

Sur le plan microsociologique, le comportement de l'utilisateur ne se résume pas seulement aux réclamations soutenues par une réalité vécue dans cette sphère, elle dépasse la logique offensive que l'utilisateur construit pour accéder aux soins. La négociation, l'échange social et le don sont des instruments sociaux pour le mécanisme d'accès aux soins face aux réalités imposées aux établissements de santé publics en Algérie.

Nous allons essayer de répondre à ces questionnements en décryptons les récits de vies des malades atteintes par le cancer du sein de notre structure d'étude en s'appuyant sur une perspective ethnosociologique.

2. Méthodologie utilisée :

Le recours à la perspective ethnosociologique est une recherche empirique fondée sur l'enquête de terrain qui s'inspire de la technique d'observation mais qui construit ses objets par référence à des problématiques sociologiques. Cette perspective permet de passer du particulier au général et d'observer des formes sociales, rapports sociaux, mécanismes sociaux, logiques et actions sociales et processus récurrents dans une multitude de contextes similaires.

Contrairement à la démarche hypothético-déductive qui développe d'abord des hypothèses en fonction des théories existantes puis conçoit une enquête empirique destinée à les vérifier, la démarche ethnosociologique consiste à enquêter sur un fragment de la réalité sociale historique dont on ne sait pas grand-chose a priori. Ce que nous croyons en savoir, à l'avance, sur l'objet d'étude, s'avère, le plus souvent, relever de l'ordre de stéréotypes, préjugés et autres représentations collectives chargées de jugements moraux circulant dans le sens commun.

Le recours au récit de vie, comme l'un des instruments de collectes de données de cette perspective, s'avère ici particulièrement efficace puisque cette forme de recueil de données empiriques colle à la formation des trajectoires. Cela permet de saisir par quel mécanisme et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée et comment ils s'efforcent à gérer cette situation ? Cette perspective se pratique sur 5 étapes principales :

1ère étape : recueil des récits de vie.

2ème étape : traitement des entretiens et construction graphique des parcours.

3ème étape : confrontation et validation des représentations graphiques avec les acteurs.

4ème étape : fabriquer du général à partir du particulier. Phase d'analyse et de construction de la connaissance sociologique.

5ème étape : Phase d'analyse et de construction de la connaissance sociologique.

Pour cette approche qualitative la notion d'échantillon représentatif statistiquement n'a guère de sens.

Nous avons besoin d'une construction progressive de notre échantillon d'étude. La redondance et la saturation des récits déterminent la taille de l'échantillon de l'étude. Nous avons jugé juste de se retourner vers les patientes pour le recueillement des récits de vie au lieu de les pratiquer sur leurs accompagnateurs à défaut d'indisponibilité de ces derniers. Un ensemble de questions élaboré pour orienter le récit de vie comme exemple : racontez moi votre parcours thérapeutique, êtes vous admise au service sans intervention, qui est l'acteur qui s'occupait de votre accès ? Comment il a dépassé les obstacles et à travers quel logique ?

Pourquoi le cancer de sein ? Le cancer de sein est une maladie lourde mais guérissable aussi le nombre de femmes atteintes par cette pathologies est en évolution considérable et que le CPMC n'arrive plus à prendre en charge tout les cas diagnostiqués.

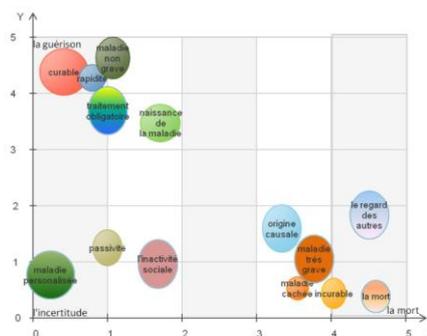
II Présentation des résultats:

Après avoir enregistré les récits de vies des patientes interviewées atteintes de cancer du sein, nous avons transcrit ces récits de vie d'une manière intégrale.

2.1. Thématiques des récits de vie (Thématiques par rapport à la maladie) : un ensemble de thèmes (14 thèmes) regroupé dans des champs représentationnels à été signalé à partir des transcriptions des récits de vies des malades atteintes de cancer de sein. Ces thèmes, ainsi sont représentés en (ACP) grâce à une application informatique. Cette présentation ne représente pas un objectif direct à notre travail sauf qu'elle va nous servir de support représentationnel par rapport à la maladie.

L'analyse de la composante principale (ACP) nous permet de représenter schématiquement les thèmes retenus sur un repère bi-varié (perspectives de guérison)

Figure N°1 : Graphe de perspectives de guérison.



Source : résultat de l'étude

La société algérienne, de part sa culture profane aux origines causales du cancer du sein, montre une agressivité cristallisée dans son regard par rapport aux malades atteintes du cancer du sein. « *Je ne discute pas trop sur ma maladie avec les gens, si non ils trouveront de quoi m'accuser en cas de désaccord, une fois une cousine m'a nommée de sans sein, c'était juste une dispute sur les enfants, mais moi je la pardonne, je sais que c'est la volonté de dieu* » sujet "E". Présenter socialement une telle maladie, est une construction individualisée qui bascule de la normale à la tragédie.

La classification des thèmes soulignés par catégorie a permis d'obtenir une partition en quatre classes. A chaque classe, nous pouvons associer un système représentationnel composé de plusieurs sous thèmes. Catégorisation des classes : Nous pouvons interpréter cette quadripartition de la perception du cancer du sein, développée par les malades de la manière suivante :

O Classe 1 : Dans un premier temps, le cancer du sein se définit en terme d'incurabilité mais s'appréhende également à travers une vision plus symbolique : le caractère discrétion de la maladie. Le cancer se conçoit comme un mal invisible et endormi qui ronge à petit feu et auquel on ne peut se soustraire. Aussi, le caractère particulièrement caché de la maladie explique son incurabilité dans le sens où l'absence de symptômes ne permet pas de déceler son évolution. De plus, dans ce système représentationnel, le cancer est perçu comme maladie qui se diffuse au sein de la population.

O Classe 2 : Ce système représentationnel s'oppose à la première conception du cancer mis en avant par les malades dans la mesure où, cette fois, le cancer s'envisage comme une maladie curable. Toutefois, cette guérison n'est possible que sous réserve d'une prise en charge correcte et rapide.

O *Classe 3* : En effet, cette représentation de la maladie se démarque totalement des autres systèmes représentationnels dans la mesure où la maladie est exclusivement associée à l'incurabilité.

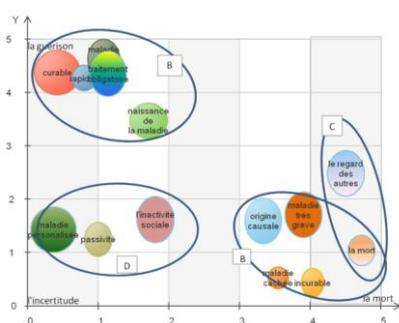
O *Classe 4* : La quatrième représentation du cancer du sein se fonde sur l'incertitude que ressentent les malades quant à l'issue de leur maladie. Cette incertitude s'explique par le caractère particulièrement personnel de la maladie. Le cancer est perçu comme une maladie individuelle qui n'autorise pas de comparaisons avec des cas avérés de guérison ou de récurrence.

Figure N°2 : Graphe de catégorisation

Source: résultats de l'étude

D'une manière plus globale, cette quadripartition se réfère à des catégories plus larges de la perception des maladies.

Au sein du premier système représentationnel, le cancer du sein s'apparente à une «maladie fléau » dans le sens où le cancer apparaît comme une maladie qui se diffuse et qui fait peur. Le deuxième système représentationnel place le cancer du côté des maladies curables, qui se distingue des pathologies bénignes de par les bouleversements tangibles que cette maladie génère. Dans cette perspective, le cancer s'associe plutôt à une « maladie épreuve ». Le cancer du sein fait référence à une troisième catégorie de la perception : « la maladie mortelle ». Enfin, le cancer du sein est perçu comme une « maladie destructrice » qui freine les individus dans leur épanouissement social mais également comme « maladie de l'incertitude » puisque les malades ne sont pas en mesure de rationaliser les perspectives de guérison.



des classes

larges de

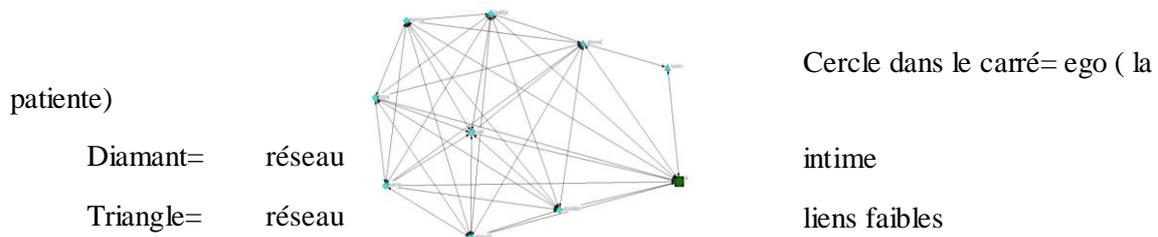
sens où le

2.2. Les réseaux de discussion : Le bavardage sociologique dans les espaces de santé est très visible dans nos établissements. L'accompagnateur(s) du malade ne cesse de chercher un employé de la santé pour une orientation ou une conversation qui le permet de nouer une relation éventuellement utile en cas de problème. La discussion est entamée au tour de l'hôpital, d'une connaissance commune, de voisinage, de professionnel et d'autres champs sociaux. Ce bavardage ne se limite pas aux espaces de santé, il le dépasse sur le plan social et dimensionnel (parler de la maladie avec les semblables et avec les composante de sont entourage social).

Dire que l'on souffre d'un rhume ou d'une angine n'a pas les mêmes conséquences émotionnelles et relationnelles que le fait d'annoncer à son entourage une pathologie aussi grave que le cancer. Nous verrons que discuter de son cancer implique à la fois des processus de stigmatisation et de légitimation sociale, mais fait également émerger les contraintes instrumentales et relationnelles qui déterminent les possibilités d'accès aux soins et la prise en charge de la maladie. La malade se trouve devant une alternative : taire sa maladie ou la divulguer.

2.3. Réseaux de discussion et réseaux personnels : Lors de notre enquête, nous avons utilisé des générateurs de noms pour demander aux malades de citer, dans un premier temps, les personnes avec lesquelles elles discutaient de leur maladie pour trouver une solution à leur accès. Une application informatique (Igo.net) permis de configurer le réseau de chaque patientes.

Nous avons interrogé 16 patientes. L'ensemble des relations interpersonnelles citées par ces malades s'élève à 128 alters, et le nombre de personnes appartenant aux réseaux de discussion est de 96 alters parmi ces derniers, 21 alters travaillent dans différents services de l'hôpital. Nous effectuerons nos calculs en forme d'individu. Autrement dit, nous analyserons la configuration des différents réseaux de discussion pour chaque malade interviewée pour obtenir une présentation comme :

Figure N°3 : Graphe de réseau social de la patiente (Sujet ‘‘A’’)

Source: résultats de l'étude

2.4. Réseau de soutien expressif et instrumental : Le « piston » ou réseau personnel est devenu un terme vulgarisé. Si l'on observe la définition du dictionnaire, le terme pistonner signifie « *Aider (quelqu'un) à obtenir quelque chose (un emploi, par exemple), en usant de son influence ou de sa position* ». Les synonymes sont nombreux parmi lesquels se trouvent, recommander, appuyer et favoriser. Ainsi, le terme « piston » est de plus en plus fréquemment utilisé dans les situations de recherches des ressources sociales utiles à être avantagées. Il pourrait être défini comme l'action par laquelle une personne va être sélectionnée pour avoir une place dans un service hospitalier, non pas pour sa gravité, mais grâce à l'intervention d'une connaissance travaillant ou non au sein de l'organisation concernée qui va recommander et appuyer son admission à l'hôpital. Le service rendu à travers ce mécanisme (le piston) n'est pas toujours irréversible. L'échange social par le bavardage ou autre outils, le don et l'attente de la réciprocité, la transaction sociale dans ces différentes formes sont omni présents dans la construction des logiques d'accès aux soins.

L'un des sous ensemble de discussion est sollicité par cette catégorie de patientes. C'est le réseau de soutien instrumental. Les ressources mobilisées pour des fins instrumentales sont aux différents niveaux et ils sont insérés dans des positions sociales hétérogènes. Cette hétérogénéité dans les positions (directeur central, médecin, para médical, agent de service etc.) permet aux malades de dépasser leur réseau personnel pour accéder aux ressources et faire preuves d'usages pour leurs fins instrumentales. C'est le passage par des liens forts qui permet le passage du principe homophile au principe hétérophile et ce même passage qui permet aussi de basculer des ressources sociales au niveau des semblables aux ressources avantagées. Les liens forts sont les ponts sur lesquelles la patiente traverse pour atteindre les liens faibles. C'est le principe des trous structuraux, Burt, (1995).

III. Discussion des résultats:

Dans le cadre général des recherches sur les *processus d'accès aux soins*, nous nous sommes intéressés à la manière dont la sous-population très particulière des femmes atteintes d'un cancer du sein et leur entourage social construisent leurs logiques d'accès aux soins à la pathologie. Parmi les différents facteurs qui peuvent influencer la construction de ces logiques, nous avons précisément examiné l'incidence du *contexte relationnel* : les relations profanes et les relations thérapeutiques dans lesquelles les malades sont insérées.

Nous discuterons deux résultats principaux :

-Les représentations du cancer développées par les malades et la typologie des systèmes représentationnels.

-La mobilisation des ressources et les formes de mécanismes instrumentalisées par la patiente. La conclusion de notre discussion finira par une proposition de modèle sur les logiques d'accès aux soins des malades atteintes du cancer du sein construit selon la réalité sanitaire de notre population d'étude.

3.1. Des univers de significations différenciées : L'analyse des recueils des récits de pratiques des malades pour interpréter leur pathologie présente différents thèmes liés au cancer du sein. Ces thèmes concernent principalement les perspectives de guérison et les traitements s'agissant de leur caractère obligatoire, de leurs effets bénéfiques secondaires ou de leurs répercussions sur la vie quotidienne à plus ou moins longue échéance et sur les aléas des traitements. D'autres thèmes sur le niveau de sévérité de la maladie dans une dualité grave/non grave, peuvent être reliés aux thèmes des perspectives de guérison. Certaines malades ont aussi mis l'accent sur la qualité de la prise en charge et la précocité du dépistage. D'autres thèmes, plus rarement abordés, font référence à la naissance de la maladie. Sur cet aspect, les femmes s'interrogeaient sur les origines de leur pathologie sans parvenir à déceler les causes précises ou, au contraire, attribuaient la genèse de leur cancer à des facteurs déterminés. Le facteur religieux est fortement présent dans leurs représentations.

Ce facteur est déployé dans les moments de faiblesse : généralement, quand la malade n'arrive pas à expliquer les causalités et les origines de leurs malheurs. Le cancer a également été envisagé comme une maladie courante à travers le thème de la diffusion. Enfin, quelques malades ont évoqué le caractère particulièrement de l'invisibilité de la pathologie et l'idée que le cancer du sein est une maladie personnalisée rendant chaque cas de cancer unique.

Les systèmes représentationnels des malades sont formés par différentes combinaisons de ces thèmes. Nous avons identifié quatre systèmes représentationnels distincts : « la maladie fléau », « la maladie mortelle », « la maladie épreuve » et « la maladie de l'incertitude ».

Les systèmes représentationnels de « la maladie fléau » et de « la maladie mortelle » font référence au caractère incurable du cancer. Ces systèmes regroupent donc les femmes qui ont une vision fataliste du cancer puisque le décès est la seule issue envisagée de leur trajectoire de malade. Toutefois, les malades qui développent une représentation de type « maladie fléau » envisagent également le cancer comme une maladie cachée, invisible, de plus en plus répandue. Elles tentent à comprendre l'invasion de la pathologie en cherchant à en deviner les origines probables.

A l'opposé, le système représentationnel de « la maladie épreuve » renvoie à une perception plutôt optimiste de la maladie. Le sujet "F", obéissant à cette classification avec une représentation très significative. Les malades adhérant à cette représentation du cancer s'autorisent à penser qu'elles vont guérir et que la mort n'est pas l'issue unique. Par ailleurs, la rapidité de la prise en charge et la qualité des soins adoptent cette représentation de la maladie dans la mesure où ces éléments sont perçus comme les garants de la guérison.

Enfin, un dernier système représentationnel a été distingué quand les malades ne rationalisent pas leurs perspectives de guérison et se placent dans l'attente. Il s'agit de « la maladie de l'incertitude ». Ces malades ne limitent pas leur réflexion à l'issue fataliste mais se projettent dans l'avenir et questionnent les répercussions de la maladie sur leur vie actuelle et future. Les contraintes liées aux traitements qui bouleversent la vie quotidienne des malades et les condamnent à l'inactivité forcée, amènent à percevoir le cancer comme une maladie destructrice.

Cependant, celles que nous avons enquêtées ont accepté de se faire soigner et de subir une intervention chirurgicale dont les conséquences physiques ne sont pas sans répercussions sur la perception du corps, sur l'estime de soi et sur les relations conjugales. On peut estimer par ailleurs que le discours pessimiste de ces malades cache des espoirs de guérison: considérer le cancer du sein comme une maladie mortelle n'empêche pas d'envisager que la guérison demeure possible et que l'on puisse appartenir à la petite minorité de celles qui vont s'en sortir, même si cette probabilité est infime. Dans cette perspective, ces malades suivraient moins les traitements par obligation à une norme ou à une autorité, parentale ou médicale, que pour s'assurer qu'elles ont tenté toutes leurs chances. Notre analyse se situe, donc aussi, au niveau « *Interindividuel et situationnel* ».

Au-delà de la simple description des contenus représentationnels rattachés au cancer du sein, cette thèse a pour ambition théorique de rendre compte des *effets des communications interpersonnelles* sur la production des représentations. Dans la lignée de Serge Moscovici³, nous pensons que *les représentations sont productrices des parcours au cours des interactions*. Plus particulièrement, nous envisageons les représentations comme des *réalités partagées*, Doise, (1982). Dans cette perspective théorique, les interactions sociales ne véhiculent pas seulement des représentations ; elles participent aussi à leur élaboration.

Les résultats de l'analyse thématiques des représentations du cancer confirment que l'individu n'est pas un être isolé qui pense seul. Les individus confrontent leurs représentations aux opinions de leur entourage et cette confrontation amène les alters de la discussion à faire converger leurs représentations. Il apparaît en effet que les malades établissent leurs représentations de la maladie au cours des échanges profanes sur la pathologie. En fonction des opinions diffusées par les confidents lors des discussions sur la maladie, et selon la manière dont les malades interprètent ces opinions, les représentations développées par les malades présentent des univers de significations distinctes.

3.2. Réseaux de discussion et mobilisation des ressources : Les malades affrontés aux divers obstacles pour se faire soigner, discutent de leur maladie avec l'ensemble des personnes qu'elles côtoient dans l'espoir de trouver des solutions à leurs problèmes. En plus de ces obstacles invisibles, s'ajoute la peur de la stigmatisation et la crainte de voir leur identité sociale modifiée. Cette peur les conduit à ne pas raconter leur pathologie et à éviter les échanges de paroles sur la maladie auprès de certaines personnes. Mais des contraintes psychologiques comme le besoin de partager ses émotions, des contraintes affectives, cognitives et instrumentales, ainsi que préserver l'intimité des relations peuvent provoquer le blocage à l'accès et l'incertitude à propos de la maladie, au contraire, inciter les malades à discuter de leur cancer, Blau, (1996). Elles doivent pourtant considérer l'émotivité de leur entourage et anticiper leurs réactions face à l'annonce de la pathologie. Enfin, des contraintes sociométriques liées à la composition des réseaux personnels des malades limitent ou favorisent le recrutement de personnes à de ses confidences.

Sous l'effet de ces différentes contraintes, les malades atteintes d'un cancer du sein effectuent un tri au sein de leur réseau personnel. Trois sous-ensembles scindent les membres des réseaux personnels en trois sous groupe relatifs aux trois objectifs:

- Un besoin de soutien affectif et une recherche de légitimation sociale qui passe par la reconnaissance de leur statut de malade.

- Une recherche d'avis profanes sur la maladie et sur les possibilités de guérison.

- Un besoin d'aide instrumental à l'accès aux soins (des recommandations, de l'argent, l'accompagnement, prise en charge à domicile... etc).

Le sous ensemble relative à notre étude est inscrit dans le troisième objectif (le besoin d'aide instrumental).

Le principe d'hétérophile est l'une des caractéristiques du réseau de soutien instrumental. Ce réseau consiste à faciliter l'accès aux soins des patientes. L'accès et l'usage des ressources utiles à ces fins instrumentales nécessitent une forte mobilisation de ces ressources qui ne sont pas par évidence accessibles et utilisables dans le réseau personnel de la patiente. Une passerelle est nécessaire à travers les liens faibles par les quelles la patiente sort de son cercle intime cherchant des intermédiaires capables de mobiliser les ressources utiles à son accès. C'est la force des liens faibles. Le contenu de ce réseau de soutien est relatif aux barrières sociales et cognitives qui entravent le protocole thérapeutique de la patiente.

Sur les 16 patientes atteintes du cancer du sein interviewées, 5 d'entre elles ont bénéficiées d'une prise en charge sans faire recours à une intervention aux prés des professionnelles de la santé mais après une attente considérable ce qui a, d'ailleurs, aggravées leur situation. Sur ces 5 patientes 3 patientes n'ont pas évitées l'ablation du sein. « *C'est vrai*

que mon dossier est bien accepter pour l'hospitalisation dans un délai plus aux moins normal sauf que les R.D.V tardives de la chimiothérapie m'ont poussé à l'a chirurgie » sujet "k". Le reste des patientes de notre étude ont mobilisées des ressources à travers les liens faibles et forts pour accéder aux soins dans les délais et d'une façon correcte. « Mon frère à fait ses études avec l'un des médecins traitants du service, c'est lui qui m'a avancé mes R.D.V, je n'avais pas d'autre choix, notre pays fonctionne comme ca » sujet "b", c'est les propos d'une patiente. 3 patientes ont avancés des propos similaires pour faciliter l'un des étapes du parcours thérapeutiques. Une autre catégorie de malade empreinte d'autre stratégie à l'accès aux soins. L'influence sur le personnel soignant on provoquant le tapage est une stratégie de rapprochement constructrice de liens et d'échange social. « Mes beaux frère ont fait un énorme tapage au service, les agents de services et aides soignants ont essayions de les calmer ont finis par trouver une solution à mon problème d'admission » sujet "l" cette catégorie à regroupée 2 patientes de notre étude. Le reste de notre échantillon d'étude à la négociation sociale par le don et le contre don en obéissant à la trilogie de Mauss. « Mon époux est un directeur central dans un établissement public il a facilité l'accès à l'emploi de l'un des frères d'un para médical et à son tours il nous a arrangé un R.D.V favorable à mon protocole de traitement, c'est grâce à ce coup de main que j'arrive à me soigner » sujet "d".

Cette transaction sociale a permis à cette patiente comme même d'être prise en charge et de poursuivre sa trajectoire thérapeutique. Une autre patiente, sujet "j" a avancée des propos encore plus explicites « mon frère travaille à l'université et l'oncologue chargé de mon suivi son fils est bloqué dans une spécialité et il a demandé à mon frère de le transfert à une autre spécialité de son choix. Mon frère n'a pas refusé pour mon bien et depuis ils se contactent mutuellement pour régler certains problèmes ». Donner, recevoir et redonner sont des pratiques sociales qui s'imposent finalement dans le parcours de la patiente ou le personnel passe avant l'impersonnel dans un système de soin souffrant de moyens et d'autorités. Le pouvoir et le contre pouvoir ne peut être absent dans ce système, la régulation et le droit ne dépassent le verbal des agents de service et autres pour remettre à l'ordre les plus faibles des usagers « moi j'ai fait intervenir mon cousin d'Alger, c'est un quelqu'un au ministère de la santé, il m'a donné un papier que j'ai déposée au secrétariat de l'hôpital et à peine quelque jours ils m'ont appelé pour mon service » sujet "e". Deux de nos patientes ont avancées des propos similaires.

La dernière catégorie de nos patientes interviewées (11 patientes), détruit tous les cloisons des règles et de normes à l'accès aux soins et qui regroupe finalement un nombre important de notre échantillon d'étude. Le réseau de discussion est vecteur mobilisateur de liens faibles et de liens forts. Les patientes de cette catégorie sollicitent tous le mondes sans recule dans l'espoir de maximiser les chances d'accès aux soins dans les conditions favorables. L'intensité et la fréquentation élevées sont des facteurs déterminants de cette logique sociale qui ressemble à l'effet de boule de neige.

L'esprit de solidarité sociale et de réciprocité sont fortement présents dans la construction de ces logiques sociales à l'accès aux soins. « C'est un parent, il doit faire quel que chose pour moi. C'est un devoir social que je l'assure, c'est un jour il aura besoin de moi c'est un crédit que je dois solder un jour, je sais qu'il va faire quelque chose pour moi, il est capable de donner même de l'argent ». C'est une déclaration émanant d'une patiente de notre population d'étude. C'est dans un contexte solidaire endogène que la sensation d'appartenance et la réciprocité comme normes sociales représentent une forte signification sociologique dans ce processus social. Ce type témoigne de l'existence de l'implication sociale des acteurs sociaux dans la production des parcours thérapeutiques à travers les mécanismes d'échanges sociales demeurent l'une des logiques qui fonctionnent toujours dans notre système national de santé et autres systèmes.

4. Conclusion :

La retranscription des récits, l'association des thématiques sur le plan représentationnel, la définition catégorielle des patientes atteintes du cancer du sein de notre étude à travers leurs réseaux de discussions et la mobilisation de leurs ressources, l'usage des mécanismes d'échanges sociaux, nous ont permis de déterminer un modèle de logiques sociales construit par les patientes et leur entourage social. Un modèle qui permet l'accès aux soins aux patientes dans un contexte dysfonctionnel que notre système national de soins connaît. On se basant sur les récits de pratiques de nos patientes que la construction de ce modèle est possible. Quatre systèmes représentationnels différenciés sont mis à jour.

Cette quadripartition des représentations du cancer nous a servi de socle à l'étude. En passant par les réseaux de discussion de la patiente et les ressources mobilisées dans ces réseaux que les logiques sociales à l'accès aux soins sont décryptées. Finalement, ces trajectoires sont les résultats de ces logiques d'échanges sociaux. Ce modèle de logiques se présente en quatre classes.

La classe A (maladie fléau) composée des patientes atteintes du cancer du sein dont les thématiques de leurs représentations sociales à leur pathologie sont associées aux maladies invisibles. Cette catégorie de patientes cache leur espoir de guérison en passant par la mobilisation des ressources insérées dans leurs réseaux de discussion, à savoir, le réseau des confidents et de soutien expressif.

Les patientes dont leur représentation au cancer du sein « maladie fléau », cristallisent leur discussion sur la maladie avec leur confidents et avec leur informateurs. Elles ne cherchent pas à mobiliser les ressources insérées dans leur réseau personnel pour façonner leur trajectoire. Elles ciblent leur thématique de discussion sur la perspective de guérison (l'incurabilité). L'accès aux soins aux services du CPMC reste dans un cadre régulier et sans intervention.

La classe B (maladie épreuve) regroupe les patientes représentant leur maladie par l'association des thèmes aboutissant à la guérison (le réseau de confiance, le réseau de soutien expressif et le réseau de soutien instrumental). La catégorie de la maladie épreuve mobilise les ressources disponibles dans leur réseau de confiance pour expliquer leur maladie et accéder aux soins gratuits au centre CPMC dans les conditions favorables. L'accessibilité et l'usage de ces ressources pour la totalité des traitements au CPMC n'est possible que pour une partie de cette catégorie. C'est la partie des patientes qui exploite toutes les ressources disponibles et utiles et qui se retrouvent même à l'extérieur de leur réseau personnel. Le mécanisme d'échange social est fortement sollicité par l'entourage social de la patiente, la négociation à l'accès devienne une pratique sociale perpétuelle et substituant à la règle.

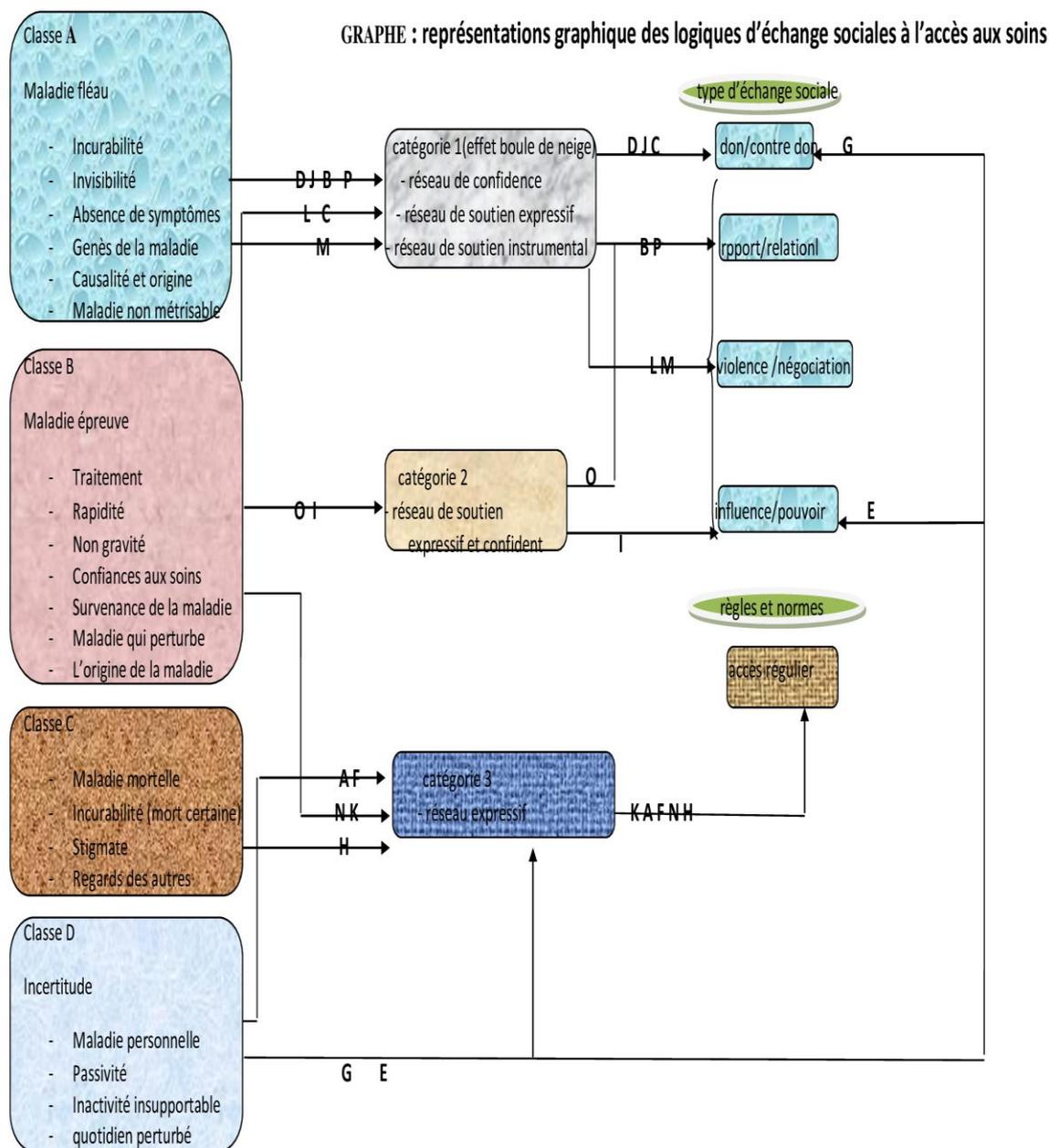
La classe "C" est composée de patiente exprimant leur maladie à travers les thématiques associées à l'incurabilité de la maladie dont la mort est certaine. Le stigmate et le regard des autres. Cette catégorie de malades pessimistes associe la maladie du cancer du sein à la mort certaine. Cette catégorie sûre de la mortalité de la maladie, mobilise aussi, les ressources insérées dans leur réseau de confiance pour parler de l'incurabilité et de la mort certaine. Cette catégorie de malade, leur trajectoire lui sont imposée par leur entourage profane et professionnel. La représentation de cette catégorie a un effet sur les actions des acteurs influant exerçant un pouvoir d'autorité et de droit sur le système et sur ses acteurs sociaux. Les interactions hétérophile, dépassant les cercles sociaux intimes de la patiente.

La classe "D", représente l'incertitude comme position ambivalente entre la guérison et la mort. Elle fait recours à la force et à la violence qui reste l'une de ses stratégies pour plus de brouillard et d'ambiguïté permettent de créer un climat d'échange et de négociation.

Cette série d'hypothèse a fait l'objet de ces logiques sociales d'accès aux soins de ces patientes atteintes du cancer du sein. L'accès aux soins par rapport à notre champ et population d'étude nécessite la mobilisation de capitaux, de ressources et de déploiement de mécanismes d'échanges sociaux multiples.

En conséquence, les résultats décrits dans ce travail nécessiteraient une validation sur une population plus importante.

FIGURE N° 4 : Modèle de logique d'échange social à l'accès aux soins :



Source: résultats de l'étude

Références bibliographiques

Ouvrages et thèses : (Palatino Linotype; 10)

Nom, Première lettre du prénom, (année) "Titre en italique" Maison d'édition, Lieu d'édition.

Exemple :

Baudrillard J., (1992). «*Pour une critique de l'économie politique du signe*». Ed. Gallimard, Paris.

Bertaux D., (1976). «*L'histoire de vie ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie* ». rapport au CORDES.

Blau P., (1964). «*Exchange and power in social life*». Ed. New Brunswick, Transaction Publishers, London.

Blau P., (1977) «*Inequality and heterogeneity*». Ed, Free Press, New York

Bourdieu P., (2000) «*Les structures sociales de l'économie*». Ed. Édition de Minuit, Paris.

Caille A., (1994) «*Don, intérêt et désintéressement* ». Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres. Éd. La Découverte/M.A.U.S.S ? Paris.

Doise W., (1982) «*L'explication en psychologie sociale* ». Ed. PUF, Paris.

Mauss M., (1985) «*Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, dans Sociologie et Anthropologie* ». Ed. Presses Universitaires de France pp. 145-279. Paris

Articles :

Burt R., (1995) «*Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur*». in. *Revue française de sociologie*, 36 (4), 599-628, p, 18.

Castel R., (1991) «*De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation : Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle* », in *J. Donzelot (dir.), Face à l'exclusion, le modèle français, Esprit, Paris.*

Mebtoul M., (2010) «*La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie* », in *Famille et santé, sous la direction de Geneviève Cresson et Mohamed Mebtoul, Presses de l'EHESP, Rennes.*

Rémy J., (1992) «*La vie quotidienne et les transactions sociales : perspectives micro ou macrosociologiques* », dans *BLANC M. (textes réunis et présentés par), Pour une sociologie de la transaction sociale, Coll. Logiques Sociales, L'Harmattan, 1992, p. 83-111, Paris.*

Van Campenhoudt L, Franssen A, Cantelli F., (2009) «*La méthode d'analyse en groupe, Sociologies* » ,En ligne, *Théories et recherches*, mis en ligne le 05 novembre 2009, consulté le 13 octobre 2012. URL : <http://sociologies.revues.org/2968> .

Mémoires et thèses :

Brahamia B., (1991) «*La dynamique du système de santé algérien : bilan et perspectives*». Thèse Sciences économiques, Montpellier 1, p78.