

Prévenir et prendre en charge les cancers féminins à ‘Uvea et à Futuna : repenser la « contextualisation » des discours et des pratiques

Valelia MUNI TOKE, anthropologue, chargée de recherche à l’IRD (SeDyL)
valelia.muni_toke@ird.fr



Introduction

La très haute prévalence des cancers féminins (endomètre, col de l’utérus, ovaires) à ‘Uvea (Wallis) et à Futuna impose en termes de santé publique à la fois des actions de prévention et de prise en charge. Néanmoins, dans ce territoire d’Outre-mer au statut politique singulier, où l’ordre social est réglé par la coutume, mais où le système biomédical de santé est exclusivement du ressort de l’État, ces actions ne peuvent à l’évidence être la simple transposition de celles qui sont menées dans l’espace hexagonal.

Méthode

Ethnographie sur le temps long (depuis 2010)

- Observation de lieux de soins (hôpital, dispensaires) et de consultations
- Entretiens avec soignant.e.s et patient.e.s

Thématiques étudiées : relations entre service public et population autochtone, pratiques d’interprétariat et de traduction, politiques de prévention en santé publique, diabète et obésité, santé mentale

Résultats

La « contextualisation » des politiques publiques de prévention et de prise en charge

- Un idéal souvent évoqué par les équipes soignant.e.s
- Des modalités pratiques peu voire pas définies
- Des obstacles de nature politique et sociale, souvent présentés comme « culturels »

Malentendus et défiance dans la communication entre patient.e.s et système de soins

- Question linguistique : le français n’est pas la langue première du territoire
- Question sociale et politique : la place de la coutume dans la vie quotidienne
- Désarroi fréquent des équipes soignantes : patient.e.s décrit.e.s comme « inconscient.e.s » face aux pathologies dont ils/elles souffrent, ou comme opposant de la « résistance » à la prise en charge, apparence d’indifférence aux opérations de communication et information grand public

Discussion

Parler du corps féminin à ‘Uvea et à Futuna

- Un territoire où les pratiques de parole sont réglés par des interdits stricts liés à la fois aux rapports de genre (indexés aux interdits issus du système de parenté) et à des règles de pudeur largement héritées de la religion catholique, dominante depuis la fin du 19^{ème} siècle
 - inadéquation des opérations de communication rassemblant un public à la fois mixte et lié par la parenté
- Un territoire où le français n’est pas la langue première
 - absence actuelle de réflexion sur la place de la langue dans la communication entre patient.e.s et système de soins, tendance à utiliser les personnels de santé bilingues pour assurer la simple médiation d’un discours pensé hors sol

Les limites de l’explication culturaliste

Si la contextualisation des politiques publiques semble indispensable, l’idée d’une « culture » locale qui expliquerait à elle seule les difficultés rencontrées par les actions de prévention et de prise en charge ne peut être retenue :

- Les inégalités socio-économiques sont majeures et affectent directement à la fois la littéracie en santé et le rapport de la population au système de soins biomédical
- La situation « postcoloniale » du territoire affecte également la santé publique : la « résistance » à la biomédecine est aussi vécue comme une affirmation d’autochtonie (ce qui constitue une question politique et non seulement « culturelle »)