

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 77 • avril 2021

Accès aux soins et pratiques de recours

Étude sur le vécu des patients

Loïcka Forzy, Lou Titli, Morgane Carpezat et Claire Verdier (ASDO)

Accès aux soins et pratiques de recours

Étude sur le vécu des patients

Loïcka Forzy, Lou Titli, Morgane Carpezat et Claire Verdier (ASDO)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Sommaire

■ SYNTHÈSE	5
■ RAPPEL DES OBJECTIFS ET DE LA MÉTHODE.....	6
Le contexte et les objectifs de l'étude	6
■ CHAPITRE 1 - LES LOGIQUES SPATIALES DE L'ACCÈS AUX SOINS	10
La proximité : le critère de « l'évidence » au moment du choix initial du médecin généraliste, mais qui devient moins prégnant par la suite	10
Choisir son « médecin de famille » : la proximité comme critère de « l'évidence ».....	10
Mais une variable géographique qui peut devenir secondaire par la suite	11
Des logiques spatiales différenciées suivant les types de professionnels et la fréquence des soins	13
Les zones de recours envisagées varient en fonction des types de consultations	14
Les mobilités de santé impliquent peu de déplacements spécifiques et s'intègrent le plus souvent dans l'espace vécu des patients.....	17
■ CHAPITRE 2 - AU-DELÀ DE LA DISTANCE, DES PRATIQUES DE SOINS FAÇONNÉES PAR BIEN D'AUTRES DÉTERMINANTS	25
Disponibilité, ressources sociales, rapport à la santé : des facteurs qui jouent fortement sur les parcours de recours aux soins	25
Des organisations quotidiennes plus ou moins contraintes : le poids des obligations professionnelles et des charges familiales	25
Des rapports au corps et à la santé socialement différenciés	29
Des ressources sociales et symboliques qui favorisent la « volatilité » et l'exigence	32
Diversité des organisations spatiales et temporelles des patients dans l'accès aux soins	35
■ CHAPITRE 3 - VÉCUS DES PATIENTS DE LEURS PARCOURS D'ACCÈS AUX SOINS	43
Un discours ambiant sur une dégradation de l'offre de soins	43
Des difficultés plus fréquemment énoncées par les plus « exigeants » dans leurs pratiques de soins ?	46
Des vécus très variables de son parcours d'accès aux soins	46
Tous les enquêtés rencontrés n'expriment pas de la même manière, ni avec la même force, des difficultés d'accès aux soins.....	48
Un discours sur l'accès aux soins qui n'est pas toujours corrélé à la « réalité » des difficultés rencontrées	50
En pratique, accommodements et stratégies face aux difficultés rencontrées	51
Le contournement des difficultés, lorsque l'on a des ressources (capital culturel et social, compétences relationnelles)	51
Le choix par défaut du professionnel.....	51
Le report ou le renoncement à certaines consultations	52
■ CONCLUSION	56
■ POUR EN SAVOIR PLUS.....	58
Annexe 1. Tableau synthétique des caractéristiques des enquêtés rencontrés.....	59
Annexe 2. Guide d'entretien	61

■ SYNTHÈSE

Cette étude propose un éclairage qualitatif sur les logiques de recours aux soins des patients, à partir de 25 entretiens sociologiques réalisés entre janvier et avril 2019 sur trois territoires urbains ayant une accessibilité aux médecins généralistes légèrement inférieure à la moyenne nationale. Elle articule une approche spatiale de leurs pratiques de soins avec d'autres dimensions entrant en jeu dans l'organisation concrète des consultations de professionnels de santé. L'objectif était de comprendre comment la variable spatiale joue concrètement dans les logiques de choix des professionnels et dans l'organisation des pratiques de soins, mais également d'identifier quels autres facteurs peuvent apparaître comme des facilitateurs ou, à l'inverse, comme des freins dans l'accès aux soins. Pour cela, l'étude se penche sur l'organisation concrète, sur le plan spatial et temporel, des pratiques de soins, en les resituant dans des emplois du temps « ordinaires » et quotidiens. Les résultats indiquent d'abord que le ressenti de la distance doit être replacé dans l'espace vécu des individus, multidimensionnel et propre à chacun. Il est susceptible de varier selon le type de professionnel considéré (médecin généraliste, autre professionnel médical de premier recours, auxiliaires médicaux et spécialistes de second recours). Ensuite, la distance géographique n'apparaît pas comme un obstacle « en soi », mais elle peut le devenir lorsqu'elle se combine à d'autres facteurs (capacités de mobilité, maîtrise des contraintes professionnelles, charge familiale, etc.). Enfin, la mise en perspective des pratiques de recours aux soins avec les représentations qu'en ont les enquêtés révèle que le vécu du manque et la propension à identifier et percevoir des obstacles dans l'accès aux soins ne sont pas nécessairement corrélés avec la « réalité » des difficultés rencontrées.

■ RAPPEL DES OBJECTIFS ET DE LA MÉTHODE

Le contexte et les objectifs de l'étude

L'accès aux soins constitue une préoccupation majeure des politiques publiques en santé et une exigence inscrite dans la loi¹. Traditionnellement, **cette problématique de l'accès aux soins est traitée sous deux angles principaux qui organisent les politiques publiques** à son sujet. D'une part, l'accent est mis sur l'accessibilité financière des soins, notamment *via* un certain nombre de dispositifs (CMU², CSS³, Permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux, extension du tiers payant...). D'autre part, l'accessibilité géographique aux soins est étudiée, à travers des mesures qui visent à influencer la répartition géographique des professionnels de santé (dispositifs de lutte contre les « déserts médicaux »). Pour étudier et mesurer cette accessibilité géographique, **la DREES utilise l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui met en regard l'offre et la demande de soins à un niveau local** (jusqu'à l'échelle communale, pour certaines professions de santé). Pour rendre compte de cette tension entre offre et demande, l'APL va au-delà d'effectuer un simple ratio entre l'effectif de médecins et celui de la population ; en effet, il intègre également le niveau d'activité des médecins (pour affiner la mesure de l'offre disponible), mais également les taux de recours aux soins différenciés de la population en fonction de son âge. Enfin, s'il est calculé au niveau de chaque commune, il tient également compte de l'offre de médecins et de la demande des communes avoisinantes.

Si l'APL fait donc figure d'outil indispensable pour appréhender l'aspect géographique de l'accès aux soins, **il ne rend compte que partiellement de cette accessibilité, la focale spatiale ne constituant en effet que l'une de ses composantes**. Outre les questions financières ou de distance géographique, d'autres variables sont à prendre en compte, telles que les considérations temporelles et organisationnelles des patients, les dimensions sociales, symbolique et culturelle qui peuvent influencer sur leurs pratiques de recours. Pour autant, de manière générale, **le point de vue des patients, leur ressenti et leur vécu vis-à-vis de l'accès aux soins sont des points relativement aveugles des études**. Finalement, l'analyse statistique de l'accès aux soins ne prend en compte que les aspects financiers et territoriaux. Or il apparaît nécessaire de combiner cette approche avec d'autres dimensions – d'ordre organisationnel, socioéconomique, culturel... –, pour rendre compte de façon plus complète des logiques de recours aux soins.

Dans cette optique, la présente étude vise à apporter un **éclairage qualitatif quant aux pratiques de recours aux soins des patients, les difficultés rencontrées et l'insertion du recours aux soins dans l'organisation quotidienne** (d'un point de vue temporel et spatial, notamment). Il s'agit en d'autres termes de mettre en perspective les travaux statistiques portant sur l'accès géographique aux soins par une analyse des comportements, logiques et pratiques concrètes de recours. Ce prisme d'étude doit notamment permettre de comprendre les obstacles et entraves tels qu'ils sont vécus par les patients et d'étudier la variabilité de ce ressenti suivant les caractéristiques et situations individuelles. Il s'agit ainsi d'analyser, par l'étude fine de trajectoires individuelles, la diversité des situations vécues par les patients, leurs parcours et stratégies en termes de recours aux soins dans un contexte territorial comparable en termes de tension entre offre et demande de soins. **Le parti-pris de l'étude est donc de se centrer sur une approche en termes d'accessibilité géographique des soins**, en laissant de côté la question de l'accessibilité financière.

En d'autres termes, cette étude propose d'investiguer trois grands champs de questionnements. Il s'agit d'abord de documenter les logiques selon lesquelles sont choisis les professionnels de santé, en s'intéressant à la place qu'occupe la proximité géographique dans ces arbitrages. Au-delà du choix initial, l'objet est également d'éclairer les pratiques de recours dans leurs dimensions très concrètes, en mettant en lumière l'organisation (spatiale et temporelle) qu'elles supposent. Par ces angles d'analyse, l'étude vise à retracer les mobilités de soins des patients, et à les resituer par rapport aux territoires quotidiens, aux espaces de vie ordinaires des enquêtés. Enfin, le troisième axe qui guide ce travail consiste à analyser le vécu, le ressenti des patients, en termes de manque ou, à l'inverse, de facilités à organiser ses pratiques de soins. Il s'agit par-là de saisir, à partir de leurs points de vue, ce

¹ Le Code de la santé publique garantit, dans son article L1110-1, « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».

² Couverture maladie universelle.

³ Complémentaire santé solidaire.

qui est perçu comme obstacle dans leurs parcours sanitaires, ainsi que les ajustements et éventuelles stratégies mises en place pour contourner et dépasser ces entraves.

Enfin, l'un des partis-pris de cette étude consiste à **éclairer ces différents questionnements en prenant pour cible un contexte « moyen » ou relativement « ordinaire » en matière de densité de professionnels de santé et d'offre de soins**. La plupart des travaux qui portent sur les questions d'accessibilité aux soins se centrent en effet sur des contextes déficitaires, où l'offre est par définition rare (par rapport à la moyenne), ou bien sur des catégories de population qui, par leurs caractéristiques, sont plus susceptibles de rencontrer des difficultés d'accès aux soins (personnes en situation de dépendance, en situation de précarité, etc.). À l'inverse, cette étude a été conçue pour **enrichir les connaissances du vécu et de l'éventuel manque de soins à partir d'expériences plus « communes »**.

La méthodologie de l'étude

Cette étude se fonde sur une méthodologie résolument qualitative, à travers **la réalisation de 25 entretiens semi-directifs auprès de patients, entre janvier et avril 2019, sur 3 territoires distincts** présentant des indicateurs statistiques similaires en matière d'accessibilité aux soins. L'un des objets de l'étude étant de mettre en perspective et de compléter les enseignements des indicateurs statistiques d'accès aux soins en les confrontant aux pratiques effectives de recours (et de non-recours) et en étudiant leur inscription dans le territoire, il est en effet apparu intéressant de privilégier le choix de communes comparables en termes de diagnostic statistique.

Compte tenu du nombre relativement restreint d'entretiens réalisés, il s'agit d'une **étude qualitative exploratoire, dont l'objet est de dégager de premiers enseignements et de soulever de premières hypothèses**. La problématique de l'accès aux soins est ici travaillée au prisme d'une **analyse microsociologique** : les entretiens approfondis permettent de restituer des pratiques et expériences concrètes, de les remettre en perspective avec les organisations quotidiennes, et ainsi de saisir ce qui peut faire obstacle ou constituer une entrave dans les pratiques de recours. Le choix de quelques communes pour le terrain d'enquête vise par ailleurs à ancrer ce travail dans une perspective territoriale, permettant de raisonner en termes d'espace vécu⁴ – c'est-à-dire l'espace tel que l'individu se l'approprié par ses pratiques quotidiennes et ses représentations.

Le choix des territoires d'enquête

Le choix des territoires pour la réalisation des entretiens qualitatifs répondait à différents principes. D'une part, tel qu'évoqué précédemment, nous avons décidé de retenir des **communes présentant des diagnostics statistiques proches** en matière d'accessibilité aux soins. Pour répondre à l'objectif de se centrer sur des contextes relativement « ordinaires » en matière d'offre de soins, **l'indicateur retenu se situe légèrement en dessous de la moyenne de l'indicateur d'APL** (entre 3,7 et 3,9 consultations par an et par habitant, tableau 1, sachant que l'indicateur d'APL est en moyenne de 4,0). D'autre part, ont été sélectionnés des **territoires urbains de nature variée** (étendue du bassin de vie, desserte en transport en commun, types de mobilité...) en choisissant à la fois une ville fortement peuplée, et deux de taille plus modeste. Les communes retenues devaient néanmoins présenter un nombre d'habitants significatif (plus de 20 000 habitants) pour faciliter le processus de recrutement des enquêtés.

⁴ Le concept d' « espace vécu » a initialement été introduit par le géographe Armand Frémont dans son ouvrage *La région, espace vécu* (1976).

Tableau 1 • Caractéristiques des communes retenues pour l'étude

	« Profil » du territoire	APL 2016 MG	Population municipale
A	Grande unité urbaine (plus de 100 000 hab.)	3,9	115 000 hab.
B	Ville de taille moyenne (plus de 20 000 hab.), en couronne d'un grand pôle urbain	3,7	54 000 hab.
C	Ville de taille moyenne (plus de 20 000 hab.), en couronne d'un grand pôle urbain	3,7	40 000 hab.

La population ciblée pour les entretiens

L'objet d'étude étant vaste et le nombre d'entretiens limité, nous avons choisi de **resserrer la population d'enquête autour de certains critères**. Enquêter en population générale à partir d'un nombre restreint d'entretiens aurait risqué de donner à voir une trop grande diversité de situations et de complexifier l'analyse (effet de « dilution » des facteurs explicatifs et déterminants des pratiques de recours aux soins, des difficultés rencontrées, etc.). Il a donc été décidé de cibler une population plus spécifique, à partir d'un critère d'âge (vu l'importance de cette variable dans l'intensité des besoins et des pratiques de recours). L'objectif était en effet de cibler des personnes présentant des besoins en soins en théorie plus importants que la moyenne, mais ne se trouvant pas non plus dans des situations trop spécifiques, avec des besoins particulièrement aigus.

Compte tenu de ces éléments, **la population des 50-65 ans non retraités** a été retenue. **Elle constituait une cible intéressante** pour l'étude, pour plusieurs raisons. Il s'agit d'une catégorie de population qui peut être concernée par l'émergence de nouveaux besoins de soins, l'apparition de problèmes de santé liés à l'âge, tout en ne se trouvant pas *a priori* en situation de véritable dépendance (sauf cas spécifiques : handicaps, maladies chroniques, etc.). Cette phase transitoire nous paraissait intéressante à investiguer. Se concentrer sur les 50-65 ans encore en activité (au sens de non retraités) permettait par ailleurs d'approfondir la thématique de l'accès aux soins en l'articulant avec la question des contraintes professionnelles, des charges familiales, dans un contexte où le temps disponible pour ce type de pratiques est compté. Enfin, cette population-cible ne devait pas *a priori* concentrer de problèmes aigus de mobilité ; or interroger le rôle de la distance/de l'éloignement dans les trajectoires de soins apparaissait d'autant plus intéressant dans des cas où cette variable n'a pas été identifiée comme une barrière *a priori*.

Au sein de cette sous-population des 50-65 ans, nous avons été attentifs à rencontrer des personnes dont les situations, pratiques et parcours sont contrastés. S'agissant d'une démarche qualitative, l'échantillon ne visait pas à être représentatif, mais **illustratif d'une diversité de situations**. Pour cela, deux critères principaux ont servi pour « panacher » le panel : d'une part, le sexe (dont on sait qu'il a de nombreuses incidences sur les comportements/logiques de recours aux soins), d'autre part, le niveau de diplôme (qui forme également une variable de premier plan). Les enquêtés ont été recrutés par le biais d'une société spécialisée dans l'organisation de terrains d'étude.

Tableau 2 • Caractéristiques des enquêtés rencontrés

	Niveau de diplôme			Total
	Infra-bac (niveaux V et infra)	Bac à bac+2 (niveaux III et IV)	Bac+3 ou plus (niveaux I et II)	
Hommes	4	5	2	11
Femmes	5	6	3	14
Total	9	11	5	25

Le déroulement des entretiens

S'agissant d'entretiens semi-directifs, **un guide d'entretien a été préalablement élaboré afin d'orienter les échanges avec les enquêtés autour d'un certain nombre de thèmes.** Après un premier temps rapide de présentation du parcours biographique, la discussion et les questionnements étaient axés autour de cinq grands thèmes : la perception de leur état de santé général, la gestion de leurs besoins de santé (fréquence de consultations, types de recours aux soins), leurs logiques de choix des professionnels de santé, les pratiques concrètes de consultation et, enfin, les difficultés perçues dans l'accès aux soins.

Compte tenu de l'objet d'étude, **le fil des échanges a été construit de façon à éviter les effets d'induction de l'enquêteur**, notamment concernant les barrières d'accès aux soins. La question de la distance géographique, notamment, ne devait pas apparaître dans les propos de l'enquêteur comme un obstacle présumé. Pour ces raisons, le guide préconisait d'amorcer un échange ouvert, sur les perceptions générales de l'enquêté quant à sa santé, les besoins identifiés, puis de saisir de manière globale ses habitudes en matière de consultations, pour resserrer progressivement l'échange sur des pratiques très concrètes. La question des difficultés d'accès aux soins faisait l'objet du dernier chapitre du guide, permettant aux enquêtés de se positionner sur le sujet et de développer des éléments qui avaient pu être évoqués spontanément au préalable.

Deux supports ont par ailleurs été utilisés au cours des entretiens, afin de faciliter les échanges et de recueillir de façon systématique un certain nombre d'éléments objectivés. En premier lieu, un support cartographique représentant la commune et ses environs visait à faciliter la représentation spatiale des déplacements de la personne, des espaces fréquentés habituellement, d'y inscrire la localisation des professionnels de santé consultés, les moyens de locomotion utilisés, etc. Différents niveaux d'échelle étaient proposés aux enquêtés, afin de pouvoir s'adapter à la plus ou moins grande étendue de leur espace de vie quotidien. Ce support a constitué un bon moyen d'ancrer les entretiens dans l'espace. En second lieu, un schéma dessiné avec l'enquêté permettait de faire l'inventaire exhaustif des consultations réalisées au cours des 2 ou des 3 dernières années. Il s'agissait, par ce biais, de dresser un panorama des professionnels consultés récemment, en indiquant les lieux d'implantation des professionnels en question, la fréquence de consultations, etc. Le recours à ce schéma permettait également à l'enquêteur de s'approprier rapidement les pratiques de soins régulières de l'enquêté, pour identifier les pratiques de soins à sur lesquelles mettre l'accent.

À ce sujet, il convient de préciser que, **partant du point de vue des patients, l'étude ne visait pas à dresser une analyse systématique ou exhaustive de l'ensemble de leurs pratiques de recours** aux soins, mais d'en sélectionner un certain nombre – celles qui sont le plus fréquentes, qui font le plus sens pour eux. Une étude systématique aurait par ailleurs supposé un champ d'investigation trop vaste. Les entretiens ont néanmoins permis de balayer un grand nombre de pratiques de soins/ types de professionnels de santé, en s'adaptant à chaque fois aux parcours et habitudes sanitaires des uns et des autres. Pour ces raisons, cette étude ne permet pas de retrouver toutes les catégories administratives usuellement utilisées dans le champ de la statistique publique. Par ailleurs, si l'étude se centre essentiellement sur la médecine de ville, certains enquêtés, compte tenu de leurs pratiques et de leurs habitudes, ont également pu évoquer des soins et professionnels hospitaliers.

Retour sur la méthode

Les entretiens se sont déroulés pour la plupart d'entre eux au domicile des personnes et ont duré entre une heure trente et deux heures. Ils ont permis de recueillir un matériau qualitatif riche et varié, qui forme le socle de l'analyse présentée ci-après. Quelques limites doivent néanmoins être soulevées. En termes de recrutement, deux biais possibles ont été identifiés. D'une part, phénomène classique lors du « recrutement » d'enquêtés dans les études qualitatives, il semble que beaucoup des personnes s'étant portées volontaires pour les entretiens présentaient soit un intérêt particulier pour les thématiques investiguées, soit rencontraient de lourds problèmes de santé qui en faisaient un sujet central dans leur quotidien. Il s'agit en ce sens de types de profils possiblement surreprésentés dans le panel, même si nous avons été attentifs lors de la seconde vague d'entretiens à privilégier des situations plus « ordinaires ». Deuxième limite, beaucoup d'enquêtés rencontrés étaient des personnes globalement peu contraintes sur le plan professionnel, ou pour le moins avec des horaires de travail en décalé. Ce second biais est certainement là davantage attribuable au mode de recrutement, *via* une société spécialisée, qui privilégie lors du recrutement des personnes ayant suffisamment de disponibilités pour participer à l'étude. Or ces caractéristiques en matière d'organisation professionnelle ont un impact certain sur le vécu de l'accès aux soins (davantage de marges de manœuvre pour organiser les consultations, etc.).

■ CHAPITRE 1 • LES LOGIQUES SPATIALES DE L'ACCÈS AUX SOINS

La place de la variable géographique dans le choix des professionnels de santé et dans les pratiques de recours aux soins

Le rapport à l'espace est un élément déterminant dans la sélection des professionnels de santé et les pratiques de recours. Mais c'est aussi un facteur complexe à analyser. En effet, la dimension géographique dans le choix du médecin généraliste ne recouvre pas les mêmes enjeux que dans le choix des autres professionnels de santé (de premier comme de second recours). De la même façon, observer les effets de cette variable à un moment précis, comme celui du choix initial du professionnel, ou dans une perspective diachronique en s'intéressant aux pratiques de recours sur la durée, ne produit pas les mêmes résultats. Pour saisir finement les logiques spatiales de l'accès aux soins, cette première partie s'articule en deux temps. En se concentrant premièrement sur le médecin généraliste, qui constitue une figure particulière dans le champ des professionnels de santé, il s'agira de comprendre comment les enquêtés perçoivent et articulent la variable géographique avec d'autres facteurs de choix, non seulement au moment du choix initial de leur médecin traitant, mais également dans la durée. Puis, dans un second temps, nous nous intéresserons aux autres professionnels de santé, pour qui les logiques spatiales de sélection et de recours varient selon les spécialités. Ce premier chapitre s'attache ainsi à comprendre quelle est la place de la variable géographique dans le choix des professionnels de santé et dans les pratiques de recours aux soins, et à saisir comment elle s'articule avec d'autres facteurs dans les arbitrages des patients.

La proximité : le critère de « l'évidence » au moment du choix initial du médecin généraliste, mais qui devient moins prégnant par la suite

Choisir son « médecin de famille » : la proximité comme critère de « l'évidence »

Une méthode de sélection plus qu'un critère

Dans le cycle de vie des enquêtés, **le choix initial du médecin généraliste a souvent lieu au moment où ils établissent un projet familial**, où ils projettent de devenir parents et emménagent dans un nouveau quartier. La majorité d'entre eux, avant cela, n'avaient pas identifié de médecin traitant particulier : ils avaient celui de leurs parents ou celui qui les suivait lorsqu'ils étaient enfants, pouvaient consulter d'autres médecins ponctuellement... Lorsqu'Ibrahim arrive en France par exemple, il réside quelques années à Paris et recourt à l'association *Médecins du Monde* pour se soigner. C'est au moment où il se marie et déménage qu'il fait le choix de son premier médecin traitant, qu'il qualifie aujourd'hui de « médecin de famille » car ce dernier suit Ibrahim, mais aussi sa femme et ses enfants.

De manière générale, **le choix initial du généraliste ne semble pas nécessairement faire l'objet d'arbitrages précis ou de raisonnements soigneusement soupesés**. Les enquêtés sont par exemple nombreux à avoir du mal à reconstituer *a posteriori* les logiques de leurs choix ou à expliquer les critères qui les guidaient. Choisir son médecin « au plus proche » s'apparente plus à une méthode de recherche qu'à un véritable arbitrage : beaucoup d'enquêtés ne semblent pas s'être particulièrement investis dans le choix initial du médecin. La proximité apparaît comme un critère évident et naturel, par lequel il est aisé d'opérer une première sélection. C'est par exemple en voyant une plaque de médecin sur l'immeuble en face de chez lui que Paul décide de choisir son médecin généraliste au moment où il emménage dans le quartier avec sa femme.

« On l'a trouvé quand on a déménagé. On est pratiquement en face du cabinet. Je sais pas comment on a fait, on est rentré carrément, on a vu la secrétaire. » (Paul, 57 ans, baccalauréat, en emploi, fonctionnaire)

Cédric et Yvette ont, de la même façon, sélectionné un médecin au plus proche et le premier médecin contacté s'est avéré être « le bon ». La proximité semble ainsi fonctionner comme une méthode de recherche simple à appliquer **susceptible de renvoyer à des réalités différentes** selon le référentiel qu'ils adoptent.

Mais une variable géographique qui peut devenir secondaire par la suite

Une proximité relationnelle qui prend le pas sur la proximité géographique

Le choix initial du médecin généraliste repose donc largement sur sa proximité géographique. Mais, dans la durée, cette variable peut être largement relativisée. De façon générale, **on observe dans le panel une fidélité assez forte au médecin généraliste, et ce même en cas de parcours résidentiels mouvants**. Cette fidélité est à mettre en lien avec la place singulière qu'il occupe dans l'éventail des professions de santé. Historiquement, le rapport qu'entretiennent les patients à leur médecin généraliste est largement empreint du rapport au « médecin de famille ». C'est à partir du XVIII^e siècle que le recours à ce dernier se développe, dans un contexte où il n'existe aucun système de soins institutionnalisés. À cette époque, le médecin de famille fait figure d'acteur central du champ de la santé : il « coordonn[e], organis[e] à sa propre échelle un système de santé par lequel il pren[d] tout en charge, du diagnostic à la thérapeutique sans oublier la prévention »⁵. Il s'agit à la fois d'une personne de référence, autorisée à pénétrer la sphère de l'intime et du privé, mais c'est aussi un acteur local, qui se déplace au domicile, vit lui-même la commune et qui joue un rôle clef dans la vie de la cité.

Le médecin traitant tel que les enquêtés le présentent est imprégné de cet héritage du médecin de famille. Même si le médecin généraliste se déplace moins souvent à domicile qu'auparavant, les enquêtés attendent toujours de lui qu'il soit attentif à leur contexte familial, qu'il ait la mémoire de ce qui se dit en consultation et qu'il assure ainsi un véritable suivi. D'autre part, le médecin traitant continue de jouer un rôle d'intermédiaire vis-à-vis du système de soins, car il est souvent le premier interlocuteur auquel les usagers font appel lorsqu'ils ont des questions ou lorsqu'ils ont besoin de recommandations pour consulter des spécialistes de second recours. La proximité au médecin de famille se mesure donc en termes géographiques, car c'est un professionnel qui historiquement se déplace à domicile, mais également en termes affectifs, puisqu'il connaît tous les membres de la famille et assure un suivi sur le long terme.

Dans son étude sur le recours aux soins en zones rurales, Virginie Vinel montre d'ailleurs que **la proximité au médecin généraliste ne se joue pas tant en termes géographiques qu'en termes de disponibilités et de confiance**⁶. Les interviewés ne signalent pas de difficulté dans l'accès aux médecins généralistes, notamment parce qu'ils peuvent les consulter sur des plages horaires très amples ou bénéficier « d'arrangements » dans l'organisation de leurs rendez-vous. Plus encore que les disponibilités des médecins, ils sont particulièrement attachés à la relation qu'ils ont créée avec leur médecin traitant. Ce double niveau de lecture de la proximité est intéressant parce qu'il fait largement écho au rapport qu'entretiennent les enquêtés rencontrés avec leur médecin traitant.

Une fois qu'ils ont créé une relation de confiance avec leur médecin, la distance géographique revêt en effet une importance bien moindre qu'au moment du choix initial : peu d'enquêtés changent de médecin généraliste de leur propre initiative. En cas de déménagement, par exemple, la relation n'est pas forcément rompue : les enquêtés conservent généralement le même médecin, même s'il se trouve à une distance qu'ils auraient jugée excessive au moment du choix initial. On peut distinguer deux types de cas selon les trajectoires résidentielles des enquêtés : d'une part les cas où les trajectoires résidentielles sont stables et où les individus restent dans le même logement ou le même quartier, et d'autre part les cas où il y a disjonction entre le domicile et le cabinet du médecin généraliste, soit parce que l'enquêté déménage, soit parce que le médecin déménage. Dans ces deux types de cas, les enquêtés conservent leur médecin généraliste, mais la proximité géographique n'est plus appréhendée de la même façon.

Trajectoires résidentielles continues et fidélité au médecin généraliste

Si l'on s'intéresse à la première catégorie de situations, la proximité géographique n'est pas questionnée car elle s'inscrit dans une certaine continuité et stabilité. Des enquêtés comme Ibrahim, Pierre-François, Christophe, Muriel ou Josiane ont gardé leur médecin traitant depuis qu'ils l'ont choisi car ni eux, ni leur médecin n'ont déménagé. **Lorsque les trajectoires résidentielles sont aussi stables, les enquêtés sont fidèles à leur médecin**. Ce sont alors des éléments exogènes et contraints qui amènent à rompre cette continuité. Marie et Carole par exemple ont

⁵ Herzlich Claudine, Bungener Martine, Paicheler Geneviève et al., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, INSERM/Doin, 1993.

⁶ Vinel Virginie, Kessler-Bilthauer Deborah, « Se soigner en zone rurale lorraine : Domestication du système de soins et encadrement familial des trajectoires individuelles », *Enfances Familles Générations*, n° 28, 2017.

dû changer de médecin généraliste en raison du départ à la retraite de leur praticien. Ces deux enquêtées ont des trajectoires résidentielles stables, elles habitent depuis longtemps leur quartier et sans cet événement du départ à la retraite, elles n'auraient probablement pas changé de médecin. Elles vivent d'ailleurs cet événement comme une difficulté, un obstacle à surmonter et restent très critiques quant à leur nouveau médecin, regrettant l'ancien.

« Je sais pas combien de fois j'ai appelé, mais bien 25 ou 30 fois. Toujours les mêmes réponses : on ne prend pas de nouveau patients. Lui il m'a acceptée même s'il était saturé parce que j'ai dit que la mienne partait en retraite. J'ai pas hésité, j'ai pas eu le choix. [...] Ma doctresse m'appelait si les résultats ne lui plaisaient pas, elle me disait de venir récupérer l'ordonnance, y'avait ce côté humain. Lui il est distant, je pense qu'il se protège aussi. Il doit se prendre des réflexions. » (Carole, 54 ans, CAP, en emploi, animatrice d'ateliers en ESAT)

Mobilités résidentielles et nouveaux enjeux de proximité

Second cas de figure, dans le cas de trajectoires résidentielles mouvantes, le médecin généraliste se retrouve souvent en dehors de la zone de recours envisagée initialement. Le facteur de la proximité devient alors secondaire, voire disparaît, car d'autres exigences se dessinent. Lorsqu'un déménagement éloigne le médecin généraliste, la plupart des enquêtés conservent en effet le leur : **c'est la fidélité au médecin généraliste qui prime en cas de mobilité résidentielle**. La zone de recours s'étend alors bien souvent au-delà de l'espace des activités quotidiennes, mais les enquêtés l'acceptent et continuent de consulter leur médecin à distance.

Frédérique par exemple a le même médecin généraliste depuis plus de vingt ans. D'abord suivie par le médecin de sa mère, elle a continué avec son remplaçant au moment de son départ à la retraite, qu'elle consultait dans sa commune de résidence. Il y a dix-huit ans, elle déménage et part habiter à quarante-cinq minutes de son ancien lieu de résidence. Pour autant, Frédérique reste « fidèle » à ce professionnel et continue à aller le voir au moment de l'entretien. Si elle continue de consulter ce médecin généraliste, c'est que le lien de confiance est extrêmement fort. Elle considère en revanche que son généraliste est loin. Lorsque ce dernier partira à la retraite, elle compte en consulter un qui sera dans une zone de recours acceptable, à savoir son quartier ou sa commune de résidence. **L'exigence de la proximité cède ici devant la relation au médecin**. C'est également le cas lorsque les enquêtés partagent avec leur médecin des éléments de santé qui sont vécus comme très personnels, liés à leur histoire de vie. Fabienne, qui est séropositive, est par exemple très attachée à son médecin généraliste, qui la suit depuis son diagnostic.

« Quand je trouve un médecin avec qui ça se passe bien, je le garde ! [Même si c'est loin ?] Oui ! » (Fabienne, 58 ans, baccalauréat, en emploi, assistante maternelle)

Si l'on prend le cas de Michel, la logique est quelque peu différente. Michel a le même médecin traitant depuis plus de quinze ans, spécialisé en homéopathie. Lorsqu'il l'a choisi, il habitait dans la même commune que son médecin et mettait dix minutes à pied pour se rendre à une consultation. En 2015, il déménage dans une nouvelle commune, à une demi-heure de son médecin traitant. Comme Frédérique, Michel conserve son médecin car il privilégie la qualité de la relation à la proximité géographique. En revanche, là où sa logique diffère de celle de Frédérique, c'est que Michel considère que son médecin est encore à proximité. Michel explique que les déplacements pour aller consulter son médecin s'inscrivent dans ses trajets domicile-travail. Pourtant, depuis son domicile, Michel met trente minutes pour relier son médecin, puis quarante minutes pour arriver jusqu'à son lieu de travail. Les distances semblent objectivement importantes mais pour Michel, elles ne sont absolument pas vécues comme des contraintes.

« Pour moi, pour l'instant rien ne me gêne en termes de transports ou de trajets. Si on avait changé de région on aurait pas pu garder ce généraliste, mais là on s'adapte en conséquence, ça nous gêne pas pour autant, on prend le temps de trajet en compte. » (Michel, 50 ans, baccalauréat, en emploi, vendeur)

Zoom • Les cas de « double médecin » : un médecin « historique » pour le suivi et un médecin de proximité pour les urgences

Certains enquêtés ont mis en place des organisations particulières pour avoir à la fois les avantages de la proximité et ceux de la relation de confiance avec leur médecin généraliste. Sylvie, Frédérique, Fabienne et Michel ont en commun d'avoir recours à deux médecins généralistes. Chaque médecin est consulté pour des motifs bien précis. Le premier est consulté pour assurer un suivi, sous forme de prévention ; les consultations sont anticipées relativement en avance, et peuvent faire l'objet d'un déplacement spécifique. Ce médecin est considéré comme un médecin de famille, le lien affectif est fort. Il s'agissait auparavant d'un médecin de proximité mais les trajectoires résidentielles ont créé de la distance. Pour autant, les enquêtés ne s'en séparent pas. *A contrario*, le second médecin est consulté dans l'urgence. Les rendez-vous ne sont pas spécialement anticipés et les enquêtés attendent de lui qu'il soit disponible et souple. C'est un médecin d'hyper proximité par rapport au domicile. Le lien n'est pas aussi fort qu'avec le médecin historique car il s'agit d'un professionnel secondaire, qui n'a d'avantages que ce que le médecin historique a d'inconvénients. Le recours à ce médecin de proximité est plus récent que pour le médecin historique. Bien souvent, c'est en urgence, ou en « dépannage » que les enquêtés ont fait appel à lui pour la première fois. Ils n'ont pas spécialement cherché à avoir ce deuxième professionnel, ce mode d'organisation étant à l'origine souvent le résultat d'un « bricolage » plutôt que d'une véritable stratégie.

La proximité, une exigence qui peut également s'atténuer face à d'autres impératifs

Alors qu'elle constitue une évidence au moment du choix initial du médecin, la proximité peut donc être questionnée, arrangée et modulée au cours des trajectoires résidentielles des enquêtés. Dans les exemples exposés précédemment, les enquêtés acceptent de relâcher la préférence de proximité, parce que le lien avec leur médecin est plus précieux à leurs yeux. Mais il arrive aussi que **des enquêtés décident de leur plein gré de changer de professionnel car d'autres critères comme la facilité des consultations, la spécialité du médecin, ou la relation de confiance se révèlent prioritaires.**

Les cas où les enquêtés changent de médecin généraliste peuvent procéder de logiques très distinctes. Certains sont prêts à consulter un professionnel dans un périmètre élargi, car ils sont à la recherche de compétences ou de spécialités particulières. Dans d'autres cas, comme celui de Fabienne ou Gérard, **c'est la relation médecin-patient qui devient essentielle.** Suite à de mauvaises expériences dans un contexte de lourds problèmes de santé, la relation de confiance avec leur médecin a été rompue. Que leur médecin soit à proximité ne suffit plus, ce qui compte est la qualité de la relation humaine et le rapport de confiance. Gérard décide par exemple de changer de médecin suite au décès de sa fille, son médecin n'ayant pas eu selon lui une posture adéquate face à cet épisode difficile. Lors de ses recherches, il demande des recommandations à ses proches. Le nouveau médecin était alors à une certaine distance de leur domicile. Même s'il était prévu qu'ils déménagent dans leur nouvel appartement quelques temps plus tard, Gérard considère que la question de la confiance primait clairement sur celle de la proximité.

« Du fait qu'il était mieux que l'autre, moi ça me dérangeait pas de faire des kilomètres. [...] j'ai pas trop cherché au niveau du trajet ; c'était surtout le fait d'avoir un médecin qui était... comment avec qui on se sentait en confiance et qui avait un bon suivi. C'était surtout ça. Après le fait que ce soit pas loin, oui, ça nous arrange. » (Gérard, 58 ans, CAP, en emploi, gardien d'immeuble)

Des logiques spatiales différenciées suivant les types de professionnels et la fréquence des soins

Si la distance géographique joue donc dans les logiques initiales de choix du médecin généraliste pour ensuite être relativisée au cours du temps, qu'en est-il pour les autres professionnels de santé ? Et comment les zones de recours envisagées se définissent-elles ? Nous l'avons évoqué précédemment, la proximité ou la distance peuvent faire l'objet d'appropriations et d'interprétations différentes, en fonction d'autres facteurs (moyens de locomotion, proximité affective...). Mais pour autant, il apparaît de façon transverse dans les entretiens que les zones de recours envisagées varient en fonction des types de professionnels et de consultations (on est prêt à aller plus loin pour un spécialiste que pour son généraliste). Finalement, la plus ou moins grande étendue de ces zones de recours et la propension à se déplacer varient en fonction de la structure de l'espace vécu des enquêtés, en lien avec leurs caractéristiques sociales.

Les zones de recours envisagées varient en fonction des types de consultations

Trois grands types d'espaces de recours aux soins

Des entretiens menés émergent des logiques différenciées en fonction des types de professionnels considérés, et surtout en fonction de la fréquence des soins : **les espaces de recours potentiels se font plus étendus à mesure que les soins sont ponctuels**. Ainsi, trois grands types d'espaces de recours peuvent être distingués, chacun faisant écho à un certain « type » de soins (et à une certaine fréquence).

On constate d'abord l'existence d'un **espace de recours resserré**, pour lequel la logique de proximité géographique prime, **pour le médecin généraliste** tel qu'évoqué précédemment, **mais également pour la pharmacie et pour des soins paramédicaux réguliers** (ou susceptibles de l'être) : comme les soins de masso-kinésithérapie ou les soins infirmiers. Le recours aux soins s'inscrit là dans un périmètre circonscrit à une distance acceptable du domicile, qui correspond également à l'espace des activités domestiques. L'accessibilité de ce type de professionnels doit rester la plus simple possible : à pied ou par un court trajet en voiture pour ceux qui utilisent beaucoup ce moyen de transport. Sur les vingt-cinq personnes rencontrées, dix-sept ont un médecin généraliste à proximité de leur domicile ; le trajet, qui peut souvent être fait à pied ou qui n'excède pas dix minutes en voiture, est perçu comme très rapide. Ce périmètre resserré se retrouve pour d'autres professionnels consultés très régulièrement comme le kinésithérapeute. On peut citer le cas de Brigitte, qui est prête à faire des trajets d'une quinzaine de minutes en voiture pour certains professionnels de santé (le dentiste notamment) mais apprécie d'avoir son kinésithérapeute à cinq minutes à pied de son domicile, ce qui lui permet d'intégrer ses consultations régulières (elle le voit une fois par semaine) dans sa « routine » quotidienne.

Pour **les dentistes et les spécialistes de premier recours** (appelés par la suite « autres professionnels médicaux de premier recours » : dentiste⁷, ophtalmologue, gynécologue...), **la zone de recours est en revanche un peu plus large**. La logique de proximité géographique reste présente, mais elle s'articule à d'autres critères, notamment celui du délai de consultation. D'un point de vue géographique, l'enquêté cherche finalement à ne pas trop s'éloigner, plutôt qu'à rester vraiment à proximité. La distance géographique que les enquêtés sont prêts à parcourir est plus importante : les temps de trajet qu'ils mentionnent sont globalement plus longs pour les autres professions médicales régulièrement consultées que pour le médecin généraliste. L'espace de recours correspond ici plus souvent à un territoire parcouru par les enquêtés dans le cadre d'activités professionnelles ou de loisirs, qui peut excéder le territoire de proximité autour du domicile. L'accessibilité met alors en jeu plus d'espaces que dans le cas du médecin généraliste, sans toutefois que le déplacement que cela suppose ne nécessite de sortir de l'ordinaire des pratiques de mobilité. Pour ces types de consultations, **la distance s'articule avec d'autres facteurs d'arbitrage, qui priment sur elle. Pour beaucoup d'enquêtés, la disponibilité et les délais de prise de rendez-vous forment ainsi un paramètre déterminant**. Certains préfèrent par exemple « quitter » un professionnel proche de leur domicile, pour réduire le délai de prise de rendez-vous. C'est le cas par exemple de Cédric, qui décide de profiter des visites à sa belle-fille à Paris pour aller consulter un ophtalmologue, plutôt que de rester avec celui qui le suivait dans sa commune.

« L'ophtalmo, je l'ai trouvé au pif. Si j'avais pas ce problème de délai [huit mois] pour avoir un rendez-vous, j'irais toujours au même endroit [dans sa commune]. C'est une personne qui commence à être âgée, un bon ophtalmo avec une grosse expérience. Mais comme ma belle-fille était à Paris, on en profitait. Elle avait un appart là-bas. Donc on est allé au Point Vision Madeleine. » (Cédric, 55 ans, bac+2, en emploi, technicien)

D'autres enquêtés ont par ailleurs recours à leur réseau personnel pour consulter ce type de professionnels, et s'appuient par exemple sur les recommandations de leurs proches plutôt que de choisir au plus près de leur domicile. Une logique financière peut également entrer en jeu dans le choix des professionnels de premier recours, en particulier pour les soins coûteux (dentiste, ophtalmologue). Nathalie a par exemple articulé critère de proximité et critère financier pour le choix de son dentiste : comme elle sait qu'il peut s'agir de soins chers et qu'elle travaillait alors au sein d'une mutuelle, elle a consulté l'annuaire des dentistes mutualistes et en a choisi un dans sa commune. Dans un cas extrême, le critère de distance peut être complètement aboli au profit de cet aspect financier : pour sa pose de bridge qui constituait une dépense importante, Vincent est allé jusqu'à organiser un déplacement à Budapest, ville connue pour offrir des soins dentaires à des prix attractifs.

⁷ Les professions médicales recouvrent les médecins, les sages-femmes et les odontologistes.

Enfin, lorsque les besoins en soins sont particulièrement aigus, on peut observer un renversement de logique, la variable géographique devenant largement secondaire par rapport à des soins qui structurent le quotidien. C'est par exemple le cas de Gérard, suivi pour du diabète et de l'hypertension, qui a fait le choix de regrouper toutes ses pratiques de soins à l'hôpital, même si celui-ci est assez éloigné de son domicile. Il apprécie le fonctionnement et les praticiens de l'hôpital auquel il s'est rendu à l'origine pour consulter un endocrinologue et dans lequel il a peu à peu concentré ses pratiques de soins (dentiste, ophtalmologue, etc.) : il s'y sent « entre de bonnes mains », en terrain connu, et se trouve bien accompagné dans son parcours de santé, notamment parce qu'il n'a pas à prendre l'initiative de la prise de rendez-vous et que la coordination entre les différents professionnels est plus simple (« ils ont [son] dossier »). Dans ce cas de figure, les questions de santé priment et organisent le quotidien, au lieu de s'y insérer.

Un autre paramètre qui peut contribuer à expliquer **la différence en termes de périmètre de recours pour les professionnels médicaux réguliers s'illustre par la plus grande volatilité des enquêtés** vis-à-vis de ces professionnels de santé, comme on l'a vu dans le cas de Cédric qui n'hésite pas à changer d'ophtalmologue parce que les délais de prise de rendez-vous sont trop longs. Le lien de proximité tissé avec ces professionnels est souvent moins fort qu'avec un généraliste, en particulier pour le dentiste et l'ophtalmologue. De ce fait, il est sans doute moins difficile d'en changer. La plupart du temps, lorsque l'on conserve un professionnel, c'est parce que cela reste le plus pratique en termes d'organisation. Il faut cependant nuancer ce propos puisqu'on observe dans certains cas (plus rares) une « fidélité » à ce type de médecins, sur le temps long.

« Mon médecin traitant d'avant m'a conseillé à la période où mes enfants avaient besoin d'un ophtalmo, elle était [dans une commune d'un département limitrophe], elle est partie à Paris et donc je vais dans le XV^e maintenant, mais c'est toujours la même. J'ai confiance. » (Frédérique, 63 ans, bac +2, en emploi, comptable)

Il semble que dans les quelques cas de fidélité à des professionnels médicaux réguliers, les enquêtés s'inscrivent dans la même logique pour chacun. Cela peut tenir à leur rapport aux médecins (pour Frédérique, le « feeling » est toujours un critère de choix majeur) mais également parfois à leurs problèmes de santé : Fabienne reste fidèle à son dentiste depuis plus de vingt ans bien que celui-ci soit éloigné de son domicile et s'inscrit dans une logique de fidélité à l'ensemble des professionnels de santé qu'elle consulte, parce que sa situation de santé est complexe et difficile à aborder (séropositivité), elle préfère donc « ne pas avoir à tout réexpliquer ».

Illustration • L'exemple de Maryse : des zones de recours très différenciées entre médecin généraliste et autres professionnels médicaux de premier recours

Maryse a 59 ans, elle est venue s'installer dans un appartement du centre de la commune A il y a six ans, lorsque son mari, aujourd'hui décédé, a intégré un EHPAD. Auparavant, ils ont vécu durant trente ans dans un petit village de la campagne alentour où ils ont élevé leurs enfants. Maryse a occupé différents emplois au cours de sa vie (vendeuse, comédienne...), avant de reprendre une longue formation. Elle a alors travaillé comme directrice d'une structure d'insertion pendant de nombreuses années. Elle a changé d'activité il y a quelques années pour se dégager davantage de temps libre et pouvoir s'occuper de son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer. Elle est aujourd'hui scénariste indépendante, et est donc très libre dans son emploi du temps.

Lorsqu'elle s'est installée avec son mari et ses deux enfants dans le village où ils ont vécu une trentaine d'années, Maryse a d'abord eu un médecin généraliste dans un des villages alentour. Malgré la très bonne réputation de ce professionnel, elle a fini par changer car, en raison du jeune âge de ses enfants, elle avait besoin d'un médecin plus proche et plus disponible, chez qui elle puisse se rendre rapidement en cas d'urgence.

« [Par le passé, sur le choix des médecins généralistes, lorsque vous habitiez ce village... Comment vous l'avez choisi ?] Alors, à l'époque il n'y avait pas de problème, y en avait trois... Comment on l'a choisi ? Je crois que ma fille a eu un petit truc d'enfant... D'abord y a eu un autre médecin généraliste, dans un village à côté, qui avait une excellente réputation, surtout de pas trop donner de médicaments... Et bon il se déplaçait pas trop. Lorsque vous alliez le voir, c'était une discussion pendant une heure, où il cherchait les traces psychosomatiques etc. [rires] Donc y a eu une fois où ma fille a eu une bonne grosse grippe carabinée, on l'a pris au hasard, un des trois, et on l'a gardé. Il se trouve qu'il voulait bien, enfin il recevait jusqu'à minuit s'il le fallait. Donc il était très disponible. [Et il était à proximité de votre domicile ?] Oui, oui, dans le village, les 3 étaient dans le village, donc c'était pas un problème. Et c'était vraiment un suivi, c'était le médecin de famille quoi, il savait ce qui se passait... »

Le critère de la proximité géographique s'est donc rapidement imposé comme premier au début de la vie familiale de Maryse concernant le choix du médecin traitant. En revanche, toujours à cette époque, elle n'a pas appliqué du tout la même logique pour les professionnels médicaux de santé réguliers : son dentiste et son ophtalmologue.

« À l'origine, j'habitais à 30 km, dans un village, où la dentiste n'était pas très bonne ; j'ai eu de mauvaises expériences avec elle, pas que moi d'ailleurs, d'autres personnes dans le village... Donc ça [le changement] s'était passé facilement ; y a quinze ou vingt ans... Ah non, en urgence. Ma dentiste en question était en vacances : on avait appelé en ville, j'avais pris celui qui prenait en urgence. Comme il était charmant, et vu que sa femme était ophtalmo, on a fait comme ça... »

Pour ces professionnels réguliers qui doivent toutefois être consultés moins souvent, Maryse et son mari ont préféré choisir en fonction de la compétence et de la relation au professionnel de santé. Ils n'ont pas hésité à abandonner une dentiste jugée peu compétente mais très proche de leur domicile pour des professionnels situés à 30 km mais disponibles et avec qui le courant passait mieux. Les logiques qui déterminent la distance que Maryse est prête à parcourir pour une consultation varient donc beaucoup en fonction du type de professionnels : les zones de recours sont très différentes entre médecin généraliste et dentistes ou spécialistes réguliers.

Enfin, concernant **les professionnels de second recours, le territoire de recours potentiel est beaucoup plus étendu**. Il peut en effet largement excéder les territoires habituels des enquêtés, qu'il s'agisse de leur espace vécu quotidien ou de celui de leurs activités professionnelles ou de loisirs. Si la logique géographique devient moins prégnante dans ces cas, c'est que cela fait écho à plusieurs raisons : caractère moins ordinaire des consultations, enjeux associés (gravité potentielle des problèmes de santé), offre moindre de professionnels... Une des enquêtées exprime clairement qu'elle a voulu le meilleur chirurgien pour se faire opérer, malgré la distance importante et l'attente, parce qu'elle considère qu'une opération, même peu dangereuse, justifie de rechercher l'offre de soins de la meilleure qualité possible.

« Le chirurgien [dans un grand pôle urbain assez éloigné de son domicile] m'a été recommandé par des amis, je l'ai validé en allant regarder les classements sur internet, c'est le numéro 1 en France. Faut attendre quatorze mois pour le rendez-vous, et six mois pour l'opération. » (Muriel, 52 ans, bac +5, en emploi, commerciale)

Muriel a donc choisi de passer outre des critères qui président généralement aux choix de professionnels de santé vus plus fréquemment : la distance et la disponibilité. Dans la même logique, Yvette explique également avoir choisi son chirurgien sur les recommandations d'une amie. Même dans les cas où les enquêtés ont d'abord fait le choix de consulter à proximité, ce critère peut très rapidement (plus que pour d'autres professionnels de santé) être abandonné au vu des attentes qui entourent la consultation, au profit de la réputation et de la compétence estimée du médecin.

« Le rhumatologue je veux changer, j'ai pas été super bien reçu d'un point de vue médecin, et j'ai encore mal, je veux un autre avis. C'était du conseil et du diagnostic, je veux un autre avis, comme ça je peux comparer, avoir un autre avis pour voir une autre solution. Il me dit que c'est de l'arthrose et qu'il faut faire des infiltrations. Je vais en voir un autre [dans une grande ville]. Soit je vais demander à mes contacts sur [cette grande ville], soit je vais regarder les avis sur internet en tapant les noms. » (Pierre-François, 57 ans, BEPC, en emploi, agent SNCF)

Les spécialistes de second recours sont donc plus souvent choisis sur la base de recommandations, et se fondent sur un fort effet de réputation. Ces recommandations peuvent émaner des proches mais aussi souvent du médecin généraliste, qui oriente vers un professionnel en particulier. Cela contribue à rendre le choix des spécialistes de second recours plus contraint, à des distances plus éloignées du domicile. Ces consultations peuvent également comporter un enjeu financier important. Nathalie, enquêtée qui ne rencontre pas nécessairement de difficultés financières mais qui accorde de l'importance aux logiques de conventionnement et de remboursement des soins, a ainsi fait le choix de consulter à près de 80 km de chez elle, dans un hôpital d'un autre département où elle doit se rendre en transports en commun, pour une opération du canal carpien. Elle explique que le spécialiste qu'elle a vu était le seul à ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires, et qu'il jouissait en plus d'une bonne réputation (elle s'est renseignée auprès de la secrétaire de l'hôpital) : pour ces raisons, elle estime que la distance à parcourir ne lui importe plus.

Des logiques également différentes en termes d'organisation

Outre la question de la distance acceptable qui varie, c'est également l'organisation quotidienne des enquêtés qui est plus souvent modifiée pour consulter des professionnels de santé autres que le médecin généraliste. **Les aménagements de l'emploi du temps professionnel sont ainsi plus fréquents pour ce type de consultations** : les enquêtés peuvent parfois faire le choix de consulter sur des jours de congés ou de RTT. C'est par exemple la méthode qu'adopte Fabienne, assistante maternelle, chaque fois qu'elle doit consulter son hématologue dans le grand pôle urbain le plus proche de son domicile, tous les six mois. Elle prévient ses employeurs à l'avance afin qu'ils trouvent une solution alternative de garde et pose une journée de congé. Par le passé, elle a essayé une fois de voir un hématologue à l'hôpital de sa commune, mais a trouvé la prise en charge d'une qualité moindre et préfère donc cette organisation, bien qu'elle s'avère plus lourde sur le plan organisationnel.

Ces aménagements d'emploi du temps plus fréquents sont liés au fait que les consultations sont moins régulières que pour le médecin généraliste, mais aussi aux contraintes propres à ce type de consultations (marges de manœuvre moindres pour négocier jour et heure du rendez-vous, longs délais d'attente...). Une part importante des enquêtés mentionne ainsi des délais de prise de rendez-vous de plusieurs mois pour des professionnels médicaux réguliers comme le dentiste, le gynécologue ou l'ophtalmologue. Cela implique que les patients fassent preuve de davantage de souplesse pour organiser leurs consultations : Muriel, cadre commerciale de 52 ans, est tenue de prendre ses rendez-vous chez le podologue plusieurs mois à l'avance. Le cabinet du praticien est situé dans une grande ville, où elle se rend régulièrement pour des raisons professionnelles. Elle a donc adopté une organisation où elle prend d'abord le rendez-vous chez le podologue, et organise ensuite sa journée de travail en fonction, en prévoyant ses rendez-vous professionnels autour de la consultation, afin d'optimiser son déplacement.

Les enquêtés s'inscrivent là dans des logiques inverses à celles adoptées pour le médecin généraliste (et, dans une moindre mesure, pour les autres professionnels médicaux réguliers) : pour les professionnels de second recours, c'est en effet le rendez-vous qui est « calé » en priorité, et c'est à partir de la consultation que l'on adapte son emploi du temps professionnel. Il s'agit cependant de nuancer ce constat suivant la fréquence des soins : lorsque l'on va beaucoup chez un spécialiste, on est sans doute plus enclin à rechercher une organisation plus aisée. Certains enquêtés ont d'ailleurs des pratiques de consultation et des logiques d'organisation qui se rapprochent de celles que l'on retrouve pour le médecin généraliste. C'est le cas d'Ibrahim et de sa famille qui consultent presque tous les mois un dentiste situé à proximité de chez eux : anticipant des besoins en soins réguliers, ils ont cherché un dentiste à la fois proche, et « qui n'ait pas beaucoup de monde ». Ils ont trouvé un cabinet dentaire composé de plusieurs professionnels, à cinq minutes en voiture, ce qui leur convient très bien car les consultations s'intègrent donc facilement dans leur emploi du temps quotidien.

Les périmètres et les logiques de recours sont donc variables en fonction des types de soins et de professionnels consultés : la distance que les enquêtés sont prêts à parcourir n'est pas la même selon que l'on parle d'un médecin généraliste, d'un autre professionnel médical régulier ou d'un spécialiste de second recours. Il s'agit d'un phénomène transversal, que l'on observe chez la majorité des enquêtés. Pour autant, **cela ne signifie pas que les périmètres de recours, même si leur différenciation est régie par les mêmes logiques, sont identiques** : leur taille et leur spécificité varient en fonction des espaces pratiqués au quotidien par les enquêtés, espaces qui dépendent pour partie de leurs caractéristiques sociales. En effet, l'essentiel des mobilités liées à la santé s'intègrent dans ce qu'on peut appeler l'espace vécu des enquêtés.

Les mobilités de santé impliquent peu de déplacements spécifiques et s'intègrent le plus souvent dans l'espace vécu des patients

La pertinence du concept d'espace vécu pour appréhender le vécu de la distance concernant les pratiques de soins

Les différents types de zones de recours présentés ci-dessus montrent combien **la distance ne constitue pas une donnée aisément objectivable, où une même échelle aurait le même sens pour tous**. Cela a pu être constaté concernant le médecin généraliste : si celui-ci est quasiment toujours choisi « à proximité », cette proximité dépend largement des perceptions subjectives des individus. La perception d'espaces « proches » se voit ainsi influencée par la fréquentation plus ou moins régulière qu'en ont les individus, leur plus ou moins bonne connaissance du territoire et les représentations plus ou moins positives qu'ils projettent.

Pour ces raisons, **la notion d'« espace vécu » s'avère très opérante pour relativiser l'idée de distance « objective » et prendre en compte la manière dont s'articulent espaces et territoires pour les individus.** Le géographe Armand Frémont a développé cette notion à la suite d'une recherche sur la région comme objet géographique, au cours de laquelle il a observé que « la région » telle que les individus la perçoivent est parfois bien loin de recouper les limites administratives des territoires, et que l'espace doit être analysé en prenant en compte les distorsions liées à leurs pratiques, leurs perceptions et leurs représentations⁸. En s'inspirant de ses travaux, une représentation schématique peut être proposée pour appréhender l'organisation de l'espace vécu des enquêtés et éclairer l'émergence de la distance « ressentie » dans les pratiques de soins.

Le schéma distingue trois dimensions de l'espace vécu, saisies à partir des situations des enquêtés, en fonction des différents sens que peut revêtir chez eux la notion de proximité. Cette représentation s'inspire également des travaux de nombreux géographes qui ont cherché à complexifier l'appréhension de la proximité par-delà la simple distance kilométrique en prenant en compte d'autres dimensions : distance-temps, distance-coût, mais aussi distance affective, distance sociale... conduisant à des représentations qui s'émancipent parfois très fortement de l'échelle kilométrique⁹. **Le ressenti de la distance émergerait alors dans des espaces qui ne peuvent être rattachés à aucun type de proximité.**

⁸ Frémont Armand, « L'espace vécu et la notion de région. », *Travaux de l'Institut de Géographie de Reims*, n°41, vol. 1, 1980, pp. 47-58, p. 48.

⁹ Bailly Antoine, « Distances et espaces : vingt ans de géographie des représentations », *L'espace géographique*, 1985, pp. 197-205.

Schéma 1 • La structuration de l'espace vécu des enquêtés



L'intégration des pratiques de soins dans l'espace vécu

La plupart du temps, les pratiques de soins s'inscrivent dans l'une de ces dimensions de l'espace vécu : de manière logique, en priorité dans l'espace de vie ou dans les espaces du quotidien, mais également en proportion non négligeable dans les espaces associés à l'histoire personnelle des individus. Les pratiques de soins qui nécessitent des déplacements spécifiques et donc engendrent potentiellement un ressenti de distance qui peut être vécu comme un obstacle, demeurent assez rares. **Cela est d'autant plus vrai pour les consultations chez le généraliste ou le professionnel de premier recours.** Comme on l'a vu plus haut, ces types de professionnels se situent la majeure partie du temps à proximité du domicile. Les consultations chez le médecin généraliste s'intègrent alors dans l'espace de vie. Les quelques cas de consultation dans un espace du quotidien, qui correspond à chaque fois à la zone autour du lieu de travail, sont plus rares notamment parce que le médecin traitant ou de premier recours peut être sollicité en cas d'urgence, et que les enquêtés ressentent donc le besoin de pouvoir s'y rendre rapidement et facilement.

On peut citer le cas de Michel et Cédric qui ont tous deux conservé leur médecin traitant dans leur ancienne commune de résidence puisque s'y rendre ne nécessite qu'un court trajet depuis leur lieu de travail. Ce déplacement s'intègre non seulement dans un espace du quotidien mais également dans un ancien espace vécu, qui est bien connu des enquêtés. Michel retourne d'ailleurs régulièrement dans cette commune également pour voir les amis qu'il y a gardés. Un autre enquêté, Vincent, a quant à lui trouvé un centre de santé à cinq minutes à pied de son travail à Paris, et trouve cette proximité très pratique en termes d'organisation. Enfin, dans certains cas, les enquêtés peuvent consulter dans des espaces où ils se rendent moins fréquemment, et avec lesquels ils entretiennent une proximité affective plutôt que fonctionnelle. Maryse est la seule enquêtée à le faire pour un médecin généraliste ; elle profite de ses visites à ses filles dans une grande ville pour consulter ce type de professionnel. Pour deux de ces quatre cas de consultation en dehors de l'espace de vie, on observe cependant un phénomène de « double médecin » : Maryse et Michel connaissent ainsi un généraliste à proximité de leur domicile, qu'ils peuvent appeler en cas d'urgence et qui acceptera de les prendre.

Lorsque les lieux de soins sortent de ces espaces de proximité, la distance peut être vécue comme une difficulté, un motif d'insatisfaction, en particulier lorsqu'il s'agit du médecin généraliste. On peut citer le cas Nathalie qui consulte à proximité de son ancien lieu de travail : ce territoire ne s'intègre plus dans son espace vécu, il est à distance non seulement spatialement, mais aussi parce qu'elle ne s'y rend plus de manière régulière et n'y

conserve pas d'attache. La distance est alors vécue comme une difficulté, d'autant plus parce que le médecin généraliste est considéré comme un professionnel de santé qui doit pouvoir être consulté en urgence.

« Aujourd'hui [le médecin traitant] c'est trop loin, si je suis malade, même si j'ai un rendez-vous tard le soir ça va être compliqué. J'ai aucune idée de comment je fais si j'ai besoin un jour, je tenterai d'appeler SOS médecins dans un premier temps je pense et sinon je compte sur le fait que je ne suis pas malade. » (Nathalie, 54 ans, bac, en emploi, assistante de direction)

Cette tendance à vivre la distance comme un obstacle dès lors que la consultation nécessite un déplacement spécifique qui ne s'intègre pas dans l'espace vécu est moins prégnant s'agissant de professionnels consultés de façon plus exceptionnelle. Mais lorsque le déplacement chez un spécialiste est vécu comme problématique, c'est souvent parce que ce sont à la fois le généraliste et les spécialistes qui sont consultés dans des espaces perçus comme distants. C'est notamment le cas de Fabienne, de Nathalie ou encore de Sylvie, qui ont des territoires de santé « éclatés » : les lieux d'implantation de leur généraliste et des autres professionnels qu'elles consultent ne font pas partie de leur espace vécu, nécessitent des déplacements spécifiques. La distance est vécue comme problématique *a fortiori* lorsqu'on parle du généraliste. Concernant les spécialistes, c'est l'accumulation qui engendre un vécu de difficulté plutôt que le fait que chaque professionnel individuellement soit éloigné. Par exemple, lorsque Fabienne aborde une à une les consultations chez les différents professionnels de santé qu'elle voit, elle ne mentionne pas spontanément de difficulté liée à la distance. En revanche, cette problématique émerge lorsque la question des consultations et de l'organisation des soins est abordée de manière globale.

L'analyse du ressenti de la distance en tant que difficulté doit cependant être complexifiée : en dehors du fait qu'un lieu de soins ne se situe pas dans l'espace vécu des individus, d'autres paramètres entrent en jeu. D'une part, la distance vécue comme problématique est souvent avant tout une distance-temps pour les individus : comme on le verra par la suite, ceux qui disposent de plus de souplesse dans leur organisation vivent moins difficilement les consultations qui sortent de leur espace vécu (pour les professionnels médicaux hors médecin généraliste notamment). D'autre part, la question du choix des professionnels de santé doit également être prise en compte : organiser un déplacement spécifique ne fait pas figure de contrainte lorsque l'enquêté choisit délibérément de consulter à distance, parce qu'il privilégie d'autres critères (compétence, posture du professionnel, coût, disponibilité etc.), ce qui est assez fréquent pour les professionnels médicaux hors médecin généraliste. Il faut enfin souligner que le vécu de la distance peut différer d'un individu à l'autre dans la mesure où l'étendue de l'espace vécu, la pluralité et la diversité des espaces considérés comme « proches », subissent l'influence de logiques sociales.

Des logiques sociales déterminantes dans la constitution de l'espace vécu et le ressenti de la distance

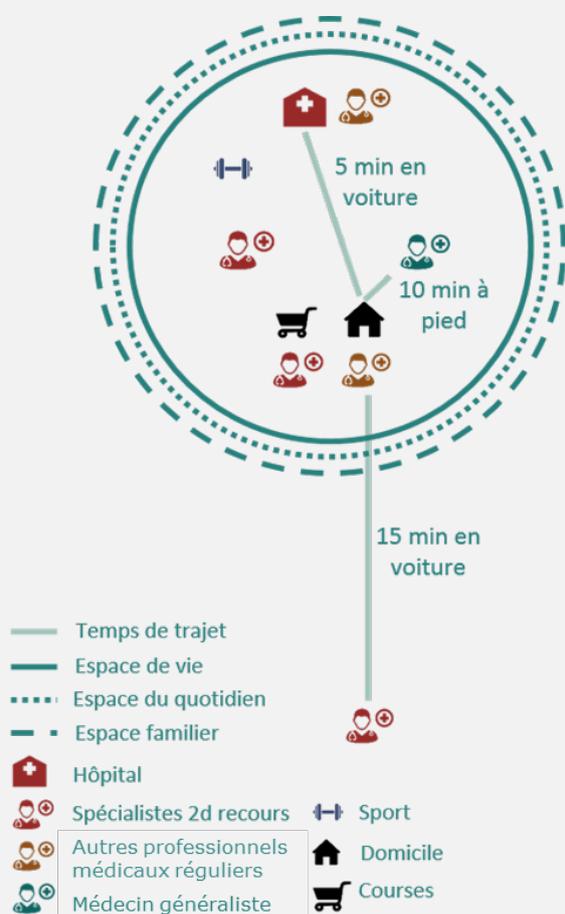
Le périmètre de l'espace vécu, les ressources en termes de mobilité ne sont pas distribuées uniformément dans l'espace social. Un certain nombre de travaux montrent en effet que dans les catégories moins favorisées socialement, l'espace du quotidien et des activités de loisirs est en tendance plus resserré. Cette tendance est très liée aux pratiques de mobilité, à la fois résidentielles et quotidiennes. À propos de l'influence du lieu de résidence et de la mobilité sur le recours aux soins, Julie Vallée souligne d'une part que les individus issus de milieux populaires ont davantage tendance à vivre à l'échelle de leur quartier, avec des pratiques de mobilité restreintes, et montre d'autre part que ces individus sont de ce fait plus dépendants de l'offre de soins de leur territoire proche, avec un recours aux soins moindre lorsque celle-ci n'est pas suffisamment développée¹⁰. Pour mieux comprendre en quoi certaines caractéristiques sociales influencent l'espace vécu et comment en retour les pratiques de soins s'insèrent dans ces espaces vécus différenciés, on prendra l'exemple de trois enquêtés qui présentent des situations contrastées.

¹⁰ Vallée Julie, « L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne », Bulletin de l'Association de géographes français, 89^e année, 2012, n° 2, La géographie de la santé en France, pp. 269-275.

Illustration • L'exemple d'Éric : un espace vécu resserré et une logique de distance « minimale » dans l'accès aux soins

Éric, 51 ans, est issu de milieu populaire et vit aujourd'hui dans une situation assez précaire : suite à son divorce, il a perdu le commerce familial qu'il avait repris à la suite de son père et a dû retourner habiter chez ses parents. Chez lui, espace de vie, espace du quotidien et espace de l'histoire personnelle se confondent : il est né et a toujours vécu dans le centre-ville de sa commune où il a tenu pendant longtemps un bar-tabac. L'ensemble de sa famille réside dans la région. Son espace vécu est donc très resserré, il sort rarement de sa commune où il a toutes ses activités. La plupart de ses déplacements de santé s'inscrivent dans ce périmètre, ce qu'Éric apprécie : il insiste sur la nécessité de praticité dans ses pratiques de consultation, et accorde de l'importance à la distance qui le sépare des professionnels de santé. Il a d'ailleurs repoussé ses consultations chez le dentiste jusqu'à ce qu'un cabinet ouvre en bas de chez lui. Seul son cardiologue se situe en dehors de la ville : Éric l'a exceptionnellement choisi en dépit de l'éloignement géographique (qui reste limité) parce qu'il ne se sentait pas suffisamment à l'aise avec le précédent (confirmant par-là le fait que les logiques de choix des professionnels de second recours sont en général plus déconnectées du critère de distance spatiale).

L'espace vécu d'Éric



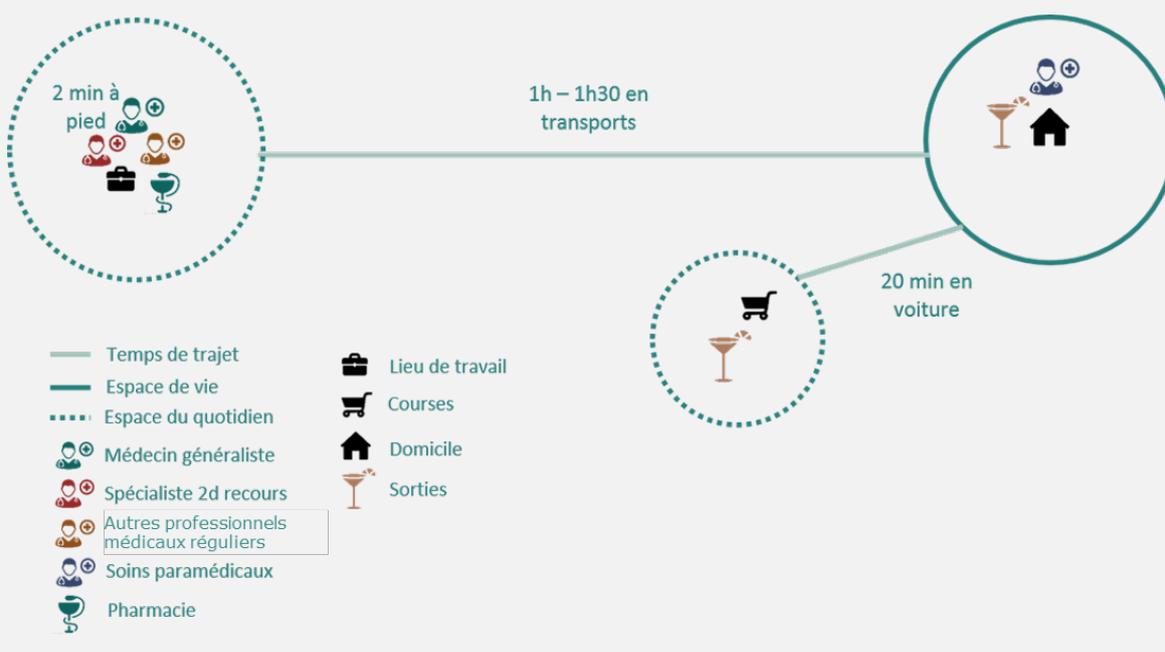
On peut faire l'hypothèse que **pour les individus dont l'espace vécu ressemble à celui d'Éric, la distance spatiale aux professionnels de santé a tendance à devenir plus rapidement problématique** : pour les personnes ayant un bassin de vie restreint et des pratiques de mobilité limitées, un trajet est sans doute beaucoup plus rapidement perçu comme « difficile », puisque plus inhabituel que pour d'autres enquêtés. C'est aussi le cas de Monique dont le médecin traitant est éloigné du domicile (elle ne parvient pas à en trouver un plus proche) alors que son espace vécu est très resserré et que la quasi-totalité de ses autres pratiques de soins s'y intègrent. La distance est alors subie. Il est cependant important de ne pas essentialiser un rapport à l'espace « défavorisé » pour les individus de milieux populaires : des chercheurs ont souligné que la sédentarité peut aussi constituer une

ressource spécifique, à travers la notion de « capital d'autochtonie »¹¹. Par ailleurs, deux enquêtés qui présentent un espace de vie assez similaire à celui d'Éric mais qui connaissent de lourds problèmes de santé ont des pratiques de consultation qui sortent du périmètre de leur espace vécu, sans que cela ne leur pose problème. La prise en charge de leur santé prend une part très importante dans leur vie : les lieux fréquentés pour les consultations, notamment l'hôpital, deviennent donc des espaces du quotidien. Parce que leur vie tourne autour des soins, la distance est « acceptée ».

Illustration • L'exemple de Vincent : un espace vécu fragmenté et une logique de « distance-opportunité » dans l'accès aux soins

Vincent habite sa commune depuis près de trente ans mais vient d'un autre département. Titulaire d'un BTS, il travaille en tant qu'infographiste dans une petite entreprise, située dans un grand pôle urbain. Il s'y rend en transports en commun et a donc une pratique de mobilité pendulaire du lundi au vendredi. Au quotidien, il est assez mobile : il se déplace également pour ses courses et ses loisirs dans une zone commerciale autour d'un parc d'attractions à vingt minutes en voiture de chez lui. Il a réussi à intégrer l'ensemble de ses pratiques de santé (il voit un nombre de spécialistes assez important) dans son espace vécu. Il n'y a pas de ressenti de distance puisque les lieux de consultations sont rattachés à des espaces considérés comme proches, qu'il s'agisse d'espaces du quotidien (le lieu de travail) ou de son espace de vie. Le fait que son espace vécu soit plus étendu et diversifié lui permet d'être moins tributaire de l'offre de soins autour de son espace de vie, contrairement au cas précédent. Chez Vincent, la logique d'opportunité peut même s'affranchir entièrement de la distance spatiale au profit de l'idée de praticité : sur recommandation d'un proche, il est allé jusqu'à Budapest pour soigner ses dents parce qu'il pouvait en profiter pour faire du tourisme.

L'espace vécu de Vincent



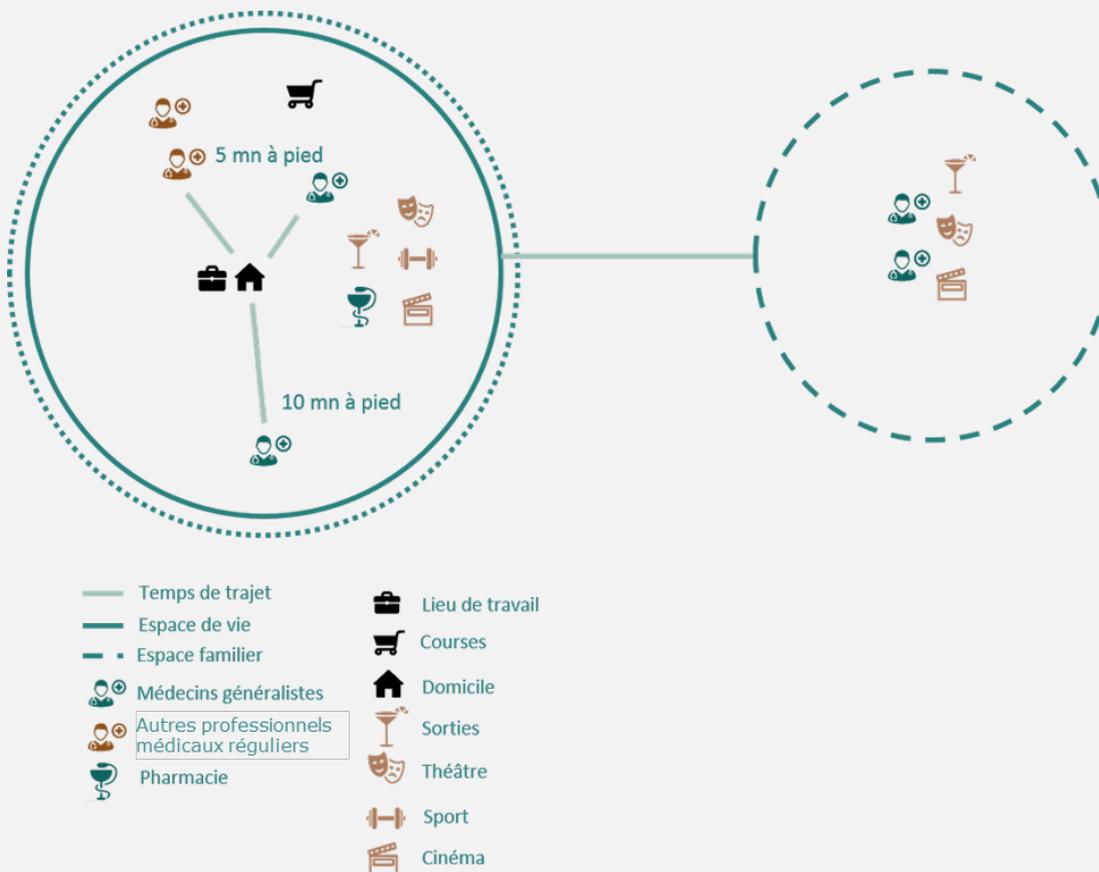
Pour ce type d'espace vécu, il semble que le ressenti de la distance puisse émerger dans le cas d'un médecin généraliste qui ne s'intègre dans aucune des dimensions de l'espace vécu, et d'autres pratiques de consultation qui nécessitent chaque fois des déplacements spécifiques, aboutissant à des territoires de soins éclatés et surtout qui ne se recoupent pas avec ceux de l'espace vécu.

¹¹ Retière, Jean-Noël. Autour de l'autochtonie. Réflexions sur la notion de capital social populaire. Politix. *Revue des sciences sociales du politique*, 2003, vol. 16, n° 63, p. 121-143.

Illustration • L'exemple de Maryse : un espace vécu plutôt resserré et une articulation entre logique de distance minimale et logique de distance-opportunité

Maryse vit dans le centre-ville de sa commune qu'elle connaît bien, malgré le fait qu'elle ait longtemps habité dans un village de campagne, à une trentaine de kilomètres. Elle pratique beaucoup la ville au quotidien, avant tout pour ses loisirs (pratiques culturelles, sport) puisqu'elle travaille essentiellement depuis chez elle (elle travaille comme indépendante, à son compte). Son espace vécu est donc pour partie resserré autour du centre-ville de sa commune, mais il intègre aussi d'autres espaces qui relèvent plutôt de l'histoire personnelle, notamment un grand pôle urbain où elle a longtemps habité et où elle se rend régulièrement pour voir ses enfants. Ses pratiques de soins sont intégrées sur ces deux territoires qui composent son espace vécu. Bien que Maryse ait un espace de vie resserré, qui se confond avec l'espace du quotidien (elle n'a pas de déplacements réguliers en dehors du centre-ville de sa commune), cela ne signifie pas pour autant que sa « compétence » de mobilité soit limitée, comme dans le cas d'Éric. Julie Vallée souligne ainsi que « les habitants des quartiers favorisés n'ont pas nécessairement besoin de sortir de leur quartier pour accéder aux équipements commerciaux ou de loisirs » et que « les personnes aisées disposent d'un capital financier, culturel et social qui leur donne un plus grand potentiel de mobilité - ce que Kaufmann [2002] appelle la « motilité » - même s'ils n'ont pas nécessairement besoin d'exploiter ce potentiel quand ils habitent dans un quartier bien équipé »¹². On peut penser que c'est le cas pour Maryse : au quotidien, elle n'a pas « besoin » de sortir du centre de sa commune pour ses activités et parvient à y inscrire la plupart de ses pratiques de santé. Il est intéressant de noter qu'elle préfère par ailleurs consulter dans la grande ville où habite sa fille lorsqu'elle ne parvient pas à trouver de professionnel dans sa commune, plutôt que de se rendre dans des zones plus proches (les villes limitrophes), mais qui nécessiteraient un déplacement spécifique.

L'espace vécu de Maryse



Pour les spécialistes de second recours, la logique spatiale est souvent moins prégnante dans la mesure où ces consultations ont un caractère moins ordinaire. Néanmoins le milieu social continue de jouer dans la distance que les enquêtés sont prêts à parcourir. Dans les milieux populaires, effectuer un déplacement spécifique et long apparaît comme plus coûteux et moins « évident ». Pour son opération du cœur, Gérard, gardien

¹² Vallée Julie, *ibid.*, p.273.

d'immeuble, a par exemple d'abord fait son choix en fonction du critère de proximité, et c'est seulement après avoir entendu un médecin s'exprimer à propos des compétences de différents chirurgiens qu'il a changé d'avis.

« C'est comme pour être opéré du cœur, on m'a dit soit c'est à X. [grand pôle urbain, moins éloigné de son domicile], soit c'est... merde... Ambroise Paré, voilà, à Paris. Je voulais X., pour que ça rapproche ma femme entre guillemets ; et y a un chirurgien qui est rentré, il discutait avec le patient qui était à côté, il dit « moi je vous conseille un chirurgien, c'était un jeune il est très bien », c'était à Paris... Donc j'ai demandé si je pouvais changer on m'a dit oui. Donc j'ai pris Paris, par sécurité si on peut dire, du fait qu'il parlait du chirurgien, qui était vraiment un pro. » (Gérard, 58 ans, CAP, en emploi, gardien de résidence)

En première intention, il semblait plus pratique à Gérard de se faire opérer le plus à proximité possible de son domicile, alors que plusieurs enquêtés de milieux plus aisés choisissent spontanément en fonction du seul critère de compétence et disent vouloir « le meilleur possible », quitte à parcourir une grande distance.

■ CHAPITRE 2 • AU-DELÀ DE LA DISTANCE, DES PRATIQUES DE SOINS FAÇONNÉES PAR BIEN D'AUTRES DÉTERMINANTS

Les pratiques de soins et les consultations de professionnels de santé mettent donc en jeu des logiques spatiales spécifiques : on ne consulte pas n'importe où, et il s'agit d'ailleurs souvent d'un facteur-clé dans le choix initial d'un professionnel, voire même d'une méthode de sélection (en particulier pour le médecin généraliste). Pour autant, d'autres facteurs sont également à prendre en compte et invitent à complexifier l'appréhension de cette variable géographique : tous les enquêtés ne définissent pas de la même manière la « proximité », et celle-ci s'inscrit différemment dans l'environnement spatial des enquêtés en fonction des types de ressources dont ils disposent et des types d'espaces qu'ils ont (ou ont eu) l'habitude de traverser, que cela soit pour des raisons professionnelles, des activités de loisirs, etc. Si la question de la distance mérite donc d'être relativisée en raisonnant davantage en termes d'espace vécu, d'autres facteurs entrent également en jeu dans l'organisation des pratiques et des parcours de soins des individus. Cette partie propose d'explorer les autres variables qui nous ont semblé structurantes lors des récits des patients quant à leurs trajectoires de soins, et d'interroger la manière dont elles s'articulent avec le facteur géographique dans les arbitrages et les logiques de chacun.

Disponibilité, ressources sociales, rapport à la santé : des facteurs qui jouent fortement sur les parcours de recours aux soins

Des organisations quotidiennes plus ou moins contraintes : le poids des obligations professionnelles et des charges familiales

Le poids des contraintes organisationnelles

Outre la question de la distance et de l'espace vécu, il est important de **resituer les pratiques de recours aux soins dans l'organisation quotidienne des enquêtés, et ce notamment d'un point de vue temporel**. Dans le panel de personnes rencontrées, les contraintes organisationnelles sont en effet plus ou moins « lourdes » et pèsent de manière différente sur leur quotidien, ce qui n'est pas sans incidence sur leur facilité (ou difficultés) à organiser leurs consultations de santé. Ces contraintes organisationnelles, dans les situations étudiées, sont principalement de deux ordres : elles renvoient bien entendu aux emplois du temps professionnels des uns et des autres, mais également aux éventuelles charges familiales auxquelles doivent faire face les enquêtés – en particulier les femmes. De fait, **les capacités de « maîtrise » de ces deux types d'impératifs sont centrales à prendre en compte dans l'étude des pratiques de recours aux soins**, car elles conditionnent pour partie les capacités d'organisation et de planification des enquêtés, mais également la possibilité d'honorer les rendez-vous médicaux prévus.

Du point de vue des charges professionnelles, différentes dimensions doivent être examinées pour rendre compte de la plus ou moins grande facilité des enquêtés à articuler leurs impératifs de travail avec leurs pratiques de soins. D'abord, **la souplesse d'organisation et la maîtrise de son temps de travail sont des éléments qui peuvent grandement fluidifier le recours aux soins**. Parmi les enquêtés rencontrés, ceux occupant des postes de cadres supérieurs et/ou travaillant à leur compte jouissent généralement d'une certaine liberté dans la gestion de leur temps ; cette autonomie est alors considérée comme très facilitante quand il s'agit de consulter un professionnel, en particulier pour certains spécialistes pour lesquels les délais d'attente peuvent être très longs. D'autres enquêtés, non cadres, peuvent également faire valoir la relative flexibilité dont ils disposent, car il leur est possible de trouver des « arrangements » avec leur employeur (s'absenter quelques heures et « rattraper » plus tard, par exemple). L'importance de cette aisance organisationnelle est par exemple notable dans le cas de Maryse, qui travaille comme scénariste à son compte depuis quelques années. Elle évoque à de nombreuses reprises au cours de l'entretien les difficultés qu'elle rencontre pour aller consulter, dans une ville qu'elle considère marquée par un manque criant de professionnels de santé. Elle prévoit donc ses rendez-vous longtemps à l'avance, et reconnaît que son activité professionnelle simplifie largement les choses pour elle :

« Professionnellement, j'ai la chance d'être assez souple ; alors que mes copines qui sont salariées, quand y'a un pépin ou un rendez-vous prévu, elles ne vont pas travailler... (...) Pour le dentiste et l'ophtalmo, je m'adapte. Quand je prends rendez-vous, je demande quand ils peuvent me recevoir au plus tôt... Les secrétaires médicales, elles ont de petits créneaux, pour les clients habituels... Ça peut être n'importe quel moment de la journée. (...) L'année dernière, ça m'est arrivé... Il y a une boîte de communication avec laquelle je travaille qui m'avait demandé des trucs urgents, et ben il m'est arrivé de les appeler pour leur dire 'j'aurais besoin d'un jour de plus'. Pour rien au monde je ne ratais mon rendez-vous... » (Maryse, 59 ans, bac+3, en emploi, scénariste indépendante)

Au-delà de ces possibilités d'adapter son emploi du temps professionnel, **la question des horaires de travail est également centrale**. Si les enquêtés aux horaires « classiques » soulignent que leurs plages libres sont celles de la majorité des autres salariés – ce qui peut induire de longs moments passés dans les salles d'attente des médecins, en fin de journée -, ceux travaillant en horaires décalés voient dans leur organisation professionnelle « atypique » un atout lorsqu'il s'agit d'aller consulter. Ils disposent en effet de plages de disponibilité précises, mais à des moments de la semaine moins « prisés » qui leur permettent de consulter assez facilement. Enfin, la capacité à anticiper son emploi du temps professionnel constitue également un facteur d'importance : dans les métiers se caractérisant par une rotation régulière des horaires de travail ou par des imprévus fréquents auxquels il faut faire face, la gestion des rendez-vous médicaux peut s'avérer difficile en raison des incertitudes qui pèsent sur l'emploi du temps professionnel.

Outre les contraintes professionnelles, **les ressources temporelles des enquêtés varient aussi en fonction de leurs charges familiales**. Compte tenu de la tranche d'âge ciblée dans la population d'enquête, la présence d'enfants en bas âge au domicile est assez peu fréquente chez les personnes rencontrées. En revanche, certains d'entre eux se trouvent en position d'aidants : ils rendent visite et s'occupent régulièrement de parents en situation de dépendance et/ou touchés par une maladie invalidante. Les quelques enquêtés se trouvant dans cette situation prennent d'ailleurs généralement en charge l'organisation et le suivi des consultations de santé de leurs parents âgés. Le temps disponible, en dehors des impératifs professionnels et familiaux, se réduit alors parfois à des plages temporelles très resserrées. C'est par exemple le cas de Monique qui, à 60 ans, s'occupe très régulièrement de ses parents, âgés de 85 ans et 87 ans. Son père rencontre des problèmes de reins, tandis que sa mère a la maladie d'Alzheimer. Elle va les voir très souvent, s'occupant du ménage, des démarches administratives ou des rendez-vous médicaux. Si elle estime avoir « la chance » de pouvoir alterner ces temps avec ses frères et sœurs, qui habitent à proximité, la conjugaison des impératifs familiaux et des obligations professionnelles lui pose régulièrement des problèmes d'organisation. En recherche d'emploi, elle réalise en effet régulièrement des missions en tant qu'animatrice ou enquêtrice commerciale. Monique n'a pas le choix des missions sur lesquelles elle est positionnée, ce qui l'amène à devoir parfois s'adapter à la dernière minute : soit en décommandant des rendez-vous médicaux qui étaient prévus, soit en faisant appel à l'un de ses frères et sœurs pour la remplacer auprès de ses parents. Elle considère d'ailleurs que son propre suivi en matière de santé peut pâtir de ces différentes obligations : elle a tendance à repousser les soins les moins « urgents » par manque de temps.

Des capacités d'anticipation socialement différenciées

En lien avec ces contraintes temporelles plus ou moins lourdes pesant sur l'organisation du quotidien, il est également intéressant d'examiner **la question du rapport au temps et des logiques d'anticipation, qui ne se répartissent pas uniformément dans l'espace social**. De nombreux travaux en sociologie ont en effet étayé l'idée selon laquelle la structuration des rythmes de vie et leurs temporalités sont traversées par des logiques sociales, liées aux conditions matérielles d'existence des individus. Ces temporalités diffèrent donc selon les milieux sociaux d'appartenance : **dans les catégories populaires, en particulier pour les personnes en situation précaire, le rapport au temps est davantage marqué par les incertitudes du présent (emploi précaire, horaires changeants...), ce qui empêche la mise en place d'un « rapport stratégique à l'avenir »**¹³.

« En condamnant les familles précaires à la pression des nécessités immédiates, l'instabilité professionnelle, la restriction des moyens économiques, l'absence de pérennité des revenus réduisent les possibilités de planification réaliste de l'avenir, donc l'idée même de stratégies temporelles. Les familles les plus précarisées, comme une partie de celles qui

¹³ Expression utilisée par Olivier Schwartz dans son ouvrage *Le monde privé des ouvriers*, 1990 (p.138).

vivent avec un sentiment de chute sociale individuelle et collective, sont placées, par leurs conditions d'existence, dans l'incapacité objective de se projeter vers l'avenir, à la fois parce que la vie au jour le jour empêche cette projection et parce que l'avenir, à la lumière du passé et du présent, est inquiétant (risque de chute sociale, crainte de nouveaux problèmes, peur de ne pas s'en sortir). L'épreuve de la précarité fonde ainsi une temporalité de l'urgence, du coup par coup et de l'inattendu. »¹⁴

À cette logique de l'urgence et aux difficultés de projection dans l'avenir s'ajoute un fort « sentiment de l'inéluctable »¹⁵, associé à l'impression de n'avoir qu'une maîtrise très limitée de l'avenir. **Si on les transpose à la question de l'organisation des soins et des pratiques de recours, ces rapports différenciés à la gestion du temps ont de nombreuses incidences.** Cela a un impact sur l'objet même des consultations de santé : celles-ci, nous y reviendrons, répondent davantage dans les milieux populaires à une logique d'immédiateté qu'à une logique d'anticipation. La gestion des problèmes de santé se fait le plus souvent au moment même où ils surviennent, alors que les enquêtés issus de milieux plus favorisés tendent à davantage s'inscrire dans une logique de prévention. D'un point de vue pratique, ces différences dans le rapport au temps se traduisent aussi très concrètement dans le processus de prise de rendez-vous : celui-ci peut en effet supposer – en particulier lorsqu'il s'agit de spécialistes – de longs délais d'attente, et donc de prévoir les rendez-vous plusieurs mois à l'avance. Il convient pour autant de préciser que **si le milieu social d'appartenance ou le niveau de diplôme ont une incidence sur le rapport au temps et la manière de se projeter dans l'avenir, il ne s'agit pas de la seule variable entrant en jeu.** D'autres facteurs influent également sur ces éléments (importance accordée aux questions de santé par l'enquêté, poids des contraintes temporelles, besoins objectifs en matière de soins, etc.) et participent à complexifier toute lecture trop « mécaniste » entre rapport à la santé et milieu social.

Dans le panel de personnes rencontrées, de nettes différences apparaissent en termes de temporalités de prise de rendez-vous. Bien que beaucoup se plient à l'exercice de prévoir très en amont les consultations de suivi (tout en trouvant cela très contraignant), d'autres rencontrent davantage de difficultés à épouser ce type de logique. Plusieurs enquêtés rencontrés, par exemple, expliquent avoir du mal à « se projeter » des mois à l'avance, à l'instar de Laurence, qui explique que les très longs délais de rendez-vous sont pour elle un véritable facteur de report des soins.

« L'ophtalmo, il faut attendre entre dix et douze mois. Là, ça fait un an que je me dis que je dois prendre rendez-vous... Si je l'avais pris y a un an ça serait bon ; mais ça me paraît tellement loin que je ne le fais pas. Et comme c'est pas forcément une urgence... Mais faudrait que j'aïlle quand même faire un bilan. » (Laurence, 58 ans, bac+3, en emploi, professeure des écoles)

D'autres enquêtés s'inscrivent dans une logique tout à fait inverse. C'est par exemple le cas de Catherine, 60 ans, qui a une organisation très rôdée en termes d'anticipation des consultations médicales. Catherine a une activité professionnelle réduite mais elle vit de façon relativement confortable (revenus liés à son divorce). Elle ne travaille que de façon très ponctuelle. Son emploi du temps est globalement très peu contraint, ce qui lui convient bien : elle s'est tournée depuis plusieurs années vers les médecines douces et alternatives (médecine chinoise, naturopathie...) et apprécie de pouvoir avoir un rythme de vie conforme à ce qu'elle juge bon pour son corps. Les questions de santé et de bien-être sont véritablement au cœur de son quotidien et font pleinement partie de ses priorités. Si elle est très critique vis-à-vis du monde médical traditionnel et des techniques de soins conventionnelles, elle est néanmoins très rigoureuse quant à son suivi médical par certains professionnels (gynécologue, dentiste) et réalise régulièrement des examens préventifs (dépistages de cancer). L'organisation de ses rendez-vous auprès des professionnels de santé est extrêmement méthodique : pour chacun d'entre eux, elle sait indiquer très précisément combien de temps en amont il faut s'y prendre pour obtenir un rendez-vous : trois mois environ pour le gynécologue et le dentiste (elle surveille « l'ouverture des calendriers » en ligne pour prendre ses rendez-vous à temps), six à dix mois pour le dermatologue et l'ophtalmologue.

¹⁴ Millet Mathias, Thin Daniel, « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », 2005, *Lien social et Politiques*, (54), p. 155.

¹⁵ Osiek-Parisod Françoise, « C'est bon pour ta santé ! ». Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, Service de la recherche sociologique, Genève, Cahier n° 31, 1990, p. 36.

Des pratiques de recours aux soins qui s'intègrent plus ou moins facilement dans l'organisation quotidienne

Les contraintes temporelles des enquêtés comme leur plus ou moins grande facilité à anticiper les rendez-vous en amont ont donc un fort impact sur leurs pratiques de recours aux soins. La configuration de ces différents facteurs joue en effet sur la capacité ou pas à intégrer les rendez-vous médicaux dans l'emploi du temps quotidien, à prévoir les consultations et à s'y « tenir », etc. Ainsi, **les longs délais de prise de rendez-vous peuvent constituer une difficulté dans l'accès aux soins, quand ils se conjuguent avec une faible maîtrise de l'emploi du temps professionnel** et des difficultés à épouser des logiques d'anticipation. *A fortiori*, les questions de proximité et de distance géographique ne sont pas neutres quand on les articule avec les contraintes temporelles.

De ce point de vue, différentes situations sont repérables parmi les personnes rencontrées. **Pour certains, l'organisation des soins s'ancre sans difficulté dans l'organisation quotidienne.** Parce qu'ils jouissent d'une certaine souplesse dans leur organisation du travail et/ou qu'ils ont la possibilité de trouver des arrangements avec leur employeur, les consultations s'inscrivent de façon fluide dans leurs habitudes. Pour ceux qui ont une parfaite maîtrise de leur emploi du temps professionnel, il n'est pas problématique de devoir anticiper plusieurs mois à l'avance un rendez-vous, car ils savent qu'ils pourront « s'arranger » le moment venu. Pour ceux pour lesquels il est plus difficile d'avoir une visibilité à plusieurs mois et/ou qui ont du mal à prévoir les rendez-vous trop à l'avance, la proximité géographique du professionnel et la disponibilité sur des plages horaires peu « prisées » sont autant de facteurs facilitant l'organisation des soins.

L'exemple d'Ibrahim est à cet égard intéressant. Il travaille en tant qu'agent d'incendie dans un centre commercial ; ses horaires de travail sont pour partie « décalés » puisqu'il travaille un certain nombre de jours dans le mois par vacation de douze heures. Cette organisation du temps de travail lui laisse donc des disponibilités régulièrement en semaine. Son médecin généraliste consulte la plupart du temps sans rendez-vous, ce qui laisse la possibilité à Ibrahim de se rendre chez lui, en cas de besoin, de manière imprévue. Il s'y rend le plus souvent sur ses jours de repos ; étant donné qu'il se rend chez ce médecin depuis longtemps, il sait sur quels créneaux l'attente est la plus longue. Il essaie donc de s'organiser en fonction, en évitant par exemple la journée du mercredi. Il consulte idéalement le matin pour pouvoir s'adapter sur la journée. Si la salle est trop pleine à son arrivée, il repasse plus tard et en profite pour faire une course ou rentrer chez lui. En ce sens, les consultations chez le généraliste s'inscrivent parfaitement dans son espace de vie habituel et dans ses habitudes quotidiennes.

Mais dans d'autres cas, les pratiques de consultation supposent à l'inverse de déroger à l'organisation habituelle. Pour les personnes ayant des contraintes professionnelles importantes (horaires rigides, rotation des horaires de travail, impératif de pouvoir se rendre disponible en urgence, etc.) et/ou de lourdes charges familiales impliquant peu de disponibilités, les consultations peuvent s'avérer beaucoup plus difficiles à organiser. Lorsque, dans ces types de situations, s'ajoutent en plus d'autres facteurs de contrainte – comme la distance du professionnel et/ou sa faible disponibilité (longs délais de prise de rendez-vous) et/ou la durée d'attente sur place –, le recours aux soins peut supposer de nombreux ajustements. Plusieurs enquêtés expliquent par exemple devoir poser des jours de congés ou de RTT pour aller voir leur médecin généraliste, ou encore devoir régulièrement annuler des rendez-vous médicaux prévus en raison de leurs impératifs professionnels.

C'est par exemple le cas de Nathalie. Elle a 50 ans et est assistante de direction polyvalente. Elle occupe depuis peu ce poste dans une nouvelle entreprise, après avoir vécu un an auparavant une expérience douloureuse (harcèlement au travail) qui a mené selon elle à un licenciement abusif. Le médecin généraliste qui la suit est à proximité de son ancien lieu de travail. N'ayant pas de véhicule, elle doit s'y rendre en transports en commun, ce qui suppose environ une heure trente de trajet, avec deux changements. Au total, avec le temps d'attente, la consultation et le trajet, aller consulter son médecin généraliste revient pour Nathalie à bloquer un après-midi presque entier. Si cette organisation est pour elle devenue très compliquée, elle ne parvient pas pour autant à trouver un médecin généraliste qui lui convienne plus proche de chez elle. Elle s'inquiète pour ses prochaines consultations, car il lui est difficile de poser des congés dans son nouvel emploi et qu'elle bénéficie de peu de souplesse dans son emploi du temps (or elle termine ses journées à 17h45).

« Aujourd'hui c'est trop loin. Si je suis malade, même si j'ai un rendez-vous tard le soir ça va être compliqué. J'ai aucune idée de comment je fais si j'ai besoin un jour, je tenterai d'appeler SOS médecins dans un premier temps je pense et sinon je compte sur le fait que je ne suis pas malade. Ou alors je pourrais essayer de prendre un rendez-vous le samedi

matin ou le vendredi dans les dernières heures de la journée. » (Nathalie, 50 ans, baccalauréat, en emploi, assistante de direction)

Ces contraintes d'ordre organisationnel peuvent donc avoir un impact majeur sur l'appréhension de la distance (ou de la proximité) comme facteur de complexité (ou de facilité) dans l'organisation des pratiques de soins.

Des rapports au corps et à la santé socialement différenciés

Milieus sociaux et « cultures somatiques »

Le second facteur central à prendre en compte dans l'étude des pratiques de recours et des parcours de soins des individus tient à **l'importance que revêtent les questions de santé dans le quotidien et la trajectoire des personnes**. Il s'agit en ce sens de s'interroger sur les représentations de la « bonne santé » et des normes qu'elles sous-tendent pour chacun, et qui informent largement leurs pratiques de soins. Là encore, un certain nombre de travaux, en sociologie de la santé, ont mis en évidence les différences sociales qui traversent le rapport au corps et à la santé selon les groupes sociaux. L'article de Luc Boltanski sur les « usages sociaux du corps »¹⁶ constitue l'un des apports majeurs de ce champ de recherche. L'auteur y met en effet en évidence **l'existence de différentes « cultures somatiques » en fonction des milieux sociaux**, réfutant l'idée selon laquelle les pratiques de soins ne forment qu'une réponse logique ou mécanique à des besoins « naturels » et biologiques.

Dans cette analyse, Boltanski souligne les variations des conceptions « individuelles » de la santé et des pratiques qui en découlent. Les écarts statistiques de consommation médicale entre milieux favorisés et catégories populaires sont dès lors interprétés comme résultant non pas de besoins différents, mais de **perceptions socialement différenciées de ces besoins en soins**. Il introduit également la notion de compétence médicale, ou encore d'usages différenciés du corps, opposant le rapport « instrumental » au corps des milieux populaires (le corps faisant figure de premier outil de travail) au rapport « réflexif » au corps qui a cours dans les milieux aisés.

Chez les enquêtés, un rapport à la santé qui converge sur certains aspects ?

Avant d'étudier la manière dont ces lignes de différenciation se déploient dans l'échantillon d'enquêtés, il est intéressant de noter que, **de prime abord, ces logiques ne sont pas toujours aisées à repérer dans les entretiens**. Un certain nombre de récurrences sont en effet notables d'un entretien à l'autre et sont intéressantes à souligner. En premier lieu, compte tenu de la tranche d'âge ciblée pour la population d'enquête, **il s'agit d'un sujet qui gagne progressivement en importance dans la vie des enquêtés** (ou qui est venu prendre une place croissante dans leur quotidien au cours des dernières années). Ainsi, si certains peuvent expliquer avoir longtemps eu un rapport plutôt « léger » ou « détaché » par rapport à leur corps et à leurs besoins, **l'avancée en âge et, pour beaucoup, l'émergence de problèmes de santé les ont souvent amenés à se saisir de ces questions avec plus d'attention**. Ce « tournant », que certains décrivent comme un véritable infléchissement dans leur gestion des pratiques de soins, fait ainsi figure de premier facteur participant à brouiller pour partie les lignes de fracture en fonction du milieu social d'appartenance.

Le second élément intéressant à noter, car revenant de façon quasiment systématique dans les récits des enquêtés, tient à la manière dont ils tendent à définir la fréquence à laquelle ils consultent des professionnels de santé : **la quasi-totalité d'entre eux se définit en effet comme des patients « mesurés », voire soulignent la « sous-consommation » de soins qui serait la leur ou le fait qu'ils ne consultent qu'« en cas de besoin »...** Ces fréquences pouvant en fait, si on tente de les objectiver, renvoyer à des réalités très variées d'un enquêté à l'autre. Pour une partie des enquêtés issus de milieux populaires ou de petite classe moyenne, ce discours quant à une faible « consommation » de soins n'est pas surprenant et fait écho à ce que différents travaux ont déjà mis en évidence : la valorisation, dans les catégories populaires, de l'endurance et de la résistance à la douleur. Mais ce type de discours est là plus largement partagé, et notamment réinvesti dans d'autres milieux sociaux. Il semble en ce sens plus largement renvoyer à **une stratégie discursive des enquêtés visant à se défendre d'une présomption de surconsommation**. On peut en effet faire l'hypothèse qu'avec la montée en puissance du discours

¹⁶ Boltanski Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économie, sociétés, civilisations*, 26^e année, n° 1, 1971, pp. 205-233.

politique sur le « trou de la sécu » et l'impératif de résorption du déficit de l'Assurance maladie, les discours de modération quant à la consommation de soins et la démarcation par rapport à de supposés « abus » sont perçus comme plus conformes aux normes et attentes sociales en matière de pratiques de soins.

Un troisième élément, entrant pour partie en contradiction avec la remarque précédente, est à noter : **tous les enquêtés, et ce de façon indépendante de leur milieu socioculturel d'appartenance**, témoignent, par leurs discours, du fait qu'ils **ont intégré les normes en termes de rythme de suivi médical**. Le rythme « souhaitable » de consultations chez tel ou tel professionnel apparaît souvent au détour d'une phrase, même si l'enquêté poursuit son propos en se démarquant justement de ce rythme « théorique » en soulignant le fait qu'il ne consulte « pas assez ». Il n'est en ce sens pas rare que l'évocation de la fréquence habituellement prescrite s'assortisse d'un sentiment de culpabilité quant à un « manque de sérieux » et amène les enquêtés à souligner qu'ils devraient être un peu plus « consciencieux » à l'avenir. De fait, la diffusion du savoir médical et des normes sanitaires tend en effet à transformer pour partie les logiques et comportements qui ont traditionnellement été observées dans les milieux les moins favorisés. À l'occasion d'une recherche menée sur les pratiques de santé de familles issues d'un quartier populaire, Daniel Thin souligne combien la diffusion des savoirs médicaux et des normes sanitaires invite à complexifier l'analyse des pratiques et des discours des enquêtés de milieux populaires :

« Les pratiques et les représentations que l'on trouve dans les familles ne sont jamais « pures ». Autrement dit, elles ne peuvent être référées à une tradition populaire qui se serait maintenue à l'écart ou à côté des savoirs médicaux et des normes sanitaires. (...) Elles ne peuvent [non plus] être réduites à ce qui serait une méconnaissance ou une absence de maîtrise des savoirs savants en matière de santé ou encore un décalage dans la diffusion des savoirs médicaux. Les pratiques comme les discours des parents sont plutôt un mixte engendré par la confrontation entre les logiques propres au monde populaire, les contraintes matérielles et symboliques dans lesquelles les familles sont prises et les logiques dominantes dans le domaine de la santé. »¹⁷

En lien avec cette dernière idée, on peut enfin noter, dans les discours des personnes rencontrées, **l'importance que la plupart accordent aux capacités d'écoute des médecins, au temps qu'ils accordent aux consultations, à leurs efforts de pédagogie et d'explicitation** lorsqu'ils évoquent diagnostic et traitement, ou encore à l'expression de confiance et de bienveillance de la part des professionnels vis-à-vis des patients. Ces différents éléments semblent faire écho à ce qui a pu être analysé par certains travaux comme une transformation dans les relations entre patients et professionnels de santé, renvoyant à **l'évolution d'une relation traditionnelle ou « paternaliste » vers un modèle moins asymétrique, plus « consumériste »**, où les attentes des patients vont vers davantage d'horizontalité et d'échanges dans le rapport aux médecins¹⁸.

Des représentations et pratiques de santé contrastées dans l'échantillon d'enquêtés

Au-delà de ce qui semble former un « socle commun » dans le rapport à la santé des personnes rencontrées en entretien, des logiques fortes de différenciation apparaissent quand on s'intéresse plus finement à leurs représentations, mais également à leurs pratiques concrètes, en matière de rapport au corps, de besoins et donc de recours aux soins. Ces contrastes tiennent à la manière dont ils se figurent leur état de santé et les besoins qui en découlent. **Le premier constat frappant, lorsqu'on analyse les discours recueillis, tient à l'aspect extrêmement subjectif de l'appréciation qu'ont les enquêtés de leur état de santé**. Celui-ci varie en fonction de multiples critères : bien entendu, suivant les représentations qu'ils ont de ce que signifie « être en bonne santé » et des normes que cela sous-tend (dont la définition varie beaucoup en fonction de la « culture somatique »), mais également en fonction de l'histoire et du parcours propre des personnes en matière de santé.

Une partie des enquêtés ayant rencontré – ou rencontrant toujours – de lourdes difficultés de santé se définissent par exemple en « plutôt bonne santé », en dépit de besoins « objectifs » importants. La définition qu'ils donnent de « la bonne santé » se construit là en référence à des moments de leur parcours qui ont été plus critiques : on peut évoquer le cas d'Éric, qui a connu de gros problèmes d'alcool et qui souffre aujourd'hui d'hypertension, celui de Fabienne qui est contrainte à un suivi très régulier et très lourd en raison de sa séropositivité, ou encore l'exemple

¹⁷ Thin Daniel et al., « "Tant qu'on a la santé". Des familles populaires et de la santé des enfants », Rapport d'étude sociologique réalisé pour le groupe « Action santé sociale pilote » de Bron Parilly, 1997, p. 13.

¹⁸ Palazzolo Jérôme, « L'évolution de la relation médecin/malade », *Cerveau et Psycho*, 2012, n° 18, p. 70-75.

de Frédérique qui a eu de gros problèmes de thyroïde (ayant occasionné plusieurs opérations) et qui a toujours un suivi très régulier à ce sujet. Alors que ces trois enquêtés caractérisent de façon plutôt positive leur état de santé actuel, d'autres présentent le leur comme « s'altérant » alors que leur état de santé nécessite un suivi *a priori* moins lourd. Le cas de Christian, enseignant en EPS au lycée et à l'université, illustre bien cette idée : il définit son état de santé actuel en des termes assez défavorables, précisément car il la compare à sa forme physique d'il y a quelques années et qu'il a une conception assez large de ce qu'on entend par « santé » :

« Je me sens en moins bonne santé qu'il y a dix ou quinze ans, plus fragile ; mais plus du côté mental que physique.... Je pense que la santé mentale est très importante quand on parle de santé ; parce que si elle est atteinte, il peut y avoir une dégradation du physique derrière, on fait moins attention à soi, on est moins exigeant... Je suis issu d'un haut niveau sportif ; et quand on prépare les JO, ça nécessite une rigueur mentale et physique. On a des capacités de récupération extraordinaire ; mais au fil du temps, si mentalement on décroche, on perd un peu tout ça... Ça peut s'éroder. » (Christian, 54 ans, bac+5, en emploi, professeur d'EPS au lycée et à l'université, en STAPS)

Les personnes rencontrées se distinguent en effet par **des conceptions plus ou moins extensives de ce que recouvre la santé**. En creux des discours des uns et des autres (la question de la définition de la santé n'ayant pas été posée frontalement), apparaissent en effet des perceptions qui peuvent être très variables. Alors que pour certains, plus souvent issus de milieux populaires et peu diplômés, la santé est avant tout définie comme l'absence de pathologie et renvoie essentiellement à un état de bien-être physique, **la définition se fait plus globale et plus extensive à mesure que l'on s'élève dans l'échelle sociale**. Ainsi, les enquêtés issus des milieux les plus favorisés sur le plan socioculturel tendent à davantage situer la santé du côté d'un bien-être général (physique, psychologique...) et à la lier à une « hygiène de vie » globale, faisant référence aux pratiques sportives, alimentaires, etc. Entre ces deux extrémités du spectre, une variété de positionnements peut être notée, de nombreux enquêtés issus des classes moyennes stables intégrant d'ailleurs certains éléments de santé « globale » (attention à l'alimentation, activité physique, etc.) dans la définition de leur état de santé.

Logiquement, **les logiques et l'intensité du recours aux soins qui découlent de ces représentations peuvent par conséquent être très contrastées** selon les enquêtés. En d'autres termes, la conception de la santé et l'importance qu'on y attache conditionnent fortement l'appréhension de ses propres besoins, et donc la demande en matière de soins et la fréquence de consultations.

« La mise en œuvre de la compétence médicale est elle-même soumise à des règles qui déterminent le degré d'intérêt et d'attention qu'il est convenable de porter aux sensations morbides et peut-être, plus généralement, aux sensations corporelles et au corps lui-même, (...) et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée, et déterminer le recours au médecin. Or ces règles ne sont pas identiques dans les différents groupes sociaux. »¹⁹

Ainsi, certains des enquêtés rencontrés, parmi les moins diplômés, tendent à s'inscrire essentiellement dans des logiques de consultation en urgence, tel qu'évoqué précédemment. Le recours aux professionnels de santé se déclenche là le plus souvent en lien avec des besoins immédiats et incontournables, se traduisant par des manifestations physiques aiguës. Cela renvoie, pour Luc Boltanski, à la représentation dans les milieux populaires du corps comme « instrument » : car il est central dans l'activité professionnelle et que l'on a l'habitude de le mettre « à l'épreuve », la logique de recours est celle de l'urgence et du curatif (« tirer » jusqu'à ce qu'il plie, jusqu'à la rupture). D'autres enquêtés s'inscrivent à l'inverse dans des logiques beaucoup plus préventives, valorisant des comportements permettant d'éviter les symptômes et les maladies, que cela passe par un bon « équilibre de vie » (nourriture saine, activité physique régulière.), par la mise en place de rituels préventifs (prise de vitamines en début d'hiver,), par le recours à des médecines non conventionnelles (prise d'homéopathie par exemple), etc. Ainsi, lorsqu'ils sont interrogés sur le « seuil » à partir duquel ils décident généralement de consulter, les réponses sont susceptibles de fortement varier en dépit du discours général de « sous-consommation » des soins adopté par les enquêtés.

¹⁹ Boltanski Luc, *Ibid.*, 1971, p. 217.

... Et dont découlent différents niveaux de « consentement à se déplacer » pour des soins

Ces besoins, parce qu'ils sont très diversement appréhendés, se traduisent donc par **des niveaux d'exigence plus ou moins élevés vis-à-vis des soins jugés nécessaires**. En pratique, ces exigences en la matière peuvent se décliner différemment : exigence de pouvoir consulter rapidement, d'aller voir un professionnel ayant « bonne réputation », d'établir une relation de confiance avec le professionnel et de l'inscrire dans la durée, appréciation de la qualité des soins prodigués, etc. Or **ces niveaux d'exigence différenciés vis-à-vis de la prise en charge de sa santé ont une incidence sur les logiques spatiales de recours des patients**.

Ainsi, **lorsqu'ils ont de nombreuses attentes vis-à-vis des soins qu'ils recherchent, les enquêtés sont beaucoup plus enclins à se déplacer à distance de leur domicile, à accepter un seuil de contrainte plus important** pour faire le choix d'un professionnel de santé qui réponde à leurs souhaits. Ils sont également plus disposés à changer de professionnel de santé en cas de mécontentement, à s'inscrire dans des logiques d'anticipation de plus long cours, etc. De l'autre côté du spectre, les enquêtés qui font le choix de consulter avant tout en cas de besoin urgent ou de problème aigu tendent à l'inverse à privilégier la proximité, justement parce qu'ils consultent plutôt à des moments où le besoin devient incontournable. **Cette logique d'urgence qu'ils adoptent implique de fait des possibilités de déplacement rapide, et donc une distance géographique modérée** par rapport au lieu de consultation (l'étendue de cette proximité ou distance pouvant ensuite varier suivant les capacités de mobilité, le temps disponible, etc.). Entre ces deux types de logiques, existe ensuite tout un *continuum* de pratiques parmi les enquêtés rencontrés, puisque tout un ensemble de variables joue sur l'appréhension du critère de la distance dans l'organisation des pratiques de soins.

Enfin, au-delà des représentations et des besoins tels qu'ils sont perçus subjectivement, il faut aussi noter combien **l'état de santé et les besoins plus « objectifs » sont également structurants**. Tel qu'évoqué précédemment, pour les enquêtés rencontrant de lourds problèmes de santé, l'ensemble du quotidien s'organise autour des pratiques de soins : dans ces cas de figure, les pratiques de recours aux soins sont ancrées dans les habitudes et le « consentement à se déplacer » peut devenir très important.

Des ressources sociales et symboliques qui favorisent la « volatilité » et l'exigence

Des modes de gestion différenciés des parcours de soins : de la délégation totale aux professionnels de santé à la revendication d'une certaine autonomie

En lien avec les logiques sociales qui marquent différemment le rapport à la santé des individus et les cultures somatiques qui orientent leurs pratiques, il est intéressant de noter **les différences qui apparaissent, d'un enquêté à l'autre, dans la façon de conduire leurs trajectoires de soins et dans le rapport qu'ils entretiennent aux professionnels de santé**. En effet, parallèlement aux niveaux d'exigence plus ou moins élevés vis-à-vis de leur prise en charge, on repère également dans les entretiens des types de relation aux professionnels de santé qui témoignent de **positionnements plus ou moins « horizontaux » des patients vis-à-vis des professionnels**.

Ainsi, il est beaucoup plus fréquent de voir les enquêtés issus de milieux aisés et disposant d'un certain niveau socioculturel remettre en question un diagnostic, une façon de pratiquer ou, tout simplement, émettre un discours critique sur un professionnel de santé que chez les personnes rencontrées issues de milieux populaires. Au-delà du fait d'être plus ou moins enclins à la critique, **c'est surtout le sentiment de légitimité à émettre un jugement, une appréciation quant aux pratiques professionnelles dans le champ de la santé qui distingue les enquêtés rencontrés**. Or ces écarts sont intéressants à souligner dans la mesure où ils témoignent certes de rapports différenciés aux professionnels de santé, mais également de différences dans la maîtrise du système de soins, dans la facilité à s'y repérer et à s'y orienter, dans l'aisance à faire des choix entre différentes options. Alors que certains – parmi les plus diplômés – cultivent une relative autonomie vis-à-vis du savoir sanitaire et revendiquent des capacités de prise de distance, de gestion autonome de leurs besoins ou de prise de décision, d'autres considèrent qu'il s'agit d'un champ dans lequel ils n'ont ni savoir, ni compétence, et s'en remettent donc pleinement aux professionnels qu'ils consultent.

Ces différentes façons de se positionner vis-à-vis des professionnels de santé et de se sentir « aptes » ou pas à gérer de façon autonome son parcours de soins renvoient à ce que Luc Boltanski nomme les « compétences médicales ». Ce type de savoir, dont la maîtrise revient bien entendu en premier lieu aux médecins, existe pour autant de façon plus ou moins diffuse dans les différents milieux sociaux. La capacité à décrypter, mettre en mots

les symptômes ou manifestations physiques et psychologiques tient en effet largement aux espaces de socialisation des individus :

« Si l'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser et croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, c'est que les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage (...) Mais, loin d'appartenir au fonds commun de la langue (...), les taxinomies morbides et symptomatiques (...) sont le produit de la médecine savante : aussi leur mémorisation et leur manipulation exige-t-elle un apprentissage qui, s'il ne s'accomplit totalement que par le moyen de l'enseignement systématique et spécifique que l'institution scolaire procure aux médecins, peut se réaliser partiellement et pratiquement par le moyen d'une familiarisation progressive et diffuse, de sorte que les sujets sociaux en auront une maîtrise plus ou moins complète selon qu'ils disposent plus ou moins des moyens matériels et culturels de leur appropriation.»²⁰

Ainsi, suivant ces aptitudes socialement différenciées, selon le sentiment de disposer ou pas d'une certaine compétence médicale, **les patients développent différentes façons de mener leur propre parcours de soin**. Du côté des enquêtés issus des milieux les plus favorisés, on repère par exemple une tendance plus marquée aux changements de professionnels. Cette plus grande « volatilité » peut tenir à différentes raisons : pour certains, cela renvoie à la volonté de prendre plusieurs avis autour d'un même problème de santé ; pour d'autres, au souhait de chercher une meilleure prise en charge lorsqu'un professionnel a déçu ou n'a pas satisfait ; pour d'autres encore, à se sentir libre d'alterner entre différents professionnels en fonction de ses propres impératifs (volonté de consulter rapidement, etc.). Si ce rapport « volatile » aux professionnels n'est pas repérable chez tous les enquêtés issus des milieux les plus aisés, la constance recherchée par d'autres tient au même type de raison : c'est parce qu'on a trouvé un professionnel qui correspond à nos exigences qu'on fait tout pour le « garder » (quitte à accepter de longs délais de prise de rendez-vous, une longue attente le jour de la consultation, etc.).

En miroir, **des types de logiques inverses sont repérables chez les personnes rencontrées issues de milieux plus populaires**. Nombre d'entre eux – en particulier ceux ayant de très lourds problèmes de santé – tendent plutôt à opter, *a contrario*, pour **une délégation des questions de santé aux médecins qu'ils consultent**. Le sentiment d'incompétence – ou, plutôt, le fait de ne pas revendiquer de compétence particulière ? - en matière de prise en charge de leur santé et de coordination de leur parcours de soins fait qu'il leur semble plus rationnel et sécurisant de laisser ces questions entre les mains de professionnels, une fois qu'ils sont en confiance. En d'autres termes, cela ne signifie pas qu'ils ne portent pas de discours critique ou ne relatent pas de mauvaises expériences qui ont pu les marquer, mais plutôt qu'ils **prennent moins d'initiatives en matière de pratiques de soins en dehors de ce que leur conseille leur médecin généraliste**. Par ailleurs, les récits de mauvais souvenirs de consultation ou de professionnels se situent souvent sur un registre un peu différent : ils ne remettent pas tant en cause les pratiques de tel ou tel professionnel pour des raisons médicales, de doute quant au diagnostic, mais plutôt à l'aune de critères relationnels, de la capacité du professionnel à être pédagogue, à prendre le temps de la consultation.

Ces différences de positionnement et de rapports entre professionnels de santé et patients, qui sont donc à mettre largement en lien avec le milieu socioculturel des personnes, sont également **renforcées selon certains travaux par les attitudes des médecins**, leur propension à délivrer les informations relatives à la maladie ou au traitement, **qui diffèrent en fonction du niveau socioculturel de la personne qu'ils ont face à eux**. Sylvie Fainzang, anthropologue, conclut par exemple, suite à un long terrain de recherche en milieu hospitalier, que l'asymétrie d'information est plus forte lorsque le patient est issu d'un milieu défavorisé :

« Non seulement certains patients, en particulier ceux issus de milieux populaires, ne se sentent pas aptes à formuler les bonnes questions ou ne s'autorisent pas à les poser directement aux médecins, mais en outre, les médecins croient déceler une demande d'information en l'absence même de sa formulation, et une capacité à la recevoir chez les patients jugés dotés d'un certain capital culturel, tandis qu'ils les occultent ou les dénie chez les personnes de milieux défavorisés. Par conséquent, bien que les médecins se montrent souvent soucieux de modeler leurs comportements en fonction de l'« intérêt du malade » et de ses dispositions psychologiques, leurs comportements sont très largement

²⁰ Boltanski Luc, *Ibid.*, 1971, p. 212-213.

modulés en fonction de ses caractéristiques sociales, opérant une sélection sociale des bénéficiaires de l'information. »²¹

Pour autant, encore une fois, il faut souligner que **la variable du milieu social d'appartenance n'est pas la seule en jeu dans la relation patient-médecin et le niveau d'autonomie revendiqué** vis-à-vis de sa trajectoire de santé. Certains travaux ont montré par exemple comment les patients touchés par des maladies chroniques peuvent devenir des « patients experts », au gré de l'accumulation d'un savoir lié à l'expérience de la maladie :

« Par l'observation de leur corps, de ses réactions face à la maladie, le patient-expert accumule un savoir expérientiel (issu de la connaissance de la maladie *in vivo*) qui peut venir compléter le savoir clinique du médecin et orienter les décisions de ce dernier. »²²

Certains des enquêtés rencontrés, touchés par de lourds problèmes de santé, ont pu, lors du récit de leur trajectoire de soins, décrire des évolutions de ce type – sans les nommer explicitement comme telles –, se traduisant par l'émergence, au fil des années de maladie, d'une relation de coopération plus horizontale avec les soignants. C'est par exemple le cas de Brigitte, qui suit un traitement très lourd anti-récidive contre le cancer depuis plus de quinze ans, dont le parcours est retracé plus loin.

Capital social, capital symbolique : des ressources précieuses pour contourner les difficultés d'accès aux soins

Ces différences dans les types de positionnement face aux professionnels de santé peuvent également être examinées sous un autre angle : **celui de la plus ou moins grande propension à s'inscrire dans un rapport de négociation, voire de « résistance » au savoir médical, mais également aux professionnels de santé de façon plus globale**, dans d'autres dimensions plus concrètes de leur pratique (qui peuvent renvoyer à la gestion de leur agenda et des consultations, aux refus de patientèle, etc.). Dans les communes retenues pour l'enquête de terrain, il faut rappeler que l'offre de professionnels de santé est, sur le plan statistique, légèrement déficitaire par rapport à la moyenne nationale. Une partie des enquêtés témoigne ainsi des difficultés que le « manque d'offre »²³ peut provoquer : très longs délais de prise de rendez-vous, refus des professionnels de recevoir les patients pour une consultation, refus d'inscrire un nouveau patient dans sa patientèle de façon pérenne. Or, face à l'organisation des soins et les difficultés que cela peut engendrer, **les enquêtés ne disposent pas des mêmes ressources, en termes de capital social ou symbolique**²⁴. Le capital social renvoie à l'ensemble des ressources interpersonnelles, ou autrement dit au réseau de relations et de connaissances, direct et indirect, des personnes. Les ressources symboliques renvoient quant à elles au niveau de reconnaissance, de légitimité, de crédit dont bénéficie un individu : il s'agit de toutes les formes de ressources qui ont une reconnaissance particulière au sein de la société. Si les ressources symboliques sont donc liées au niveau socioculturel des individus (niveau de diplôme, compétences langagières et relationnelles), elles ne s'y réduisent pas.

Ces concepts sont intéressants à convoquer dans le cadre de cette étude, car ils permettent de mettre en évidence **les attitudes et comportements différenciés que sont susceptibles d'adopter les patients face aux professionnels de santé, ou face à un problème particulier** rencontré dans le cadre de l'organisation des pratiques de soins. En effet, les pratiques de recours aux soins peuvent être largement facilitées par la mise en œuvre de ces compétences sociales et symboliques. Les personnes disposant de ressources sociales importantes – par le biais de leur environnement professionnel, amical, familial – citent bien davantage que les autres le réflexe qu'elles ont de chercher des informations et « bons plans » dans leur entourage, de tenter d'accéder à un professionnel en faisant jouer ses « relations », de se faire « introduire » auprès d'un professionnel par le biais d'une connaissance. C'est par exemple le cas de Maryse, qui explique que, n'ayant pas de médecin traitant depuis le départ en retraite

²¹ Fainzang, Sylvie. « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, n° 2, 2014, p. 51.

²² Boudier F., Bensebaa F., Jablanczy A., « L'émergence du patient expert : une perturbation innovante », *Innovations*, vol. 39, n° 3, 2012, p. 19.

²³ Ces difficultés d'accès aux soins, comme le vécu du manque, sont traitées dans le point 3 du chapitre 2.

²⁴ Ces deux notions renvoient à la conceptualisation, par Pierre Bourdieu, des différents types de ressources et d'attributs dont disposent les individus, en fonction de l'environnement social dans lequel ils évoluent. Il en distingue quatre formes : le capital économique, le capital culturel, le capital social et le capital symbolique.

du sien, elle a pris l'habitude de se renseigner autour d'elle et d' « activer » son « réseau » pour faciliter l'accès à un professionnel ou réduire le délai de rendez-vous :

« J'ai pas de gros besoins, mais néanmoins j'ai le sentiment de ne pas être bien suivie... Le mot inquiétude est fort, mais bon je me dis, à 60 ans, je fais de l'automédication... (...) Donc j'aimerais bien avoir un suivi. Après je me débrouille. Là je voulais faire le vaccin antigrippe, on me l'a conseillé par rapport à mes petits-enfants. J'ai appelé des infirmières, mais on m'a dit 'j'ai pas le droit de vous l'administrer sans ordonnance'. Du coup j'ai appelé un copain de copain médecin, qui voilà, sur la base de la confiance m'a fait l'ordonnance. » (Maryse, 59 ans, bac+3, en emploi, scénariste indépendante)

Mais au-delà du recours au réseau de connaissances, ce sont également **les capacités à savoir « faire face », à « tenir tête »** au médecin en cas de désaccord ou de refus de recevoir un patient, **à jouer de ses qualités relationnelles pour obtenir un rendez-vous** auprès du secrétariat, **à mettre en place des stratégies pour accélérer la prise d'un rendez-vous**, qui permettent aux enquêtés les plus dotés en capital social et symbolique de mieux contourner les difficultés. C'est par exemple le cas de Catherine, anciennement mariée à un psychiatre renommé dans la ville, qui fait plusieurs fois référence au cours de l'entretien aux « portes » que cela peut lui ouvrir dans le monde médical, et qui se demande si les professionnels qu'elle consulte ne font pas « plus attention avec [elle] », précisément car ils connaissent bien son ex-mari. On peut également citer Christian – enseignant d'EPS en lycée et à l'université – qui n'a plus de médecin généraliste depuis quelque temps, mais qui explique toujours trouver le moyen de consulter en cas de besoin :

« J'ai pas eu particulièrement envie de trouver un nouveau généraliste... (...) Et puis je me dis que je trouverai toujours quelqu'un en cas de pépin. (...) Et si j'ai besoin, je connais bien la secrétaire du cabinet de mon ancien médecin ; on s'entend plutôt bien, elle est très abordable, elle me trouve toujours une solution... Le rapport humain est très important. (...) Là, j'ai dû forcer un peu, pour le voir pour l'examen du côlon ; j'ai forcé un peu la porte, parce qu'ils ont pas le droit de refuser quelqu'un. J'ai écrit à ma mutuelle deux fois à ce propos d'ailleurs. (...) Pour ma fille la dernière fois, la pédiatre pouvait pas la prendre ; j'ai forcé un peu la voix, mais doucement, j'ai demandé une place avec la remplaçante... Un quart d'heure après elle me rappelait, pour un créneau qui se libérait dans la matinée. » (Christian, 54 ans, bac+5, en emploi, professeur d'EPS au lycée et à l'université, en STAPS) »

La mise en œuvre de ces ressources irrigue donc les logiques d'accès aux soins des enquêtés les plus dotés sur le plan socioculturel, leur permettant de contourner plus aisément les difficultés d'organisation des soins.

Diversité des organisations spatiales et temporelles des patients dans l'accès aux soins

Au-delà de la distance géographique, **une variété de facteurs nécessite donc d'être prise en compte dans les pratiques de recours aux soins des patients**. Ainsi, l'organisation professionnelle, les contraintes familiales, le rapport au temps, l'importance de la santé dans la vie des personnes et le niveau d'exigences associé (besoins objectifs et subjectifs), l'étendue de l'espace vécu, les ressources en termes de mobilité sont autant de variables qui influent sur les organisations spatiales et temporelles des patients dans leurs trajectoires de soins. **La multiplicité de ces facteurs invite à complexifier la lecture qui fait de la distance géographique un obstacle « en soi »**, valable dans tous les contextes et pour tous les individus : les entretiens menés montrent plutôt que c'est quand elle se combine avec d'autres facteurs qu'elle le devient. **L'étude du « poids » de ce facteur géographique dans les pratiques de soins suppose donc de resituer cette question dans une analyse multidimensionnelle**. Il s'agit, en étudiant les autres dimensions en jeu, de déterminer ce qui fait de la distance une variable plus ou moins centrale dans les logiques de recours aux soins. Pour ces raisons, l'étude fine de situations individuelles permet de démêler ces différents facteurs à l'échelle de trajectoires singulières, et de mettre en lumière la variété des déterminants à l'œuvre.

Les situations développées par la suite ne constituent en revanche en aucun cas une typologie des formes d'organisations pratiques et des logiques de recours aux soins des patients. En premier lieu, il faut le rappeler, cette étude prend le parti d'explorer cette question au sein d'une sous-population d'enquêtés bien particulière,

notamment en termes de tranches d'âge, ce qui n'est pas neutre sur le plan des pratiques de recours aux soins. D'autre part, le nombre d'entretiens réalisés est relativement limité, alors que l'objet d'étude s'avère complexe à démêler tant les facteurs d'arbitrage sont nombreux et intriqués. Pour ces différentes raisons, il n'est pas en l'état possible d'établir une typologie, qui supposerait des investigations de terrain de plus grande ampleur et un phénomène de saturation du recueil d'informations, qui n'a pas là été atteint. Il s'agit plutôt d'analyser, à partir d'une perspective microsociologique, l'ensemble des dimensions qui s'imbriquent dans leurs pratiques de recours aux soins. **Les illustrations proposées ici prennent donc la forme d'études de cas**, qui visent à resituer des logiques et pratiques à l'échelle de parcours et d'histoires individuelles, et à rendre compte avec précision des processus et arbitrages à l'œuvre dans le recours aux soins des patients.

Illustration • L'exemple d'Yvette : les pratiques de soins « installées »

Yvette a 58 ans, vit avec son mari et deux de ses trois enfants, l'aîné ayant quitté le foyer. Les deux plus jeunes ont 18 et 25 ans. Son mari est un ancien électricien aujourd'hui retraité et Yvette est en recherche d'emploi suite à un accident du travail. Le couple est propriétaire de leur maison et attend la retraite d'Yvette pour déménager dans une nouvelle ville. Ils viennent tous deux de Normandie et sont arrivés dans la commune B il y a trente-trois ans. Ils sont repartis en Normandie pendant cinq ans, pour finalement revenir il y a une dizaine d'années. Yvette et son mari sont particulièrement bien ancrés dans leur territoire, toutes leurs activités quotidiennes ont lieu en hyper-proximité autour de leur domicile : ils font leurs courses à quelques minutes en voiture, se baladent tous les jours à pied avec leurs chiens le long d'un canal reliant leur quartier à un parc et n'ont aucune contrainte professionnelle qui les oblige à sortir de cette zone. Mais ils sont véhiculés et relativement mobiles. Si besoin, ils sortent facilement de cette hyper-proximité.

Avant son accident du travail, Yvette a eu une carrière en deux temps. N'ayant que son brevet des collèges, elle a rapidement commencé à travailler, en tant que secrétaire dans une fédération. Elle a passé les concours de la fonction publique et a été secrétaire fonctionnaire pendant plus de quinze ans. Vers ses 50 ans, elle décide de prendre sa retraite de fonctionnaire, mais continue de travailler comme rayonniste dans une pharmacie du centre-ville. Elle occupe ce poste huit ans, jusqu'à ce qu'un charriot chargé lui tombe dessus, la plaque contre un mur et lui abîme le dos. Aujourd'hui, elle ne recherche pas activement un emploi, mais réalise quelques démarches dans l'attente de sa retraite, qu'elle pourra prendre dans deux ans.

En plus de son accident du travail, Yvette connaît quelques complications de santé. Elle est en ALD pour de la polyarthrite et a également dû être opérée récemment suite à une descente d'organe. Yvette essaye donc de suivre sérieusement sa santé car elle anticipe un nombre croissant de petits problèmes avec l'âge.

« La santé est de plus en plus importante : il faut de plus en plus consulter malheureusement. »

Yvette confie entièrement le suivi de sa santé à son médecin généraliste. Lorsqu'ils se sont installés dans la commune, ils ont immédiatement recherché un médecin généraliste, qu'ils ont choisi un peu au hasard dans un petit village limitrophe. Ils ont gardé ce médecin six mois, jusqu'à son départ à la retraite et quand sa fille a pris sa suite, ils ont continué les consultations avec cette dernière. Toute la famille est suivie depuis plus de trente ans par ce médecin et Yvette y est très attachée.

« C'est presque devenue une amie. [...] Tout de suite ça s'est très bien passé. Nos enfants continuent avec elle. C'était un pur hasard, ce n'était pas du bouche-à-oreille. C'était vraiment en regardant au plus près, pour si un jour on doit y aller vite, en voiture c'est à 2 km. »

Le couple a d'ailleurs calculé que leur médecin partira à la retraite en même temps qu'Yvette, et qu'il faudra donc en trouver un ou une autre. Le fait qu'ils anticipent ce changement montre l'importance qu'ils accordent à ce professionnel de santé. En effet, c'est son médecin généraliste qui coordonne tout le parcours de soin d'Yvette. Yvette ne consulte pas spontanément, de son propre chef, des médecins spécialistes. Quel que soit le problème qu'elle identifie, elle s'adresse en premier lieu à son généraliste, qui l'oriente alors vers le spécialiste le plus à même de traiter son problème de santé. Une fois qu'elle a consulté le spécialiste, Yvette en rediscute avec son médecin qui juge alors de la qualité des soins qu'elle a reçus. Lorsqu'elle a eu sa descente d'organe par exemple, Yvette a immédiatement consulté son généraliste, qui lui a indiqué plusieurs gynécologues, sans en conseiller un en particulier. Yvette en a choisi un dans l'urgence, qui l'a opérée mais sans effectuer de suivi après l'opération. C'est vers son généraliste qu'Yvette est revenue, et c'est elle qui contrôle l'état de santé gynécologique d'Yvette depuis.

Si Yvette s'en remet largement à son médecin traitant, elle n'en reste pas moins très attentive à sa santé et veille à anticiper les « problèmes ». Elle surveille son poids et ses performances sportives pour repérer les éventuels premiers signes de fragilité. Il y a quelques années, elle trouvait par exemple qu'elle avait grossi. Elle en a parlé à son généraliste, et a consulté une nutritionniste diététicienne. Lorsqu'elle a commencé à se sentir rapidement essouffée, elle a de la même façon consulté un cardiologue pour « vérifier ». Yvette est donc vigilante par rapport à son état de santé et se montre très consciencieuse, ne laissant rien traîner et consultant rapidement (son médecin généraliste et si besoin des spécialistes).

Les consultations sont d'autant plus faciles que l'emploi du temps d'Yvette ne souffre d'aucune contrainte. Elle n'a ni obligation professionnelle, ni charges familiales trop lourdes puisque ses enfants sont grands. Elle organise donc facilement ses consultations et prend rendez-vous relativement en avance. Elle utilise la plateforme Doctolib pour prendre tous ses rendez-vous, même quand il s'agit de voir son généraliste. Lorsqu'elle travaillait, l'organisation des consultations ne semblait pas plus compliquée : Yvette travaillait le samedi

et avait donc un jour de repos pendant la semaine. Elle faisait en sorte de prendre ses rendez-vous sur cette journée et n'évoque aucune difficulté organisationnelle d'accès aux soins.

Géographiquement, tous les professionnels qu'elle consulte se situent à proximité de son domicile : son médecin généraliste, son dentiste et son kinésithérapeute sont au même endroit, dans un centre médical situé dans un village voisin, son ophtalmologue est en face de la pharmacie où elle travaillait, en centre-ville, tout comme son rhumatologue. Seuls son gynécologue et son cardiologue sont un peu plus loin, mais cela n'est pas vécu comme une contrainte car Yvette ne s'y rend qu'exceptionnellement et qu'elle est par ailleurs assez mobile. Cela ne la dérange pas de parcourir quelques kilomètres pour un spécialiste qu'elle voit occasionnellement. Mis à part ces exceptions, les consultations ont donc lieu dans un périmètre resserré, avec des professionnels qui suivent Yvette depuis longtemps.

Le recours aux soins est donc vécu comme aisé, qu'il s'agisse d'Yvette, de son mari ou de leurs enfants, qui ont gardé les mêmes médecins que leurs parents : la proximité géographique et relationnelle avec leur médecin, leur souplesse organisationnelle, leur bonne maîtrise du territoire constituent autant de facteurs qui permettent un vécu très « fluide » de leur accès aux soins. Cependant, ce « confort » ne leur apparaît pas comme une évidence pour autant. Le couple s'estime chanceux et sera très vigilant lors de leur installation pour leur retraite. La richesse de l'offre de soins sera un critère central, si ce n'est le plus déterminant dans le choix de leur nouvelle commune de résidence. Habités depuis de longues années à bénéficier d'un suivi aussi régulier, facile et d'excellentes relations avec leur médecin traitant, ils espèrent trouver le même « confort » sur leur futur territoire de résidence.

Illustration • L'exemple de Muriel : les pratiques de soins « exigeantes »

Muriel a 52 ans et vit depuis une dizaine d'années dans le centre-ville de la commune A. Elle habite un grand appartement, théoriquement seule, mais son nouveau compagnon vit par intermittence chez elle. Muriel est divorcée et a deux filles qui ont 23 et 25 ans. Elles vivent toutes les deux à Paris : l'une suit des études de communication et l'autre de graphisme. Le reste de la famille de Muriel habite non loin de chez elle, dans le même département.

Après avoir obtenu son baccalauréat, Muriel a fait une école de commerce puis elle a travaillé dans la grande distribution. Depuis vingt-cinq ans, elle est commerciale dans la même entreprise et s'occupe de vente d'objets publicitaires et de cadeaux d'affaires à des entreprises. Son métier implique de nombreux déplacements, non seulement dans sa région, mais également jusqu'à Paris. Au quotidien en revanche, ses déplacements s'inscrivent dans un espace resserré autour de son domicile et Muriel se déplace essentiellement à pied dans le centre-ville pour ses loisirs ou ses courses. Muriel utilise quand même quotidiennement sa voiture pour aller travailler (quinze minutes de trajet). Elle est donc très mobile et a l'habitude de parcourir de plus grandes distances dans le cadre de ses déplacements professionnels, mais aussi lorsqu'elle va voir ses filles à Paris.

Muriel se présente comme une femme dynamique et autonome. Et c'est de la même façon qu'elle aborde son rapport à la santé. Elle se considère en bonne santé grâce à sa « bonne hygiène de vie ». Muriel perçoit en effet la santé de façon assez extensive : au-delà des consultations avec des professionnels de santé, il s'agit pour elle de veiller à son alimentation, de faire du sport régulièrement. Elle consulte ses professionnels dans une logique préventive : elle voit régulièrement, pour des visites « de contrôle » un dentiste, un gynécologue, un ophtalmologue, un ostéopathe et son médecin généraliste.

Ça va, j'ai pas de maladie, juste un problème de pied depuis dix-huit mois, mais j'espère que ça va pas durer, c'est pas un problème, mais y'a quand même un suivi. C'est un sujet important pour moi la santé, parce qu'il faut surveiller, avoir une bonne hygiène de vie, ne pas se dégrader, se maintenir en forme, se soigner si quelque chose ne va pas. »

Pour choisir ses médecins, Muriel est particulièrement attentive aux recommandations de son entourage. Lorsqu'elle est arrivée dans sa commune par exemple, elle s'est adressée directement au pharmacien de son quartier pour qu'il lui conseille un médecin généraliste. Elle a ensuite cherché recommandation auprès de ses voisins, insatisfaite du médecin conseillé par le pharmacien. C'est de cette façon que Muriel choisit tous ses autres praticiens : elle accorde une grande importance au capital symbolique des professionnels de santé et au jugement de ses pairs. Si son réseau ne lui permet pas d'obtenir suffisamment d'informations sur un professionnel, Muriel fait également des recherches sur internet et consulte les différents avis publiés en ligne. Elle a par exemple dû trouver un chirurgien pour un hallux valgus à opérer et ce sont ses recherches sur internet qui l'ont menée à un chirurgien parisien extrêmement réputé. D'habitude assez exigeante sur les délais de prise de rendez-vous, elle a accepté pour ce dernier d'attendre six mois avant de pouvoir le consulter, sa réputation important plus que sa disponibilité. Dans ce cas précis, la non disponibilité du chirurgien semble même attester de sa qualité et de ses compétences.

La plupart des professionnels que consulte Muriel se trouvent à proximité de son domicile ou de son lieu de travail. Mais si les délais pour prendre rendez-vous sont trop longs, Muriel n'hésite pas à aller consulter plus loin et notamment à Paris. C'est par exemple le cas pour sa gynécologue : Muriel profite des visites qu'elle rend à ses filles dans la capitale pour prendre rendez-vous avec elle. Elle a choisi ce professionnel de santé non seulement sur recommandation de ses filles, mais surtout parce que les délais de prise de rendez-vous lui semblent acceptables. C'est en ce sens que Muriel est exigeante : elle accorde de l'importance à la réputation des professionnels qu'elle consulte ainsi qu'à leur disponibilité. Si ces critères ne sont pas remplis, elle peut se permettre d'élargir son périmètre géographique de consultation, en raison d'un espace vécu assez éclaté et de ses ressources en termes de mobilité. Lorsqu'elle consulte à Paris, cela ne lui semble donc pas particulièrement contraignant : ses déplacements sont « optimisés » : elle a toujours une autre

activité de prévue (voir sa fille, rencontrer un client, etc.). Mieux encore, Muriel a le sentiment de pouvoir accéder à des suivis de meilleure qualité car ces professionnels lui ont été recommandés.

Muriel ne rencontre donc pas de grandes difficultés d'accès aux soins. Elle s'est adaptée et parvient à consulter au rythme qui lui paraît souhaitable. Ses déplacements professionnels et les visites à ses filles fonctionnent comme des opportunités, et consulter à Paris n'est absolument pas une contrainte pour Muriel. Pourtant, elle considère que sa commune est un désert médical et insiste fortement au cours de l'entretien sur le manque de professionnels, les délais d'attente trop importants, les difficultés à « entrer » dans les patientèles. Particulièrement attentive à ces obstacles, il s'agit de contraintes qui lui semblent peu acceptables. Muriel a d'ailleurs longtemps consulté un gynécologue dans son ancienne commune de résidence, à 240 km de chez elle, car elle n'en trouvait pas de nouveau après son déménagement.

« [En parlant de la période où elle n'avait plus de gynécologue] Bon j'avais pas de problèmes, mon médecin me suivait, y'avait pas de péril non plus, mais j'avais un gros sentiment de frustration de pas pouvoir accéder à des soins élémentaires, parce que pour une femme c'est un peu indispensable »

Parce que le rapport aux soins de Muriel est empreint d'une logique de prévention, parce que la santé est une affaire presque quotidienne, elle est particulièrement sensible à la disponibilité des praticiens et de longs délais d'attentes traduisent pour elle une offre de soins insuffisante. Pour Muriel, la santé se vit sur une temporalité fine et rythmée, presque invisible car quotidienne. Muriel ne compte même pas le temps que prend une consultation lorsqu'elle est casée entre deux rendez-vous professionnels. Si un professionnel n'est pas en mesure de lui proposer une telle souplesse dans la prise de rendez-vous, la santé devient plus visible, moins noyée dans le rythme quotidien et donc problématique, et c'est là pour elle qu'apparaissent les contraintes, les obstacles qui l'amènent à parler de « désert médical ».

Illustration • L'exemple de Christian : les pratiques de soins « spontanées »

Christian a 54 ans et vit avec sa femme et sa fille de 2 ans dans une maison du centre de la commune A. Il a eu trois enfants d'un premier mariage qui ont aujourd'hui une vingtaine d'années et ont tous quitté le domicile. Sa femme est infirmière dans l'hôpital de la ville et Christian est professeur de sport en lycée depuis 1999. Il enseigne également depuis plusieurs années à l'université en STAPS. Sportif de haut niveau, il a fait partie dans sa jeunesse de l'équipe de France de lutte. Depuis la naissance de sa fille, il a aménagé son emploi du temps pour avoir plusieurs matinées de libre et minimiser le temps que sa fille passe à la crèche. Christian a donc un rythme de vie relativement souple et il est par ailleurs assez mobile. Il se déplace essentiellement à vélo, mais s'il en a besoin, il dispose d'une voiture et d'une moto. Il se rend au travail ainsi que sur tous les lieux de son quotidien à vélo (marché, médiathèque, crèche, etc.).

Par son métier et son activité sportive de haut niveau, Christian appréhende la santé de façon globale et son importance s'inscrit dans une multiplicité de pratiques quotidiennes (pratiques sportives très régulières, attention portée à son alimentation...). Pour lui la santé ne se résume pas au bon fonctionnement physiologique de son corps. Elle comprend également la dimension de bien-être psychologique. Il considère que la « fatigue mentale » peut avoir des conséquences physiques et veille ainsi à entretenir à la fois « le corps et l'esprit ». Cette conception fait que Christian se sent relativement alerte sur sa santé et qu'il estime ne pas avoir besoin de « beaucoup » consulter. Il considère connaître suffisamment bien son corps pour savoir lorsqu'il lui est nécessaire d'aller voir un professionnel. Il a néanmoins tendance à se décrire comme assez « négligent » car il a du mal à « se décider » à y aller quand il estime que cela est nécessaire. Mais ce rapport de relative distanciation au médecin semble davantage témoigner d'un refus de « surmédicalisation » plutôt que d'une véritable insouciance.

« Au niveau consultations, je suis pas du tout dans la consommation... [...] Si je suis malade je vais consulter, mais je vais pas aller chercher le corps médical à tout prix. [...] Mais c'est vrai que parfois j'ai du mal à y aller, du mal à prendre le téléphone, à lancer [la prise de rendez-vous]. »

Christian n'est pas particulièrement « suivi » par des professionnels de santé. Il consulte quand il pense en avoir besoin mais il n'est pas attaché à un professionnel plutôt qu'un autre. Depuis deux ans, il n'a plus de médecin traitant par exemple. Il en avait un jusqu'à ce que ce dernier parte à la retraite. Il pensait pouvoir continuer avec son remplaçant mais celui-ci a refusé de l'intégrer à ses patients réguliers, sa patientèle étant déjà saturée. Christian n'a pas particulièrement cherché à en trouver un autre et depuis il se « débrouille » : quand il a besoin, il consulte le médecin de sa femme ou il s'arrange avec la secrétaire de l'ancien cabinet où il allait à l'époque de son premier mariage. L'un ou l'autre sont tout près de chez lui et Christian semble obtenir assez facilement des rendez-vous, en faisant jouer le relationnel si besoin ou en haussant le ton lorsqu'on lui refuse une consultation.

De la même façon, pour les spécialistes, Christian n'est pas spécialement « fidèle » et change fréquemment de professionnel. Particulièrement sensible aux délais de prise de rendez-vous et aux questions de compétence, il n'hésite pas à parcourir de la distance pour consulter. La logique géographique est ainsi peu présente dans ses choix de professionnels. Comme il est mobile (à vélo ou à moto), il accepte de sortir de son espace de vie si cela lui permet d'avoir un rendez-vous rapidement ou de consulter quelqu'un qu'il juge particulièrement compétent. Il a par exemple fait le choix de consulter un ophtalmologue à 15 km de chez lui, dans un grand espace commercial en périphérie où il ne se rend jamais, parce qu'il lui proposait un rendez-vous en quelques jours (et que l'enjeu de la consultation – refaire des lunettes – ne lui paraissait pas justifier des délais d'attente trop importants pour voir un spécialiste « réputé »).

De la même façon, il n'hésite pas à se rendre dans des pharmacies un peu éloignées de chez lui (à un quart d'heure de vélo) parce qu'il apprécie l'équipe et les relations qu'il a nouées avec elle.

« Avant je voyais un ophtalmo qui était connu, mais après fallait un ou deux mois d'attente. Et je me suis rendu compte qu'à quelques kilomètres d'ici y'a un centre commercial avec un cabinet ou il n'y a qu'une semaine d'attente. [...] Les temps d'attente c'est pas possible, [...] je préfère faire 15km. »

Christian a tendance à organiser ses consultations au dernier moment et accepte mal de devoir prévoir ses rendez-vous largement à l'avance. Lorsqu'il décide d'aller consulter, il a donc pris l'habitude de mettre en place différentes stratégies pour obtenir un rendez-vous sans délai. Il privilégie par exemple les prises de rendez-vous par téléphone et n'utilise pas les sites comme Doctolib. Ces sites sont trop impersonnels selon Christian, qui préfère échanger directement avec une personne pour éventuellement négocier un rendez-vous plus rapide. Par ailleurs, son emploi du temps lui laisse une certaine liberté dans l'organisation de ses consultations, puisqu'il a plusieurs matinées de libres chaque semaine. Il consulte généralement en fin de matinée, après avoir déposé sa fille à la crèche, sur des créneaux théoriquement moins demandés. Les consultations doivent pouvoir s'insérer facilement dans son quotidien, sans être planifiées longtemps en avance.

Christian peut se permettre d'être aussi exigeant sur les délais de prise de rendez-vous parce qu'il dispose des ressources pour contourner ces obstacles : extrêmement mobile, il peut étendre le périmètre géographique dans lequel il consulte, son emploi du temps lui permet de se rendre disponible sans trop de contraintes et ses compétences sociales lui permettent parfois de « négocier » des rendez-vous qu'il n'aurait pas pu fixer sans cette persévérance. Ces ressources pour dépasser les difficultés d'accès aux soins font que Christian ne se sent pas particulièrement lésé : il souligne le manque de médecins dans sa commune, et particulièrement leur faible disponibilité, mais il considère qu'il arrive toujours *in fine* à « se débrouiller ». En revanche, il évoque spontanément les « gros problèmes » en matière d'offre de soins dans sa ville ; il s'avère également que son épouse travaille sur un projet de Maison de Santé pluridisciplinaire dont elle sera la coordinatrice, ce qui fait qu'il est largement sensibilisé aux problématiques liées à l'offre de soins de son territoire.

Illustration • L'exemple de Sylvie : les pratiques de soins « contraintes »

Sylvie a 57 ans. Elle vit avec sa fille de 15 ans dans un appartement de trois pièces, dans un quartier résidentiel assez proche du centre de la commune A. Séparée de son ex-conjoint depuis six ans, elle a eu au total quatre enfants avec lui ; les trois plus grands (entre 26 et 33 ans) ont quitté le domicile familial et vivent dans la région. Sylvie n'a quasiment plus de relations avec son ex-conjoint, qui vit dans une commune limitrophe mais voit très peu sa fille ; il est chef de chantier en climatisation. Elle travaille quant à elle depuis trois ans comme responsable adjointe d'un magasin faisant partie d'une chaîne de restauration rapide. La boutique est située en centre-ville, elle s'y rend en transports en commun (environ dix minutes) ou à pied depuis chez elle. Depuis qu'elle a emménagé avec sa fille dans cet appartement, il y a trois ans, Sylvie a vendu sa voiture, pour des raisons financières et car elle en a moins l'usage. Son espace de vie et ses espaces du quotidien se sont également beaucoup modifiés depuis qu'elle a déménagé et qu'elle a trouvé son poste actuel : son quotidien et ses sorties se concentrent aujourd'hui essentiellement dans le centre-ville, dont elle ne « sort » qu'exceptionnellement, alors qu'elle avait auparavant un mode de vie beaucoup plus situé en zone périurbaine.

Avant de trouver ce poste, Sylvie a eu un parcours professionnel assez mouvementé. Elle a arrêté sa scolarité avant de terminer le lycée, à la fin de son année de première. Elle a enchaîné pendant des années des « petits boulots » avant de faire une formation de cheffe de rayon à 35 ans, après avoir eu ses enfants. Elle a alors travaillé en restauration rapide comme assistante de direction, puis agent de maîtrise. Il y a quelques années, elle a pris un poste de responsable de magasin dans une grande chaîne, dans une ville de banlieue parisienne. Elle a néanmoins fini par demander une rupture conventionnelle, compte tenu des déplacements quotidiens extrêmement lourds que le poste impliquait (deux heures trente aller et deux heures trente retour) alors qu'elle vivait seule avec sa fille âgée de 10 ans. Depuis 2015, elle occupe son poste actuel.

Le quotidien de Sylvie est particulièrement rythmé entre son travail et sa fille. Et le fait qu'elle ne soit plus véhiculée et dépendante des transports en commun constitue une contrainte supplémentaire. Ces éléments amènent souvent Sylvie à différer des consultations, à reporter des soins et ainsi à ne pas considérer la santé comme une priorité. Elle se présente comme un peu négligente, mais selon elle, les ennuis de santé qu'elle rencontre restent bénins et l'automédication suffit très souvent à les soigner. Pour autant, ses différentes contraintes quotidiennes ne sont pas sans incidence sur ses pratiques de soins : c'est aussi et surtout parce qu'elle est prise par d'autres priorités que la santé passe au second plan et que Sylvie se retrouve à limiter ses consultations et à se soigner par ses propres moyens.

« C'est un peu de la négligence : on recule les rendez-vous, parce qu'on est pris... Mon boulot est prenant ; sur mes jours de repos je me repose... Donc je fais ce qu'il y a de plus urgent et souvent la santé ça passe plutôt après... »

Pourtant Sylvie a des besoins de santé relativement réguliers, notamment parce qu'elle doit voir son généraliste tous les mois pour qu'il lui renouvelle un traitement de substitution à l'héroïne, qu'elle prend depuis de nombreuses années. Elle juge ce suivi assez contraignant et a du mal à s'y tenir, compte tenu de ses autres obligations. Cette difficulté à être régulière dans ses consultations avec son médecin généraliste lui ont d'ailleurs valu d'être exclue de la patientèle de son médecin alors que ce dernier la suivait depuis plus de vingt ans. Elle l'avait choisi avec son mari après la naissance de leurs enfants et elle se sentait en confiance avec ce professionnel. Après un premier déménagement, elle a conservé ce médecin, pour ne pas rompre le suivi et la relation avec ce dernier. Mais la nouvelle organisation pour se rendre aux consultations était bien moins pratique, entre les créneaux de consultation qui ne coïncidaient pas avec ses horaires de travail et les temps de trajet rallongés. Il est donc arrivé que Sylvie « rate » deux ou trois rendez-vous, ce qui

a conduit son médecin à l'exclure de sa patientèle. Sylvie semble avoir été quelque peu « choquée » par cet épisode : elle ne s'imaginait pas qu'un médecin puisse interrompre un suivi si ancien pour de telles raisons. Elle a rapidement dû retrouver un médecin généraliste, non sans difficulté.

Aujourd'hui encore, se rendre chez son médecin généraliste suppose une organisation assez lourde. Elle a en effet gardé le médecin qu'elle avait dans son ancienne commune de résidence (une petite ville limitrophe). Comme elle s'y rend en transport en commun, les temps de trajets sont longs selon Sylvie (trente minutes aller et trente minutes retour). Par ailleurs, elle consulte sur son jour de repos, le mercredi, or il se trouve être le seul jour de la semaine où son médecin ne prend pas de rendez-vous. Il arrive donc que Sylvie attende une heure en salle d'attente. Au total, la consultation peut lui prendre une demi-journée. Sylvie n'est vraiment pas satisfaite de cette organisation. Comme elle ne peut pas s'absenter de son travail de façon imprévue, elle attend « [s]on jour off » pour emmener sa fille chez le médecin si elle en a besoin, et lui donne des médicaments sans ordonnance pour la soulager en attendant. Les obligations quotidiennes de Sylvie réduisent la souplesse de son emploi du temps. Ajoutés à cela les temps de trajet et les temps en salle d'attente, Sylvie se retrouve dans un contexte de recours aux soins fortement contraint.

Sylvie rencontre quasiment les mêmes difficultés pour consulter des médecins spécialistes. En raison des difficultés à trouver des professionnels qui acceptent de prendre de nouveaux patients, elle a préféré conserver les mêmes médecins que lorsqu'elle habitait dans une des communes limitrophes de sa ville. Depuis qu'elle a déménagé en centre-ville, comme pour aller chez son médecin généraliste, elle doit s'y rendre en transport en commun, ce qu'elle juge peu facilitant. Elle ne peut par ailleurs pas consulter ses spécialistes sans rendez-vous comme elle le fait avec son médecin généraliste : sa seule option est « d'adapter son planning » aux rendez-vous qu'on lui propose. Elle est contrainte de prendre ces rendez-vous souvent très à l'avance (quelques mois à un an selon les spécialistes), puis elle tente de s'arranger avec ses collègues pour échanger ses plages de travail et se rendre disponible. Ces difficultés d'organisation l'ont forcée à devoir annuler deux rendez-vous prévus avec son ophtalmologue. Elle a finalement réussi à prendre rendez-vous dans un cabinet d'ophtalmologie plus proche de chez elle, ce qui a été beaucoup plus facilitant pour s'y rendre.

« Y'a un nouveau cabinet tout près, quand j'ai vu ce nom ici j'ai pris rendez-vous directement. Les autres c'était tellement des rendez-vous à l'avance, et c'était loin, que quand c'était pas possible au niveau planning je décommandais. Ça m'est arrivé deux fois, du coup, la 3^e on a pris rendez-vous à côté et on y est allées [avec sa fille]. »

Sylvie fait ainsi face à de sérieux obstacles pour recourir à des professionnels de santé. Pourtant, elle ne semble pas interpréter ces annulations ou ces reports de consultation comme les symptômes de difficultés d'accès. Selon elle, ces épisodes relèvent plutôt de sa propre responsabilité, de « négligences » personnelles. Elle évoque quand même quelques freins : les délais d'attentes, difficiles à concilier avec son emploi du temps professionnel relativement rigide, et surtout les refus des médecins de prendre de nouveaux patients. Sylvie a vraiment mal vécu le fait d'avoir été retirée de la patientèle de son médecin traitant. Lorsqu'elle a dû en trouver un nouveau, dans l'urgence, les difficultés qu'elle a rencontrées l'ont dissuadée de poursuivre ses recherches et aujourd'hui, Sylvie préfère une organisation lourde pour consulter son généraliste plutôt que de changer de professionnel. Il faut toutefois noter que Sylvie est attachée à ce nouveau médecin, qui l'accompagne de façon bienveillante dans son traitement, ce qui participe à la convaincre de conserver cette organisation par peur des réactions potentiellement blessantes d'autres généralistes.

Illustration • L'exemple d'Éric : les pratiques de soins « rationalisées »

Éric a 51 ans. Il est actuellement sans emploi et vit au domicile de ses parents depuis son divorce, il y a six ans, à la suite duquel il explique avoir « tout perdu ». Ancien gérant de bar-tabac, il a en effet dû revendre son commerce au moment de la séparation. Éric est titulaire d'un CAP en hôtellerie et d'un bac professionnel. Il a toujours travaillé dans ce bar-tabac, qui appartenait initialement à son père et qu'il a repris à son compte en 1997. Durant cette période, Éric avait un rythme de travail très soutenu : il travaillait 6 jours sur 7, de 7h à 21h. Son divorce ne s'est terminé que récemment et il n'a pour le moment pas les moyens d'investir dans un nouvel établissement. Domicilié chez ses parents, il vit actuellement en plein centre-ville de la commune B, dont il est originaire. Il explique avoir toujours vécu dans le centre, et notamment de nombreuses années au-dessus du bar-tabac qu'il tenait, sur l'une des places centrales de la ville. Au quotidien, Éric se déplace à pied et passe l'essentiel de son temps dans un périmètre assez resserré (centre-ville et quartiers alentours). Il n'a pas lui-même de voiture, mais peut emprunter ponctuellement celle de ses parents en cas de besoin.

Éric cultive un rapport assez distancié aux normes en matière de suivi de santé, même s'il souligne qu'il a tout de même infléchi ses pratiques de ce point de vue-là depuis quelques années. Au cours de sa vie active, il estime qu'il n'a jamais « beaucoup fait attention » et n'allait consulter que très rarement, en cas de problèmes ou douleurs avérés. Cela tenait, à son sens, à un manque de temps (compte tenu de ses contraintes professionnelles), mais également au fait qu'il n'y accordait pas une grande importance. Son suivi médical a donc longtemps été très intermittent : il n'avait pas de médecin traitant et consultait des spécialistes de façon très exceptionnelle. Éric a pourtant rencontré des problèmes de santé importants qui l'ont amené à des prises en charge plus ou moins longues. Il a en effet été suivi pendant dix ans par un addictologue à l'hôpital, en raison des problèmes d'alcool qu'il rencontrait. Il a été hospitalisé plusieurs fois en gastroentérologie durant cette période et a suivi plusieurs cures de désintoxication de durées variables (de quelques semaines à quelques mois). Il est aujourd'hui parvenu à régler ces problèmes d'alcool et se sent « plutôt en bonne santé », même s'il évoque des problèmes de poids, d'hypertension et de cholestérol. Depuis quelques années, il a mis en place un suivi plus régulier de ses problèmes de santé : il a trouvé un médecin traitant, qu'il voit tous les trois mois environ, et prend un traitement quotidien contre l'hypertension.

Malgré l'installation d'un suivi plus régulier, Éric exprime à demi-mots, à plusieurs moments de l'entretien, les réticences que continue de lui inspirer le monde médical. Cette relative défiance semble s'expliquer par diverses mauvaises expériences qu'il a pu avoir au contact de professionnels de santé : il décrit certains de ceux qu'il a côtoyés comme des personnes peu à l'écoute, hautaines, voire « moralisatrices ». Ce vécu semble avoir nourri un certain sentiment de culpabilité par rapport à ce qui lui a été renvoyé par les professionnels comme un manque de sérieux vis-à-vis de sa santé. Ces épisodes dont il garde un mauvais souvenir et qui l'ont fortement « marqué » participent au fait qu'il n'apprécie pas beaucoup, de manière générale, d'aller chez le médecin. Il souligne d'ailleurs que, s'il était en activité professionnelle aujourd'hui, il n'aurait certainement pas le même type de suivi.

« Moi je suis pas super médicaments, je suis pas super réceptif à tout ça. Je vais voir le médecin tous les trois mois, pour mes médicaments, les ordonnances, et une prise de sang... Mais si je travaillais, je sais pas si je le ferais. Là, j'ai le temps, c'est possible. Avant, je le faisais pas. (...) Et à part le suivi, je consulte quand j'en ai besoin, vraiment. Faut vraiment que j'aie mal. Sinon, je me soigne par moi-même. (...) C'est pas des trucs spécialement que j'apprécie si vous voulez... J'ai toujours peur qu'ils m'engueulent. J'ai eu des expériences... je me faisais souvent engueuler par l'alcoolologue. Ça marque. Enfin c'est pas qu'elle m'engueulait, mais c'était 'hana, vous faites rien, comment vous voulez vous en sortir'... Donc c'était jamais très agréable. J'aimais mieux aller à l'hôpital. Ils sont plus sympas. »

Même s'il a peu de contraintes sur le plan familial ou professionnel, Éric adopte donc une vraie logique de rationalisation par rapport à ses consultations de santé : pour lui, l'important est que cela « aille vite », et que cela soit le plus « pratique » possible. Avant ces trois dernières années, il était peu coutumier des consultations de professionnels de santé. S'il a aujourd'hui adopté une plus grande régularité dans son suivi médical, il n'est pas prêt, pour autant, à y consacrer beaucoup de temps : il fait donc généralement « au plus simple » et au plus proche. Pour ces raisons, il apprécie les plateformes internet qui permettent de « choisir » son créneau et d'avoir une idée des professionnels disponibles sans trop d'attente. L'usage de ce type d'outil lui permet également de reporter ou d'annuler facilement les consultations. Il opte pour des créneaux de préférence le matin de bonne heure, pour éviter un temps d'attente trop important au cabinet, et « se décharger » de la question pour la journée.

Dans cette logique de rationalisation, Éric fait de la proximité géographique des professionnels un critère central. L'ensemble des professionnels qu'il consulte, au premier rang desquels son médecin généraliste, se situent dans un périmètre resserré, à moins de dix minutes à pied de chez lui. Ses dernières consultations chez le dentiste illustrent bien cette volonté de « faire au plus simple ». Après le déménagement du professionnel qu'il voyait habituellement, Éric a repoussé plusieurs mois l'idée d'une consultation. Se rendant finalement compte qu'un cabinet dentaire avait ouvert en bas de chez lui, il est allé se renseigner et a pu prendre dans la foulée de sa première consultation six rendez-vous, nécessaires pour mener à terme différents soins. Il a apprécié de pouvoir tout fixer en une seule fois et s'y est rendu les semaines suivantes, généralement à la première heure, pour effectuer les soins. Chaque rendez-vous lui prenait environ quarante-cinq minutes au total, ce qui lui a semblé très adapté et facilitant (il sous-entend qu'une organisation plus lourde aurait peut-être été dissuasive dans son cas).

Certaines de ses pratiques de soins dérogent pour partie à cette logique de rationalisation. Pour l'ophtalmologue et les prises de sang, Éric privilégie en effet des consultations à l'hôpital, ce qui ne correspond pas, en termes d'organisation, à l'option la plus simple pour lui. Il doit en effet s'y rendre en voiture (entre cinq et dix minutes de trajet), anticiper d'en faire la demande à ses parents, prendre rendez-vous à l'avance... Les raisons pour lesquelles il privilégie des consultations hospitalières pour ces types de soins ne sont plus très claires dans ses souvenirs : il se souvient simplement avoir eu un « coup de chance » car un ophtalmologue qu'il voyait pour une

urgence lui a proposé de l'intégrer dans son fichier de patients. Mais en creux, il semble que l'hôpital – où il se rendait assez régulièrement à l'époque où il voyait un addictologue – lui apparaît comme un lieu plus sécurisant, avec des professionnels le « jugeant » moins et une prise en charge de bonne qualité.

Si la praticité et la rapidité pour l'organisation des consultations sont donc au centre des logiques de choix d'Éric, sous peine sinon de report ou de renoncement aux soins, d'autres facteurs peuvent intervenir dans certaines de ses décisions. Des délais d'attente importants, un mauvais contact avec le professionnel peuvent en effet l'amener à infléchir ses choix initiaux, et à envisager un périmètre de recours un peu plus large.

« [C'est quoi, finalement, ce qui compte le plus pour vous, pour choisir un médecin ?] La proximité, le délai d'attente, et qu'ils soient sympa, quand même. Que ce soit pas un calvaire. Le sourire, ça compte beaucoup... Un peu de sourire, de chaleur, on n'est pas des bêtes ! »

Éric n'a pas le sentiment de rencontrer de difficulté particulière dans ses pratiques de recours aux soins. À son sens, ce sont surtout les longs délais d'attente qui posent problème et peuvent être dissuasifs. Il souligne néanmoins qu'il a également la chance d'avoir à proximité son entourage familial, installé depuis longtemps dans la ville, ce qui a pu lui « ouvrir des portes ». Mais au-delà, il conclut l'entretien en suggérant, en creux, que son ressenti plutôt positif est également certainement lié aux attentes somme toute limitées qu'il a par rapport au monde médical.

« Sur [la commune B], moi j'ai pas à me plaindre. Après, tout dépend des attitudes des gens aussi... Y en a qui veulent tout, alors ils sont jamais contents, aussi. Mais moi ça va ! »

■ CHAPITRE 3 • VÉCUS DES PATIENTS DE LEURS PARCOURS D'ACCÈS AUX SOINS

Si les organisations spatiales et temporelles mises en œuvre par les patients pour leurs pratiques de soin diffèrent en fonction d'un grand nombre de facteurs, se pose également la question de la manière dont ils se représentent et dont ils vivent ces pratiques. Comment s'articulent pratiques effectives et ressenti en matière d'accès aux soins ? Comment les enquêtés se représentent-ils l'offre de soins sur leur territoire, et comment dépeignent-ils spontanément leurs expériences de recours aux soins ? Quels sont les déterminants de leurs vécus et à quoi tiennent-ils ? Enfin, face aux difficultés d'accès aux soins, quels sont les ajustements, les aménagements, voire les stratégies mises en place pour contourner les obstacles identifiés ? Cette dernière partie étudie la question de l'accès aux soins non plus uniquement sous l'angle des pratiques, mais également au prisme des représentations que s'en font les patients. Il s'agit d'analyser la manière dont s'exprime leur vécu, quels en sont les ressorts, et de mettre en regard les pratiques et les trajectoires des patients avec l'appréciation subjective qu'ils ont de la facilité – ou, à l'inverse, de la difficulté – à organiser leur parcours de soin. Puis, au-delà du ressenti, il s'agit de décrire les logiques d'action que ce ressenti occasionne : quelles stratégies mettent-ils en place lorsqu'ils se trouvent face à des obstacles dans leurs pratiques de recours ?

Un discours ambiant sur une dégradation de l'offre de soins

Le discours général sur la dégradation de l'accès aux soins ne reflète pas les expériences individuelles

Les récits des enquêtés quant à leur vécu de l'accès aux soins frappent par des **dissonances entre un discours « général » sur l'offre de soins sur leur territoire et leurs expériences individuelles en la matière**. Bien que leur propre vécu de l'accès aux soins puisse fortement différer, tous les enquêtés s'accordent sur l'idée d'un manque de professionnels de santé dans leur commune de résidence et de difficultés plus marquées que par le passé. Beaucoup d'entre eux partagent le sentiment d'être dans une situation relativement « privilégiée » au regard des difficultés qu'ils prêtent de manière générale aux habitants de leur ville. **Ce discours ambiant quant à un déficit d'offre de soins et de professionnels de santé**, repérable dans tous les entretiens, **ne s'exprime néanmoins pas avec la même force** chez tous les enquêtés. Pour de nombreux enquêtés, cette thématique est apparue à la fin des échanges, lorsqu'ils étaient relancés sur les difficultés auxquelles ils avaient pu être confrontés dans leur parcours. D'autres n'hésitaient pas à employer le terme de « désert médical », dès le début des entretiens, parfois même en introduction de leur propos.

Ce discours ambiant quant au manque de professionnels de santé se caractérise par plusieurs constantes, identifiables dans la plupart des entretiens. Bien souvent, **il ne fait pas tant référence à l'expérience de l'enquêté lui-même, mais à celle dont il a pu être le témoin dans son entourage** : ce sont les difficultés rapportées par des membres de la famille, des amis, des voisins ou des collègues qui nourrissent cette perception d'un territoire sous-doté en matière d'offre de soins. De la même manière, ces difficultés peuvent également être projetées sur certains publics en particulier. Pierre-François, par exemple, considère que sa propre expérience, plutôt satisfaisante, tient pour l'essentiel au fait qu'il est installé depuis de nombreuses années dans sa commune, et souligne *a contrario* les difficultés rencontrées par les personnes nouvellement installées sur le territoire. Sa situation relèverait d'exception que de la règle.

« C'est de moins en moins facile de consulter [dans sa commune]. Moi ça va parce que je suis ancré depuis un bout de temps, mais les jeunes au boulot, ils ont du mal avec les délais d'attente, et certains médecins qui prennent plus de nouveaux patients, et dans toutes les spécialités. » (Pierre-François, 57 ans, BEPC, en emploi, agent SNCF)

Cette idée selon laquelle il est plus aisé de se soigner lorsqu'on réside sur le territoire depuis longtemps, qui renvoie en creux à la notion de capital d'autochtonie, se retrouve chez de nombreux enquêtés. D'autres, qui se sentent également « privilégiés », « chanceux » du point de vue de l'accès aux soins, identifient d'autres publics potentiellement touchés de plein fouet par le déficit d'offre de soins. Maryse, plutôt aisée financièrement et qui travaille

comme indépendante, considère par exemple que si ses disponibilités et ses moyens financiers étaient moindres, elle aurait certainement beaucoup plus de mal à consulter. D'autres enquêtés, comme Cédric, se posent plutôt la question en termes de besoins : il pense que les personnes rencontrant des problèmes de santé plus « lourds » ont sûrement beaucoup plus de mal que lui à accéder aux soins.

Le second élément récurrent dans les entretiens tient au sentiment partagé que la problématique liée à un manque d'offre a émergé au cours des dernières années : ainsi, **l'accès aux soins est perçu comme se dégradant au fil du temps et devenant de plus en plus difficile**. Beaucoup considèrent qu'ils ont eu la chance de s'installer dans leur commune de résidence à un moment où trouver un médecin ne posait pas de difficultés particulières, alors que ce ne serait plus le cas aujourd'hui. Ces constats largement partagés par les enquêtés viennent souvent nourrir des appréhensions pour l'avenir : les difficultés d'accès aux soins sont en ce sens projetées, générant la crainte de « perdre » un certain confort, une facilité d'organisation dont ils ont pu bénéficier jusqu'alors. Plusieurs personnes rencontrées expliquent par exemple en fin d'entretien avoir intégré cette question à leur réflexion en termes de stratégie résidentielle pour la retraite : s'ils envisagent de déménager, ils ne le feront pas avant d'avoir vérifié qu'ils pourront bénéficier d'un suivi médical de qualité.

« Ce qui nous inquiète c'est quand on va partir. Ça va être un critère de choix : si il y a ce qu'il faut au niveau médical. C'est obligé. Sinon on avait même dit qu'on garderait un petit pied à terre ici à proximité [du grand pôle urbain le plus proche de leur lieu de résidence actuel] pour un accès aux soins plus facile. On ne sait pas ce qui peut se passer.... C'est une de nos priorités. On n'ira pas au fin fond du Cantal s'il n'y a pas de médecin ou d'infirmière ». (Yvette, 58 ans, BEPC, en recherche d'emploi, rayonniste en pharmacie)

Le fait que les difficultés d'accès aux soins soient bien présentes à l'esprit de l'ensemble des personnes rencontrées est **lié au discours politique et médiatique local**. Dans les trois communes étudiées, la question du manque de professionnels de santé a en effet été identifiée par les pouvoirs publics comme une problématique de premier ordre. Une partie des enquêtés fait par exemple référence aux initiatives qui ont été prises par les pouvoirs publics pour remédier au déficit d'offre, comme les projets d'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires ou des dispositions incitatives pour favoriser l'installation de jeunes professionnels. Cette problématique de « désertification médicale » semble néanmoins revenir avec plus de force dans la commune A que dans les autres (alors que l'APL²⁵ y est légèrement plus élevé que sur les deux autres territoires). Si le volume d'entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ne permet pas de monter en généralité à ce propos, l'hypothèse peut être faite que **l'acuité du ressenti d'un manque de professionnels de santé est influencée par le niveau de politisation et de médiatisation autour de cette problématique**. Les travaux de sociologie portant sur l'émergence des problèmes publics mettent en effet en évidence les facteurs entrant en jeu dans ce processus : la manière dont les acteurs (sociaux, médiatiques, politiques) nationaux ou locaux perçoivent la situation, s'en saisissent et la problématisent sont déterminants dans le processus d'émergence des problèmes publics, et la perception de leur « niveau de gravité » s'en trouve fortement impactée²⁶.

Cette perception d'une offre de soins insuffisante et la présomption de difficultés d'accès généralisées sur le territoire est **très différente de ce que relevait Virginie Vinel dans son étude sur les pratiques d'accès aux soins en zone rurale**²⁷. Ce travail, qui repose sur des entretiens approfondis auprès d'habitants de territoires ruraux en Lorraine (se caractérisant par des indicateurs présentant un déficit en matière de démographie médicale) conclut en effet à un écart notable entre « lectures institutionnelles » du territoire et « vécus habitants ». Les personnes rencontrées ressentent globalement peu de « manque » d'offre de soins, hormis en cas de lourds problèmes de santé. Au contraire, ces habitants ont une bonne connaissance de l'offre de soins sur leur territoire, à laquelle ils accèdent en s'appuyant beaucoup sur leur réseau de proches et en créant un lien de proximité avec les professionnels de santé.

Dans les trois villes desquelles sont issus les enquêtés, la situation semble inversée, avec **des territoires où le défaut de professionnels – pourtant peu marqué d'après les indicateurs statistiques – est ressenti assez fortement par les habitants ou, pour le moins, fait l'objet de discours plus marqués** (même si, comme montré

²⁵ Indicateur d'accessibilité potentielle localisée, voir définition en introduction.

²⁶ Neveu Erik, *Sociologie politique des problèmes publics*, Armand Colin, 2015.

²⁷ Vinel Virginie, Kessler-Bilthauer Déborah, Voléry Ingrid, *et al.* « Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux », rapport de recherche, Maison des sciences de l'homme Lorraine. 2016.

ci-après, ces discours n'entrent pas nécessairement en consonance avec les expériences individuelles des enquêtés). Si l'explication de ces écarts mériterait certainement des recherches plus poussées, on peut faire l'hypothèse qu'ils sont très liés aux différences de perception, de représentations et de pratiques de l'espace de vie au quotidien, en fonction du type de territoire de résidence. En milieu urbain, l'accès aux biens et aux services est relativement immédiat, tandis qu'en territoire rural, il suppose des pratiques de mobilité. Parce que les formes de mobilité et les habitudes de déplacement diffèrent, on peut supposer que cela a une incidence non négligeable sur le sentiment – plus ou moins aigu – de manque d'offre de soins.

Le ressenti de la difficulté passe moins par la distance à parcourir que par les délais d'attente, les refus de patientèle, et le raccourcissement des durées de consultations

Si les enquêtés de notre panel partagent le sentiment d'un manque de professionnels de santé sur leur territoire, il est intéressant de noter que **ce ressenti des difficultés ne s'exprime pas tant en termes de distance qu'à travers d'autres manifestations**. L'analyse des entretiens montre que le prisme géographique n'est en réalité que très rarement présent dans les discours relatifs aux difficultés d'accès aux soins. Celles-ci sont en revanche beaucoup plus souvent pointées au travers de trois phénomènes.

En premier lieu, **les délais d'obtention des rendez-vous médicaux** – en particulier lorsqu'il s'agit de spécialistes – **sont le motif le plus fréquent d'insatisfaction parmi les enquêtés**. L'importance du temps d'attente comme facteur de difficultés d'accès aux soins a déjà été relevée dans d'autres travaux²⁸. Il s'agit, pour les enquêtés, de la manifestation la plus concrète de la pénurie de professionnels de santé qu'ils prêtent à leur territoire. Cela semble être un motif de report – voire de renoncement ? – aux soins beaucoup plus répandu que d'autres facteurs, comme la distance géographique. Les longs délais d'obtention d'un rendez-vous sont souvent perçus comme particulièrement décourageants et s'avèrent très inadaptés par rapport aux logiques de recours aux soins d'un certain nombre d'enquêtés – qui consultent surtout « en urgence » et ont du mal à s'inscrire dans une logique d'anticipation. C'est par exemple le cas de Monique, qui explique avoir récemment renoncé à une consultation chez son généraliste, en raison de trop longs délais d'attente et de ses difficultés à « maîtriser » les imprévus de son emploi du temps :

« La difficulté c'est le temps: y'a trop de temps d'attente pour prendre un rendez-vous. Y'a deux semaines j'étais pas bien, je me suis dit je vais aller consulter, et j'ai pas eu le temps avec mes parents [dont elle s'occupe régulièrement]. J'ai dit tant pis, et finalement c'est passé. » (Monique, 60 ans, CAP, en emploi, enquêtrice commerciale)

La seconde manifestation du manque de professionnels souvent citée par les enquêtés renvoie aux refus de patientèle, auxquels ils ont pu être confrontés directement ou indirectement, *via* leur entourage. Ces refus de patientèle font référence aux situations dans lesquelles les professionnels acceptent de recevoir un patient pour une consultation, mais refusent de l'inscrire à terme dans leur « fichier » de patients réguliers. Il s'agit d'un type de difficulté vécu comme particulièrement problématique, car cela se traduit pour les enquêtés par une réduction des possibilités de choix des professionnels (qui pourrait amener, à leurs yeux, à une qualité de prise en charge moindre). Ces refus de patientèle peuvent en effet induire un choix « par défaut » du professionnel de santé : certains des enquêtés ne s'estiment pas tout à fait satisfaits de leur médecin généraliste, mais considèrent qu'il serait de toute façon trop complexe d'en changer. L'autre cas de figure rencontré chez plusieurs enquêtés renvoie à des situations de « nomadisme » contraint : les enquêtés ne parvenant pas à trouver de professionnel de santé les acceptant dans la durée, ils sont amenés à en consulter plusieurs, ce qui peut être perçu comme moins « sécurisant » (manque de continuité dans le suivi, etc.).

« Je considère qu'on a un pseudo désert médical [dans la commune A]. Mon médecin généraliste ne prend pas de nouveau client, sa collègue non plus. Il y a un cabinet [dans une commune voisine] qui ne prend pas de nouveau client non plus. C'est vraiment *full*. Pour un ophtalmo c'est vraiment très difficile, pour avoir un rendez-vous c'est très très long. Sinon, après il y a la consultation à l'hôpital (...) Mais on arrive à se débrouiller. » (Cédric, 55 ans, bac +2, technicien)

²⁸ Nguyen-Khac Apolline, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue française des affaires sociales*, 2017.

Enfin, **la troisième forme principale d'expression de ces difficultés tient aux transformations dans la relation au médecin**, évolutions regrettées par une partie importante des enquêtés. Nombre d'entre eux citent le raccourcissement des durées de consultation et y voient une manifestation criante du manque de professionnels. Face à la hausse du nombre de patients, les médecins seraient contraints de resserrer davantage le temps sur lequel ils reçoivent les patients, ce qui aurait des incidences sur la qualité de la relation patient-médecin : moins de possibilités d'échanges et un rapport plus « instrumental » à la consultation. Laurence, à l'inverse, s'estime chanceuse d'avoir un médecin généraliste qui « prend le temps » ; à ses yeux, la garantie que les consultations puissent durer un certain temps et la qualité de la relation qu'elle entretient avec son médecin forment deux déterminants centraux dans son sentiment de bénéficier d'un suivi médical de qualité :

« L'attention, il est très attentif, très proche... je sais pas comment expliquer ; il était très attentif. (...) Et la disponibilité. Et la proximité... Son attention, il est très attentif. Et puis il prend le temps. Si c'est pour un truc rapide, il peut éjecter rapidement ; mais quand j'ai eu besoin de lui parler, il a pris le temps. S'il est en retard, je sais que c'est pas pour rien... Donc je patiente. S'il l'a fait avec moi, il le fait aussi avec les autres. C'est important ; le jour où on craque, où on a un problème, de se dire qu'il ne va pas vous mettre dehors en cinq minutes car le suivant attend derrière. » (Laurence, 58 ans, bac+5, professeure des écoles)

Le ressenti des difficultés s'incarne donc pour les enquêtés à travers des types de manifestations qui ne tiennent que peu compte de la question de la distance géographique. Les trois formes principales de difficultés énoncées montrent que ce sont plutôt les questions d'organisation temporelle des enquêtés, leurs attentes vis-à-vis des médecins ou l'importance de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur généraliste qui apparaissent comme des dimensions centrales, au prisme desquelles ils perçoivent de potentiels obstacles dans leur accès aux soins.

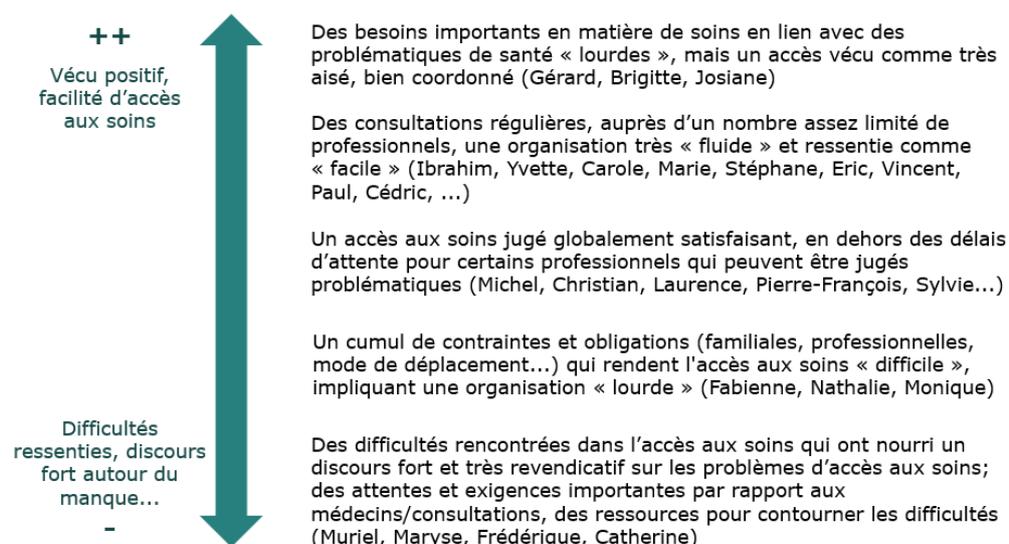
Des difficultés plus fréquemment énoncées par les plus « exigeants » dans leurs pratiques de soins ?

Des vécus très variables de son parcours d'accès aux soins

Au-delà des difficultés « générales » mentionnées par la plupart des enquêtés, **les vécus et les ressentis individuels quant à son propre parcours de soin peuvent fortement différer.** En effet, en dépit du discours commun qu'ils tiennent sur l'offre de soins sur leur territoire, les manières dont ils se représentent leurs trajectoires de soin sont plus ou moins marquées par un sentiment de facilité ou, à l'inverse, de difficulté. En ce sens, leur perception de leur expérience individuelle peut être complètement déliée leur appréciation de l'état de l'offre de soins « en général ». Ainsi, **lorsqu'on les interroge sur leurs propres expériences, la plupart des personnes rencontrées se disent plutôt (voire très) satisfaites** : l'accès aux soins se fait à leur sens sans trop de difficultés, et elles considèrent avoir une expérience plutôt fluide en matière de recours aux soins. De l'autre côté du spectre, certains enquêtés relèvent une multiplicité de difficultés.

Pour appréhender ces différences de perception, **le schéma ci-dessous positionne les enquêtés sur un axe vertical**, reflétant un *continuum* de ressentis qui traduit leur plus ou moins grande satisfaction à l'égard de leur parcours d'accès aux soins. En haut de l'axe, se situent les personnes insistant sur la facilité avec laquelle s'organisent leurs pratiques de consultation et ayant un vécu particulièrement positif de leur accès aux soins. Le bas de l'axe correspond aux personnes qui expriment au contraire un mécontentement important et tiennent un discours revendicatif à propos de la « désertification médicale », qu'elles identifient comme un problème public local de premier ordre.

Schéma 1 • Les différents vécus des parcours d'accès aux soins dans le panel d'enquêtés



Gérard, Brigitte et Josiane forment un premier groupe de personnes exprimant une vraie satisfaction quant à leur parcours de soin. Ils ont en commun de lourds problèmes de santé, qui engendrent des besoins importants en matière de soins. Leur vie quotidienne est donc rythmée par l'organisation des soins (déplacements à l'hôpital, prises de traitement, examens médicaux, etc.), qui leur prend beaucoup de temps au jour le jour. Si les pratiques de soins tiennent une place particulièrement centrale dans leur vie ordinaire, elles ne sont pas vécues comme contraignantes (ou ne le sont plus), mais comme bien organisées et très inscrites dans la routine. Ils ont en ce sens le sentiment de bénéficier d'une prise en charge « globale » de soins bien coordonnés et ils soulignent la qualité des professionnels de santé qui les suivent et auxquels ils accordent une grande confiance.

Le deuxième groupe, qui représente une part importante du panel d'enquêtés, juge également que son parcours de soins est très fluide. Il s'agit d'enquêtés dont les parcours de soins sont bien organisés, avec des professionnels de santé (notamment le médecin traitant) qu'ils connaissent depuis longtemps. En ce sens, leurs pratiques de soins sont bien « installées », même s'ils jugent ne pas avoir de besoins particulièrement forts en termes de santé. Ce sont des personnes qui habitent depuis longtemps sur le territoire et qui expliquent notamment leur absence de difficultés par cette ancienneté de résidence dans la commune.

D'autres enquêtés témoignent également d'une certaine satisfaction dans leur accès aux soins, tout en regrettant les délais d'obtention de rendez-vous médicaux avec certains spécialistes. C'est le cas par exemple de Laurence, de Pierre-François ou de Christian pour l'ophtalmologue ou le dermatologue. Quant à Sylvie, les difficultés qu'elle peut rencontrer dans l'organisation des consultations sont liées, selon elle, aux délais d'attente, difficiles à concilier avec son emploi du temps professionnel relativement rigide, en raison duquel il lui est difficile d'anticiper sur de longues périodes. Ces délais supposent une organisation très en amont, qu'elle ne peut pas toujours mettre en place, et ils peuvent l'amener à reporter ou à annuler des consultations prises des mois plus tôt. Pour autant, ces enquêtés considèrent que leur parcours de soin est, d'une manière générale, plutôt aisé.

Fabienne, Nathalie et Monique se distinguent des précédents groupes, en ce qu'elles font état de réelles difficultés dans leur accès aux soins. Elles cumulent en effet de nombreuses contraintes, d'ordre familial, professionnel et en termes de mobilité, ce qui fait que les rendez-vous avec les professionnels de santé impliquent une organisation très lourde. Monique, par exemple, a des difficultés à honorer des rendez-vous pris très en amont, du fait de ses contraintes professionnelles de dernière minute. Nathalie a besoin de prévoir une demi-journée entière pour aller chez son médecin généraliste, en raison du long trajet en transports en commun pour s'y rendre (une heure trente) et du temps d'attente une fois sur place. Fabienne doit quant à elle mettre en place une organisation relativement complexe avec ses employeurs (elle est assistante maternelle) à chaque fois qu'elle a besoin de se rendre à un rendez-vous médical. Le cumul de ces contraintes et la nécessité d'aménager substantiellement leur emploi du temps habituel nourrissent chez ces enquêtées la perception d'un parcours d'accès aux soins compliqué.

Le dernier groupe est composé des personnes tenant un discours revendicatif fort quant aux problèmes d'accès aux soins, qu'elles relient à des difficultés rencontrées personnellement. Il ne s'agit pourtant pas nécessairement des personnes qui rencontrent le plus de difficultés objectives, si l'on compare aux groupes cités précédemment. Elles ont en revanche de plus fortes exigences quant à la disponibilité des médecins, à la durée des consultations, à la compétence médicale et à la proximité des professionnels de santé. Ces enquêtés disposent par ailleurs d'un certain nombre de ressources socioculturelles (réseau social, aisance, mobilité et moyens financiers) qui leur permettent dans les faits de contourner plutôt facilement les obstacles qu'elles rencontrent. Cela ne les empêche pour autant pas de porter un discours fort sur la dégradation de l'offre de soins sur leur territoire.

Tous les enquêtés rencontrés n'expriment pas de la même manière, ni avec la même force, des difficultés d'accès aux soins

Il est intéressant d'analyser les différences de perception des difficultés d'accès aux soins au regard de la réalité des parcours et des pratiques des enquêtés. En effet, les personnes qui expriment le plus fort mécontentement ne sont pas nécessairement celles qui rencontrent « objectivement » le plus de difficultés. **De fait, leur niveau d'exigence plus élevé tend à nourrir un sentiment de manque et de déficit plus accusé.** Alors qu'à l'inverse, chez d'autres enquêtés, les difficultés d'accès sont davantage « gommées » par une attitude que l'on pourrait qualifier de « résiliente » face aux obstacles rencontrés. Finalement, face à ces difficultés, **différents types de logiques peuvent être identifiés**, dont découlent différentes manières de percevoir et d'analyser les difficultés d'accès.

La plupart des enquêtés s'inscrivent dans une logique d'adaptation : ils « font avec » les contraintes qu'ils rencontrent, et ne les présentent pas spontanément comme des obstacles. Pour ces enquêtés, c'est avant tout au patient de s'adapter, le temps du médecin étant une ressource rare et précieuse. Il est relativement accepté que l'organisation des soins puisse être contraignante pour le patient. Certains enquêtés soulignent les difficultés rencontrées par les professionnels de santé qui les suivent pour expliquer les délais d'attente, les refus de patientèle ou la brièveté des consultations. Finalement, ils s'estiment moins « victimes » du déficit d'offre de soins que les professionnels eux-mêmes. Cet état d'esprit est lié à la souplesse dont font preuve certains professionnels et les arrangements qu'ils peuvent proposer pour faciliter la vie des patients. En effet, lorsque les enquêtés reconnaissent les efforts ou les tentatives de certains médecins qu'ils connaissent bien pour les « arranger », il semble que leur vécu plutôt « aisé » de leur parcours de soins s'en trouve renforcé. **La coopération entre médecin et patient participe du sentiment intime d'avoir un parcours de soins relativement fluide.** Lorsque le médecin est arrangeant, le patient l'est aussi. En ce sens, la relation nouée avec le professionnel, la confiance qui lui est accordée, la « proximité » permise par une relation « historique » sont autant de facteurs qui entrent en jeu dans le vécu du parcours de soin. Les autres difficultés « logistiques » (comme le délai d'attente ou la distance à parcourir) sont mineures par rapport à l'enjeu d'avoir un médecin avec qui l'on s'entend bien, et qui peut, le moment venu, nous « rendre service ».

D'autres enquêtés – parmi les plus diplômés –, expriment beaucoup plus volontiers les difficultés d'accès sur le territoire et le manque de professionnels : ils « politisent » davantage la question, y voient un sujet important pour l'action publique locale et se réfèrent à une norme d'accessibilité des soins (en termes financiers, géographiques et de délais) qu'ils expriment fermement. La facilité d'accès aux soins est considérée comme un principe qui doit guider de façon prioritaire les politiques sanitaires et est présentée comme nécessaire pour garantir (ou, au moins, favoriser) une égalité sociale et territoriale dans les parcours de soins.

« Oui, je dirais que c'est difficile. C'est récurrent d'avoir un temps d'attente pour avoir un rendez-vous, et un temps d'attente dans la salle d'attente. Il n'y a que mon thérapeute qui a cinq minutes de retard, c'est tout. Ça fait partie de l'idéologie, de l'éthique, du respect de l'autre. » (Catherine, 60 ans, baccalauréat, en emploi à temps partiel, professeure de couture)

« La santé, oui c'est un sujet important. J'en parle régulièrement en tant que citoyenne ; je me dis tout le temps que si on était il y a trente ans, je ne serais pas venue avec un bébé à [commune A], car c'est une catastrophe. » (Maryse, 59 ans, bac+3, en emploi, scénariste indépendante)

« Le problème sur [sa commune], c'est que tous les spécialistes manquent : les listes d'attentes, le refus des nouveaux patients... et moi j'ai de la chance avec mon généraliste, même les généralistes ont des jours d'attente. Au bout de la rue y'a SOS médecins, y'a dix personnes devant la porte tous les soirs, ça on a un très gros manque, c'est le plus gros souci. (...) D'une manière plus générale, on a le numerus clausus qui date d'une époque où on n'était pas si nombreux, on va vers une aggravation de cette situation et je pense que c'est pas une économie parce que quand on accède pas facilement et qu'on attend, tout ce qu'on a est plus grave et ça coûte plus cher. C'est de l'économie à court terme, mais à long terme plus de dépenses. » (Muriel, 52 ans, bac +5, en emploi, commerciale)

Enfin, a contrario, quelques enquêtés n'expriment pas un ressenti aigu des difficultés alors même qu'ils ont pu évoquer au cours de l'entretien des entraves réelles. Ils n'ont en fait pas vraiment conscience de renoncer à des soins ou de les reporter. Cela tient d'abord à une appréhension moins vive de leurs besoins : ne pas avoir de suivi gynécologique, ne pas consulter un dentiste ni un ophtalmologue pendant plusieurs années ou différer une consultation sont autant de pratiques qui ne sont pas nécessairement considérées comme problématiques. Mais ces formes « masquées » de report ou de renoncement sont aussi en lien avec la valorisation, chez ces enquêtés, de leur capacité à « se débrouiller » eux-mêmes et à ne pas peser sur « le système ». Ces constats font écho à la thèse d'Antoine Rode sur le "non-recours" aux soins des populations précaires²⁹. Son travail montre comment le non-recours peut-être verbalisé par les populations précaires comme un « goût », en convoquant notamment des arguments civiques pour conforter le fait d'aller peu chez le médecin : valorisation de l'automédication jugée efficace et prenant sens « en référence à la norme de l'autonomie » et participation à l'effort collectif de réduction des dépenses de santé.

Contrairement aux précédents, ces enquêtés ne positionnent pas spontanément la question de l'accessibilité des soins comme un enjeu de politique publique. Ainsi, **lorsqu'ils font face à une difficulté, ils ne « politisent » pas le problème mais l'envisagent seulement d'un point de vue individuel**, en faisant valoir leur capacité à s'accommoder de cette situation. Par exemple, Carole explique ne pas avoir pu obtenir un rendez-vous rapidement avec son médecin traitant alors qu'elle suspectait une grippe. Ayant finalement renoncé à aller consulter, elle met en avant sa capacité de résistance physique, et se félicite d'avoir pu faire face à sa maladie sans avoir eu recours à un médecin. Dans sa situation, le non-recours n'est pas perçu comme un renoncement aux soins mais comme un acte positif d'endurance : « je crois que je suis d'une nature assez solide », « je prends sur moi ».

« En janvier j'ai eu des symptômes grippaux, j'étais vraiment pas bien, heureusement j'étais en weekend mais il [son médecin généraliste] pouvait pas me recevoir, sa secrétaire a dit « rendez-vous dans sept jours ». Moi je crois que je suis d'une nature assez solide, mais je prends sur moi : j'allais pas aller aux urgences, elles sont saturées, j'aurais été renvoyé chez moi avec des paroles pas agréables, donc on se débrouille. J'ai attendu, y'a que ça à faire, j'ai pris ce qu'il y avait chez moi : du paracétamol et c'est tout, beaucoup de tisane et puis j'ai attendu huit jours, j'ai été assez fébrile quand même. » (Carole, 54 ans, CAP, en emploi, monitrice d'atelier en ESAT)

Ces formes « masquées » de renoncement sont dues à la perception d'une responsabilité individuelle, plus que d'une responsabilité collective. Si les enquêtés reportent leurs soins, c'est, selon eux, avant tout de leur propre fait. Les facteurs pouvant amener à un report ou renoncement aux soins sont multiples et, souvent, se cumulent : distance du professionnel de santé, délai de prise de rendez-vous, manque de temps, appréhension du soin en lui-même (un soin jugé moins « vital »), mauvaise entente avec le professionnel, etc. **Or ces difficultés, que l'on peut qualifier d'« exogènes »** et qui contribuent largement au report de soins, **sont souvent intériorisées**, les enquêtés présentant l'abandon de soins comme une responsabilité de leur part (« je n'ai pas pris le temps », « je n'ai pas réussi à m'organiser »). Beaucoup de ces enquêtés se perçoivent – parfois à demi-mots – comme de « mauvais patients ». **Cette intériorisation de contraintes exogènes contribue de fait à la perception d'un accès aux soins non difficile**, puisqu'ils s'attribuent la responsabilité d'un parcours de soins intermittent et de consultations insuffisantes au regard des normes en matière de suivi. Sylvie, qui fait face à de nombreuses difficultés pour organiser son parcours de soins, évoque ainsi la pénurie de médecins dans sa ville, pour ensuite considérer qu'*in fine*, c'est aux habitants de s'organiser :

²⁹ Rode Antoine. Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Sociologie. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010.

« C'est vrai qu'à [commune A], on est en pénurie de médecins, de spécialistes, ils sont tous surbookés. (...) C'est une agglomération qui s'est beaucoup agrandie, y a beaucoup plus de monde qu'avant, et pas assez de médecins. (...) Quand on veut, on peut, mais les délais sont... C'est pas simple. Après faut se donner la peine. Mais moi je ressens quand même un manque. » (Sylvie, 57 ans, baccalauréat, en emploi, responsable adjointe de magasin)

Un discours sur l'accès aux soins qui n'est pas toujours corrélé à la « réalité » des difficultés rencontrées

Chez les enquêtés, le discours sur l'accès aux soins n'entre donc pas toujours en résonance avec les expériences et les parcours individuels. Le niveau de « politisation » d'un sujet très présent sur la scène médiatique est, pour commencer, plus ou moins prononcé chez les personnes enquêtées, et ce indépendamment de la réalité de leur propre parcours. **Cet écart entre ressenti et réalité est lié à la plus ou moins grande « résilience » des personnes face aux difficultés rencontrées.** Chez les enquêtés, les personnes issues des classes populaires semblent plus « tolérantes » par rapport aux difficultés (avec plus de sentiment de responsabilité individuelle, de valorisation de la capacité à « se débrouiller » et à « prendre sur soi »). À l'inverse, les personnes venant de milieux plus aisés se montrent plus exigeantes, que cela renvoie à leur situation individuelle ou à « la société » en général.

Ce *hiatus* entre la perception de l'offre de soins sur le territoire (déficit ou situation correcte) et la réalité du parcours de soins (respectivement fluide ou entravé) tient également à **la différence de posture des personnes quant à leur propre parcours de soins.** Plusieurs travaux ont montré la tendance historique à une participation plus « active » des patients dans leur parcours de soins. Ils deviendraient aujourd'hui davantage des « patients-sujets », en lien avec ce que certains nomment l'avènement d'une « démocratie sanitaire »³⁰. Cette tendance générale cache pourtant d'importantes disparités. Les populations les moins diplômées s'inscrivent moins dans ce rapport d'horizontalité avec les professionnels de santé ; on peut supposer que, par conséquent, elles tendent également à se montrer moins critiques vis-à-vis du système de soins.

« Tout d'abord, il existe bel et bien un nouveau style de système de santé donnant de l'importance au patient-sujet, responsable de ses actes et de sa santé. (...) D'abord, cette évolution semble atteindre en priorité les plus éduqués et les plus informés (Condroyer, 2009) et non pas ceux qui sont le plus dans le besoin (Wilson et Kendall, 2007). »³¹

Enfin, le vécu et les difficultés exprimées dépendent aussi fortement des attentes vis-à-vis du monde médical. Ainsi, **la différenciation sociale des besoins perçus participe à expliquer que les enquêtés issus de milieux populaires soient moins enclins à la critique, car leur niveau d'attentes est moindre**, tandis que les personnes issues de milieux plus favorisés tendent à percevoir de façon plus aigüe d'éventuelles complications dans leur parcours de soins, eu égard à leur niveau d'exigences plus élevé.

« Les attentes sont différenciées en fonction des catégories sociales qui n'ont pas les mêmes normes pour se soigner. (...) Le processus de médicalisation, qui touche davantage les classes sociales aisées, construit également plus de demande de soin. »³²

Les différences sociales de positionnement dans le parcours de soins et de perception des besoins contribuent ainsi à créer **ce paradoxe d'un ressenti plus fort des difficultés du côté des enquêtés issus de milieux plus diplômés et plus aisés, alors-même qu'ils disposent de davantage de ressources pour contourner ces difficultés.**

³⁰ Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, 2014.

³¹ Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen, *Ibid.*

³² Desprès Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013, n° 2, vol. 31, p. 90.

En pratique, accommodements et stratégies face aux difficultés rencontrées

Pour faire face aux difficultés, différentes logiques sont repérables dans le panel d'enquêtés. **Il s'agit de « stratégies » plus ou moins construites et anticipées**, en fonction de l'importance accordée aux soins, du type de consultations et des ressources en termes de disponibilité, de mobilité et du réseau mobilisable. L'analyse de ces logiques fait émerger là encore de fortes différences sociales. Les personnes ayant davantage de ressources contournent plus facilement les difficultés, tandis que celles issues de milieux plus populaires tendent à davantage prioriser les soins, quitte à en reporter certains, voire à y renoncer. Les phénomènes d'abandon (plutôt que de contournement) sont bien plus fréquents chez ces dernières. Par ailleurs, il s'agit d'enquêtés qui se satisfont plus souvent de médecins leur convenant moyennement : ils sont plusieurs à conserver « par défaut » un professionnel de santé.

Le contournement des difficultés, lorsque l'on a des ressources (capital culturel et social, compétences relationnelles)

Le contournement des difficultés par les personnes disposant d'un certain nombre de ressources sociales et symboliques peut prendre plusieurs formes. **Un certain nombre d'enquêtés n'hésitent pas à consulter loin de leur domicile, et à élargir le périmètre géographique de leur recours de soins**, sans que cela ne nécessite pour eux des déplacements spécifiques, vécus comme contraignants. Parce qu'ils ont un bassin de vie élargi et qu'ils ont régulièrement l'occasion de se déplacer loin de chez eux, ils ont de fait accès à davantage de ressources en matière de professionnels de santé et sont en ce sens moins tributaires de l'offre de leur commune de résidence. **Autre forme de stratégie, certains enquêtés mobilisent leurs « savoir-être » et leurs compétences relationnelles pour « négocier » un suivi qui leur convienne en matière de santé.** Ils expliquent connaître les codes des professionnels de santé, savoir argumenter pour obtenir ce qu'ils souhaitent, voire ne pas hésiter à instaurer un certain « rapport de force » en cas de résistance des professionnels à leurs demandes. Catherine par exemple, jugeant qu'il lui fallait une échographie d'urgence, feint au téléphone une grande douleur pour obtenir un rendez-vous rapidement ; à d'autres moments, elle explique que sa position d'ex-femme d'un « grand » psychiatre de la ville lui ouvre des portes en cas de difficultés.

Enfin, chez les enquêtés disposant d'un important capital social, l'activation du réseau personnel et professionnel est au cœur de l'organisation du parcours de soins. Ces enquêtés font souvent appel à leur réseau pour identifier un « bon médecin » disponible, pour « entrer » dans une patientèle ou pour connaître les alternatives. D'autres s'appuient sur les réseaux qu'ils ont pu se constituer dans leur cadre professionnel. Grâce à l'emploi qu'elle a occupé au sein d'une mutuelle, Nathalie maîtrise assez bien le fonctionnement du système de santé, et sait « se débrouiller » pour éviter les frais trop importants (dentiste, opérations). Elle n'hésite pas non plus à s'appuyer sur le réseau que constituent ses proches et ses collègues pour trouver des professionnels de santé en qui elle aura confiance. En cas de gros problèmes de dents, pour contourner les longs délais d'obtention d'un rendez-vous chez son dentiste, elle n'hésiterait pas à se rendre aux urgences dentaires de La Pitié Salpêtrière à Paris, qu'elle connaît.

Le choix par défaut du professionnel

Mais faire face aux difficultés de santé ne se traduit pas toujours par la mise en place de « stratégies » ; cela peut également se traduire par des accommodements (car on a peu de temps à y consacrer, que les enjeux perçus sont moins importants, que les ressources mobilisables sont moindres...). Ainsi, dans le panel d'enquêtés, plusieurs personnes ne sont pas vraiment satisfaites de leur médecin traitant : il n'est pas jugé suffisamment compétent, il ne s'est pas noué de relation de confiance ou les consultations sont trop brèves, etc. **Mais elles n'en changent pas pour autant.**

Marie, par exemple, n'apprécie pas beaucoup son médecin traitant mais elle ne s'étend pas sur le sujet. Cela ne lui pose pas vraiment problème ; rien en tout cas ne lui intime d'en changer rapidement. Ce médecin traitant est devenu un médecin « pour les urgences » et elle a recours par ailleurs à d'autres types de soins non conventionnels (elle évoque des consultations chez des amies magnétiseuses ou rebouteuses). Elle a développé un rapport avant tout instrumental aux consultations chez son médecin généraliste, mais cette situation ne lui apparaît pas

comme particulièrement problématique tant qu'elle ne rencontre pas de grandes difficultés en matière de santé. Elle n'a d'ailleurs pas vraiment engagé de démarches concrètes pour en changer : pour le moment, elle s'accommode de cette organisation, même si elle concède qu'il s'agit bien d'un choix par défaut. De façon générale, Marie décrit son parcours de soins comme plutôt fluide et n'identifie pas de difficultés particulières à ce sujet.

« Les consultations, je n'en fais pas trop souvent parce que je n'ai plus de médecin. Il a pris sa retraite, et le nouveau ne l'égale pas, et j'y vais qu'en urgence. J'y suis allée il y a un mois parce que j'étais en ménopause, pour les bouffées de chaleurs. Mais elle est pas compétente... Et c'est difficile de trouver un médecin qui prenne de nouveaux patients. »
(Marie, 61 ans, CAP, en emploi, enquêtrice démonstratrice)

De la même manière, Carole estime qu'elle ne rencontre pas de difficultés particulières dans son parcours de soins. Elle se considère même comme relativement privilégiée car les professionnels de soins qu'elle a l'habitude de consulter sont tous situés à proximité de son domicile. Pourtant, il lui a fallu six mois pour trouver un médecin généraliste qui accepte de l'intégrer durablement dans sa patientèle (après avoir dû passer, dit-elle, vingt-cinq ou trente appels), et il ne lui convient que très moyennement, en raison de la rapidité des consultations, de sa très faible disponibilité et des longs délais d'attente sur place (elle évoque deux heures, en moyenne, à chaque rendez-vous). Pour autant, elle n'envisage pas de changer de médecin traitant, parce qu'il est proche de chez elle et qu'elle pense ne pas avoir d'autres options dans ce périmètre (la proximité est à ses yeux essentielle). Elle surveille tout de même les ouvertures de maisons de santé autour de chez elle, ce qui pourrait lui donner l'opportunité de trouver un autre médecin généraliste sans trop s'éloigner. En attendant, Carole s'accommode plutôt volontiers de cette relative insatisfaction vis-à-vis de son médecin généraliste.

Monique non plus n'est pas très satisfaite de son médecin actuel : elle met en doute ses compétences et trouve que son cabinet est loin de chez elle (trente minutes aller et trente minutes retour). Il s'agit d'un médecin qu'elle avait choisi à proximité de chez elle lorsqu'elle habitait il y a une quinzaine d'années dans une commune alentour. Depuis, elle n'en a pas changé. Elle se contente de cette situation notamment car elle fait passer ses soins derrière ceux de ses parents, dont elle s'occupe régulièrement. Elle a tendance à repousser ses consultations, pratique beaucoup l'automédication et ne se rend qu'exceptionnellement chez son médecin généraliste. Elle a déjà essayé de demander à un médecin plus proche de la prendre dans sa patientèle mais cela n'a pas été possible. Au-delà de cette démarche-ci (ponctuelle et relativement passive), elle ne s'est pas investie dans des recherches plus poussées. Il semble que la situation lui convienne, même si cela crée de vraies difficultés pour elle quand elle doit consulter.

Ces trois cas de figure illustrent des logiques d'adaptation et d'accommodement chez des personnes qui n'ont pas un degré d'exigence tel qu'elles seraient prêtes à aller plus loin, à changer d'un médecin qu'elles connaissent bien ou à entamer des démarches qu'elles perçoivent *a priori* comme longues. Finalement, conserver un professionnel dont on n'est que moyennement satisfait est considéré comme moins « coûteux » que d'en changer. L'absence d'alternative, qui serait due à un manque de professionnels, sert d'argument pour conforter le choix du « *statu quo* » plutôt que pour souligner une difficulté rencontrée.

Le report ou le renoncement à certaines consultations

Les parcours d'accès aux soins tels qu'ils sont narrés par les enquêtés laissent entrevoir différents phénomènes de report ou de renoncement aux soins. Ces derniers ne sont toutefois presque jamais présentés comme tels par les enquêtés, n'étant pas perçus sous cet angle, car ils ne procèdent pas d'un arbitrage conscient et se révèlent généralement « par étapes ».

La première forme de report identifiable concerne les cas où le suivi médical (généralement chez un spécialiste) est mis en suspens. Certains des enquêtés ont interrompu durant quelques années (parfois nombreuses) un suivi en matière de soins dentaires, ophtalmologiques ou gynécologiques après avoir « perdu » le professionnel chez qui ils avaient l'habitude de se rendre. Ils peuvent reprendre (ou pas) quelques années plus tard le suivi, lorsqu'ils trouvent un nouveau professionnel qui puisse être consulté facilement. C'est par exemple le cas d'Éric ou de Sylvie, qui disent ne pas avoir été « très sérieux » ni consciencieux en matière de soins dentaires et ophtalmologiques, parce que les professionnels qu'ils avaient l'habitude de consulter ont déménagé et que le voir aurait supposé une organisation trop lourde. **La reprise d'un suivi se fait alors généralement selon une logique d'opportunité** : c'est parce que l'on a identifié de nouveaux professionnels à proximité, par exemple, que

l'on prend rendez-vous. **Le suivi est souvent mis en suspens lorsque les délais sont trop longs entre la prise de rendez-vous et la consultation elle-même.** Un nombre non négligeable d'enquêtés expliquent ne pas « se tenir » à un suivi régulier auprès de spécialistes parce qu'il leur est très difficile d'anticiper les rendez-vous, compte tenu de leurs contraintes professionnelles. Stéphane, par exemple, évoque une « pénurie » de dermatologues dans sa commune et dans ses alentours ainsi que des délais de prise de rendez-vous beaucoup trop longs au regard de la visibilité qu'il a sur son emploi du temps. Il connaît ses horaires environ deux semaines à l'avance, alors que les rendez-vous chez le dermatologue doivent être pris en amont.

« La majorité du temps c'est facile de consulter, sauf pour le dermato. Avant que j'aille au centre médical, y'en avait pas, les rendez-vous étaient à prendre plusieurs mois à l'avance que ce soit à l'hôpital ou dans le privé, j'ai tout essayé. » (Stéphane, 55 ans, BEP, en emploi, caissier)

Au-delà de ces impossibilités en termes d'agenda, **les longs délais d'attente peuvent décourager « psychologiquement » certains enquêtés de prendre rendez-vous.** En dehors de son médecin généraliste, Laurence, par exemple, ne consulte pas d'autres professionnels que le dentiste. Elle n'est pas allée voir l'ophtalmologue depuis cinq ou six ans, même si elle juge qu'il faudrait qu'elle se décide à y retourner bientôt (elle porte des lunettes et aurait besoin de faire un bilan de sa vue). La question des délais avant d'obtenir un rendez-vous est selon elle centrale pour expliquer qu'elle n'y soit plus retournée depuis longtemps : l'idée de devoir attendre plusieurs mois la décourage et l'amène à différer la prise de rendez-vous. Elle n'a pas vu non plus de gynécologue depuis quinze ans.

« L'ophtalmo, il faut attendre entre dix et douze mois. Là, ça fait un an que je me dis que je dois prendre rendez-vous... Si je l'avais pris y a un an ça serait bon ; mais ça me paraît tellement loin que je ne le fais pas. Et comme c'est pas forcément une urgence... Mais faudrait que j'aille quand même faire un bilan. » (Laurence, 58 ans, Bac+3 et plus, en emploi, professeure des écoles)

Ces difficultés dues aux délais d'obtention des rendez-vous médicaux apparaissent de façon récurrente dans les entretiens réalisés. Certains enquêtés n'abandonnent pas pour autant et trouvent des stratégies alternatives, à l'image de Christian, qui fait le choix d'aller consulter parfois loin de son domicile pour obtenir des rendez-vous rapidement. Trouvant que l'organisation des soins représente « une charge », il considère que cela doit se faire le plus rapidement et le plus facilement possible, au risque sinon de reporter.

« Le coup des dents, le coup de la prostate, je me suis dit 'allez, je me force à y aller'. Et donc faut que ça aille vite, parce que je suis pas un accro du secteur médical... C'est un peu comme une charge, aller chez le médecin, prendre soin de soi, ça devient une charge ; faut que ça aille vite, si y a un problème, mais si c'est trop prévu à l'avance, faut tout changer à ses plans, c'est la galère. J'évite... » (Christian, 54 ans, bac+5, en emploi, professeur d'EPS au lycée et à l'université, en STAPS)

Pour d'autres enquêtés, le report des soins n'est pas tant lié à la difficulté à prévoir des consultations en amont qu'à des annulations de dernière minute. Chez plusieurs enquêtés, les annulations de consultations chez les spécialistes ne sont pas rares, car elles supposent des aménagements de l'emploi du temps professionnel qui ne peuvent finalement pas se mettre en place. Les consultations annulées sont généralement des visites de contrôle, dont l'urgence et la nécessité sont moins ressenties. Toujours en lien avec les contraintes professionnelles, certains enquêtés tendent à repousser certains soins, notamment lorsqu'ils sont perçus comme relativement « lourds » (hospitalisation) et supposent des aménagements de l'emploi du temps habituel complexes à mettre en place.

Dans le cas de Fabienne par exemple, les délais d'attente pour un rendez-vous chez l'ophtalmologue ou le dentiste sont particulièrement longs (six mois) et ces consultations supposent un long trajet en voiture et des difficultés de stationnement. Ces différentes contraintes l'amènent souvent à différer les consultations dentaires, qui « sautent avec [son] emploi du temps » parce qu'elles représentent le « moins urgent » dans ses pratiques de soins. De même, elle explique qu'elle devrait faire une mammographie pour la prévention du cancer du sein (elle a reçu un courrier à ce sujet) : même si cela lui paraît important, elle explique qu'elle ne parvient pas à trouver le temps de prendre un rendez-vous : « Ah ben le papier est sur la commode (rires). Moi c'est le temps qui me manque. » Elle

repousse par ailleurs son opération de la cataracte, alors qu'on lui a conseillé de la faire dès à présent ; elle préférerait la planifier après la fin de son contrat de travail, parce qu'elle ne peut à son sens pas se permettre de s'arrêter durant quinze jours pour chaque œil.

Parfois, un report de soins dû à une mauvaise relation avec un professionnel de santé est présenté comme un choix délibéré de ne pas se soigner. Yvette explique ainsi n'est pas retournée chez le rhumatologue en dépit des recommandations qui lui ont été faites par son médecin généraliste. Si elle confie dès le début de l'entretien qu'elle ne « l'aime pas », elle convoque par la suite d'autres types d'arguments pour expliquer le fait qu'elle n'y soit pas retournée. Elle se dit qu'il serait difficile d'en changer, car il y a certainement peu d'autres spécialistes dans les environs. Elle tend également à minorer l'importance de ces consultations, considérant que ses « crises » ne sont pas si fréquentes et que le traitement risquerait davantage de la « dérégler » que de la soulager.

Le report ou l'abandon de soins peuvent enfin avoir lieu sous une forme plus diffuse, lorsqu'ils se déroulent sur une période relativement longue et se mettent en place par étape. Le cas de Sylvie est à ce titre intéressant : c'est le cumul de contraintes qui la conduit, progressivement, à ne plus emmener sa fille consulter un psychologue pour soigner la phobie scolaire dont elle souffre. Sylvie est, dans un premier temps, orientée vers un psychologue scolaire par l'école, mais le cabinet de ce psychologue se situe loin de son domicile et le trajet est relativement long (elle doit s'y rendre en transports en commun, or le praticien est à l'extérieur de la commune, et les bus pour s'y rendre sont rares). Ensuite, les rendez-vous sont difficiles à honorer parce qu'ils se déroulent pendant les plages de travail de Sylvie (il lui arrive alors mobiliser un proche qui puisse accompagner sa fille aux rendez-vous quand elle ne le peut pas). Enfin, les consultations sont chères et très peu remboursées. Au bout de quelques mois, Sylvie interrompt finalement les séances, et choisit un autre professionnel, plus accessible en termes de distance et d'un point de vue financier. Mais sa fille « n'accroche pas » avec ce psychologue, et décide de ne plus y aller après quelques séances. Parallèlement, la fille de Sylvie change d'établissement scolaire et elle semble aller mieux : le besoin de consulter un professionnel se fait alors moins criant. Lorsque Sylvie raconte cet épisode au cours de l'entretien, elle ne l'évoque absolument pas sous l'angle du renoncement aux soins. Pour autant, il s'agit bien d'un soin prescrit initialement, dont le besoin était perçu et exprimé par Sylvie, mais qui n'a pas donné lieu, pour de multiples raisons, à des soins suivis dans le temps.

Enfin, d'autres types de renoncement, davantage perçus et énoncés comme tels par les enquêtés, ont pu être identifiés lors des entretiens. **Plusieurs personnes ont évoqué des décisions de ne pas consulter pour des raisons financières** : s'agissant de soins perçus comme non indispensables (chez le podologue ou l'ostéopathe, par exemple), ces renoncements ne sont pas nécessairement vécus comme des difficultés centrales dans leur parcours. Quelques enquêtés ont également évoqué des cas de renoncement en raison des délais d'attente, qui les ont amenés à mettre en place des alternatives à la consultation. C'est notamment le cas lorsque le médecin généraliste ne peut recevoir le patient de façon suffisamment réactive : dans plusieurs cas, certains enquêtés finissent par « se débrouiller » seuls (*via* l'automédication ou du repos).

En définitive, dans le panel d'enquêtés rencontrés, **les cas de « non-soin »** (consultations n'ayant pas eu lieu alors qu'un besoin était perçu et exprimé) **sont relativement nombreux. Pour autant, très peu d'enquêtés considèrent avoir déjà été amenés à renoncer à certains soins alors qu'ils en avaient eu besoin.** Ce constat fait écho à ce que notait Caroline Desprès dans son analyse des significations du « renoncement aux soins »³³ : dans le cadre de son travail, aucun enquêté n'a spontanément utilisé cette expression, malgré des situations d'abandon de soin réelles. Plusieurs pistes d'explication peuvent être avancées pour éclairer cette absence de perception ou de verbalisation du renoncement. Tout d'abord, le renoncement aux soins n'est pas perçu comme tel, parce qu'il apparaît souvent aux enquêtés comme un report. C'est un processus qui s'inscrit dans le temps, en plusieurs étapes, sans que les personnes n'en aient nécessairement conscience (car elles n'ont pas pris la décision de « renoncer » en tant que tel). Quand l'abandon d'un suivi se fait par étapes, le renoncement n'est pas perçu comme tel car différentes solutions ou alternatives ont pu être expérimentées. C'est finalement l'appréciation du besoin (soin jugé finalement mineur) qui amène à la décision de ne pas (ou de ne plus) consulter. En ce sens, ce ne sont pas des cas de renoncement d'emblée, comme le serait un renoncement pour motif financier : le cumul des facteurs qui conduisent à l'abandon rend le renoncement moins lisible.

Par ailleurs, **le terme même de renoncement aux soins a une connotation négative, qui n'encourage pas les personnes à lire le processus comme tel.** Le renoncement fait référence à une responsabilité individuelle, à un

³³ Desprès Caroline, « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 2013, n° 2, vol. 31, pp. 71-96.

choix « éclairé », un arbitrage conscient. Ce terme peut ne pas concorder avec les représentations du fait de ne pas consulter. Tel qu'évoqué précédemment, cette décision peut être valorisée positivement : les personnes se « débrouillent » par elles-mêmes, n'engorgent pas les urgences « pour rien » et n'accroissent pas le déficit budgétaire lié aux dépenses de santé. Cette logique, qui transparaît dans plusieurs entretiens, résonne avec la « morale de renoncement » dont parle Olivier Schwartz à propos de la culture ouvrière³⁴. Il peut alors sembler peu à propos pour les personnes d'utiliser un terme connoté négativement pour qualifier des pratiques qui font l'objet, à l'inverse, d'une appréciation positive.

« Les plus pauvres évitent de se projeter dans un soin qui leur est inaccessible et procèdent à des formes d'autocensure de leurs désirs et leurs attentes. La restriction peut être instaurée comme morale de vie dans certains milieux marqués. Schwartz (1990) parle alors de morale du renoncement. Le rapport au corps est alors empreint de ces éléments ; des formes d'auto-soins sont développées pour compenser la restriction des recours aux soins auprès des professionnels, leur évitement. Ces manières de se soigner, en mobilisant les ressources propres du sujet et privilégiant une gestion familiale, en développant des modèles de résistance aux symptômes (d'endurance à la douleur, par exemple), peuvent progressivement être intériorisées, reproduites d'une génération à l'autre. À terme, les individus n'ont plus alors le sentiment de renoncer. »³⁵

Le renoncement aux soins est l'une des formes que peuvent prendre les logiques d'adaptation et d'accommodement face aux difficultés rencontrées dans les parcours de soins. Le fait qu'elles soient souvent masquées explique pour partie que le vécu des parcours d'accès aux soins soit souvent décorrélé de la réalité des difficultés.

³⁴ Schwartz Olivier, *Le monde privé des ouvriers : hommes et femmes du Nord*, Collection Pratiques théoriques, 1990.

³⁵ Desprès Caroline, *Ibid.*

■ CONCLUSION

Cette étude propose un éclairage qualitatif sur les logiques de recours aux soins des patients, en articulant une approche spatiale de leurs pratiques avec d'autres dimensions entrant en jeu dans l'organisation concrète des consultations de professionnels de santé. En effet, l'accessibilité aux soins est souvent appréhendée par les politiques publiques sous l'angle géographique. Il s'agissait donc de comprendre comment la variable spatiale joue concrètement dans les logiques de choix des professionnels et dans l'organisation des pratiques de soins, mais également de saisir quels autres facteurs peuvent apparaître comme des facilitateurs ou, à l'inverse, comme des freins dans l'accès aux soins. Pour cela, l'étude se penche sur l'organisation concrète, sur le plan spatial et temporel, des pratiques de soins, en les resituant dans des emplois du temps « ordinaires » et quotidiens. En prenant pour terrains d'enquête des territoires urbains présentant un indicateur d'APL aux médecins généralistes légèrement inférieur à la moyenne, il s'agissait d'interroger le vécu et le ressenti des patients quant à leur accès aux soins dans un contexte légèrement déficitaire par rapport à la moyenne nationale. De ces axes de recherche émergent plusieurs grands enseignements.

En premier lieu, la place de la distance géographique dans les pratiques de recours aux soins mérite d'être nuancée et, surtout, complexifiée. Si la proximité spatiale fait figure de critère « évident » au moment du choix initial des professionnels de santé, elle peut s'assouplir sous l'influence de nombreuses autres variables dans la trajectoire des patients par la suite et devenir beaucoup plus secondaire. Ensuite, cette proximité n'est pas définie de la même façon suivant les types de professionnels de santé consultés et la fréquence des soins. Différents territoires de recours peuvent être dessinés, qui font écho à des degrés divers de consentement à se déplacer en fonction de la régularité des soins et des enjeux qui y sont associés. Enfin, la proximité géographique est difficile à objectiver à partir d'une analyse qui se fonde uniquement sur une approche en termes de distance kilométrique. En pratique, l'appréhension de la proximité ou de la distance peut s'avérer très variable suivant les individus, en fonction des espaces qu'ils ont l'habitude de traverser. Le ressenti de la distance doit ainsi être replacé dans un ensemble plus vaste, celui de l'espace vécu des individus : cet espace vécu est multidimensionnel et englobe un ensemble de territoires dans lesquels il est aisé de se projeter, car on cultive une forme de proximité avec eux (proximité spatiale, proximité-temps ou encore proximité affective).

Autre enseignement de l'étude, la distance géographique n'apparaît pas comme un obstacle « en soi », mais elle peut le devenir lorsqu'elle se combine à d'autres facteurs. En effet, la variable géographique devient prégnante et fait figure de véritable obstacle aux soins lorsqu'elle est associée à d'autres déterminants : capacités de mobilité, étendue de l'espace vécu, souplesse/rigidité de l'emploi du temps professionnel, maîtrise des contraintes professionnelles, charges familiales, ressources sociales, etc. En d'autres termes, l'obstacle géographique ne se pose pas avec la même acuité suivant les individus, selon leur position dans l'espace social. Suivant leurs conditions matérielles d'existence et les déterminants qui structurent leur quotidien, la distance ne joue pas de la même façon : parmi les enquêtés rencontrés, ce sont les moins dotés en ressources socioéconomiques et culturelles qui voient leur parcours de soin le plus entravé par ce facteur. Mais au-delà des facteurs qui tiennent aux conditions de vie matérielles des individus, la distance est également un frein inégalement distribué parce que les attentes et les exigences vis-à-vis des soins et du monde médical sont très différenciées suivant les milieux sociaux. Or ces différents niveaux d'exigences se traduisent par des contrastes dans le niveau d'acceptation de la distance (et, par là même, d'autres contraintes) pour recourir à des soins. En effet, lorsqu'une consultation est perçue comme impérative, incontournable, le niveau de contraintes qu'elle suppose est plus facilement accepté que lorsque cette consultation est perçue comme moins centrale. Pour ces raisons, les « cultures somatiques » jouent également dans les pratiques de recours aux soins et influent sur le vécu de la distance.

Enfin, la mise en perspective des pratiques de recours aux soins avec les représentations qu'en ont les enquêtés révèle que le vécu du manque et la propension à identifier et percevoir des obstacles dans l'accès aux soins ne sont pas nécessairement corrélés avec la « réalité » des difficultés rencontrées. Si presque tous les enquêtés ont un discours diffus sur le déficit de professionnels de santé sur leur territoire, ils sont loin de tous considérer que leurs expériences individuelles en la matière reflètent ce manque. L'appréciation qu'ils ont de leur propre situation tient davantage à leur niveau d'exigences vis-à-vis des soins qu'à un niveau effectif de recours ou aux obstacles rencontrés en pratique. En outre, les raisons des difficultés d'accès aux soins ne sont pas analysées de la même manière chez tous les enquêtés : pour certains, il s'agit d'un problème d'action publique, tandis que d'autres renvoient davantage à la responsabilité individuelle. De ces éléments découle un constat qui frappe par le paradoxe qu'il sous-tend : il semble en effet que les personnes les plus exigeantes et qui accèdent plus aisément aux

soins tiennent un discours plus vindicatif de ce point de vue-là, quand, à l'inverse, les enquêtés les plus en difficulté tendent à avoir moins conscience des obstacles qu'ils rencontrent et, par conséquent, n'expriment pas (ou peu) ces difficultés d'accès aux soins.

Cette étude a une vocation exploratoire : ses enseignements constituent davantage des pistes de travail et des hypothèses que des conclusions fermes et définitives. Ils mériteraient d'être approfondis dans le cadre de dispositifs méthodologiques de plus grande ampleur. Différents axes de recherche pourraient ainsi guider des travaux ultérieurs. D'abord, cette étude a été menée auprès d'une population d'enquête particulière (les 50-65 ans en activité) et sur un certain type de territoire (contexte urbain) ; il pourrait être intéressant de tester ces hypothèses dans des contextes territoriaux variés, et auprès de populations présentant d'autres types de caractéristiques. Dans notre panel, notamment, la plupart des enquêtés étaient installés depuis de longues années sur le territoire, or cette ancienneté de résidence était considérée par beaucoup comme un atout majeur dans leur accès aux soins. On peut en effet faire l'hypothèse que pour des personnes plus récemment installées dans une commune, les difficultés d'accès sont plus accusées. Enquêter auprès d'autres tranches d'âge serait également intéressant, car au-delà des différences qu'elles induisent en termes de besoins et de niveau de recours aux soins, l'étude montre que, selon le moment de la trajectoire de vie des enquêtés, la proximité géographique peut s'avérer plus ou moins importante. Pour les familles avec des enfants en bas âge, des contraintes professionnelles fortes, la proximité géographique fait par exemple certainement figure de critère de plus grande importance qu'à d'autres moments de la vie.

L'étude souligne également les pistes de recherche fécondes qu'offre la combinaison de différentes approches disciplinaires, en particulier la géographie et la sociologie. L'objectivation statistique des déplacements de santé, en tenant compte de l'appartenance sociale des individus, semble par exemple constituer un axe de recherche particulièrement intéressant, à l'instar de ce que propose la géographe Julie Vallée dans son analyse de l'influence des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. Sur le plan statistique, cet éclairage qualitatif s'avère difficile à traduire dans le cadre d'indicateurs synthétiques sur l'accessibilité aux soins, car de nombreuses dimensions entrent en jeu. Pour autant, sous réserve d'autres recherches qui confirmeraient cette hypothèse, elle soulève la question de l'intégration des caractéristiques sociales des individus dans l'analyse de l'accessibilité aux soins, tant la variable de l'appartenance sociale joue sur une multiplicité de dimensions dans le rapport à la santé et les pratiques de recours.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Bailly, A. (1985). Distances et espaces : vingt ans de géographie des représentations. *L'espace géographique*, 14(3), 197-205.
- Bailly, É. (1999). *Modèle de simulation fractal et croissance urbaine. Étude de cas : Nice, Gênes, Marseille*. Thèse de doctorat. Nice.
- Motte-Baumvol, B. (2008). L'accès des ménages aux services dans l'espace périurbain francilien. *Strates*, 14, 149-164.
- Neveu, E. (2015). *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, France : Armand Colin.
- Bazin, F., Parizot, I. et Chauvin, P. (2006). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. *Sciences sociales et santé*, 24(3), 11-31.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 26(1), 205-233.
- Boudier F., Faouzi B. et Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13-25.
- Bureau, E. et Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 8.
- Canter, D. (1977). *The Psychology of place*, Londres, Royaume-uni : The Architectural Press.
- Chaput, H. et Vergier, N. (2017, mai). Déserts médicaux : comme les définir ? Comment les mesurer ? *Les dossiers de la DREES*, 17.
- Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 71-96.
- Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 47-52.
- Frémont, A. (1980). L'espace vécu et la notion de région. *Travaux de l'Institut de Géographie de Reims*, 1(41), 47-58.
- Herzlich, C., Bungener, M., Paicheler G., et al. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris, France : Doin.
- Lévy-Leboyer, C. (1980). *Psychologie et environnement*. Paris, France : PUF.
- Millet M., et Thin D. (2005). Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. *Lien social et Politiques*, 54, 153-162.
- Neveu, E. (2015). *Sociologie politique des problèmes publics*. Paris, France : Armand Colin.
- Nguyen-Khac, A. (2017). Mesure de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Revue française des affaires sociales*, 1, 187-195.
- Osiek-Parisod, F. (1990). "C'est bon pour ta santé !" : Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé. Service de la recherche sociologique, Genève, Cahier n° 31.
- Palazzolo, J. (2012). L'évolution de la relation médecin-malade. *Cerveau et Psycho*, 18, 70-75.
- Paulet, J.-P. (2009). Des "cartes plein la tête". Dans J.-P. Paulet (dir.). *Manuel de géographie urbaine* (p. 227-243). Paris, France : Armand Colin.
- Rode, A. (2010). Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Thèse de doctorat en sociologie. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II.
- Schwartz, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers : hommes et femmes du Nord*. Paris, France : PUF, coll. Pratiques théoriques.
- Thin, D. (1997). "Tant qu'on a la santé..." : Des familles populaires et de la santé de leurs enfants. Rapport d'étude sociologique réalisé pour le groupe « Action santé sociale pilote », GRS-Université Lyon, 2.
- Vallée, J. (2012). L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne. *Bulletin de l'Association de géographes français*, 89(2), 269-275.
- Vinel, V. et Kessler-Bilthauer, D. (2017). Se soigner en zone rurale lorraine : domestication du système de soin et encadrement familial des trajectoires individuelles. *Enfances Familles Générations*, 28.
- Vinel, V., Kessler-Bilthauer, D., Voléry, I. et al. (2016). Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux. Rapport de recherche, Maison des Sciences de l'Homme Lorraine.

Annexe 1. Tableau synthétique des caractéristiques des enquêtés rencontrés.

Commune	Pseudonyme	Âge	Sexe	Niveau de diplôme	Situation par rapport à l'emploi	Profession (ou dernière profession)	Situation résidentielle	Ancienneté de résidence dans la commune
A	Maryse	59 ans	F	Bac+3	En emploi	Scénariste free-lance	Seule	7 ans
A	Brigitte	56 ans	F	CAP	Inactive (pension d'invalidité)	Téléconseillère	En couple	54 ans
A	Gérard	58 ans	H	CAP	En emploi	Gardien de résidence	En couple	58 ans
A	Sylvie	57 ans	F	Bac+2	En emploi	Responsable adjointe magasin	Seule avec enfant	42 ans
A	Christian	54 ans	H	Bac+5	En emploi	Professeur EPS lycée et université	En couple avec enfant	28 ans
A	Paul	57 ans	H	Bac	En emploi	Employé à La Poste	En couple	37 ans
A	Cédric	55 ans	H	BTS	En emploi	Technicien	En couple	28 ans
A	Catherine	60 ans	F	Bac	En emploi (temps partiel)	Professeure de couture	Seule	40 ans
A	Carole	54 ans	F	CAP	En emploi	Monitrice d'atelier en ESAT	Seule	5 ans
A	Monique	60 ans	F	CAP	En emploi	Enquêtrice, animatrice commerciale	Seule	12 ans
A	Murielle	52 ans	F	Bac+5	En emploi	Commerciale	Seule	10 ans
A	Marie	61 ans	F	CAP	En emploi	Enquêtrice, démonstratrice	Hébergée par son fils	31 ans
A	Pierre-François	57 ans	H	BEPC	En emploi	Agent contrôleur ferroviaire	En couple	35 ans

B	Yvette	58 ans	F	BEPC	En recherche d'emploi	Rayonniste pharmacie	En couple avec enfants	33 ans
B	Vincent	55 ans	H	BTS Bac+2	En emploi	Infographiste	En couple	32 ans
B	Stéphane	55 ans	H	BEP	En emploi	Caissier	Seul	35 ans
B	Josiane	57 ans	F	Bac+2	Inactive (AAH)		Seule	8 ans
B	Frédérique	63 ans	F	Bac+2	En emploi	Comptable (autoentrepreneur)	Seule avec enfant	18 ans
B	Laurence	58 ans	F	Bac+3 et plus	En emploi	Professeure des écoles	Seule	40 ans
B	Ibrahim	47 ans	H	CAP	En emploi	Agent incendie	En couple avec enfants	12 ans
B	Eric	51 ans	H	Bac	En recherche d'emploi	Gérant bar-tabac	Hébergé par ses parents	51 ans
C	Nathalie	54 ans	F	Bac	En emploi	Assistante de direction	Seule	3 ans
C	Fabienne	58 ans	F	Bac	En emploi	Assistante maternelle	Seule	9 ans
C	Christophe	52 ans	H	Bac+3	En emploi	Professeur des écoles	En couple avec enfants	17 ans
C	Michel	50 ans	H	Équivalent Bac	En emploi	Vendeur	En couple	3 ans

Annexe 2. Guide d'entretien

Les thématiques à explorer :

- **Décrire les logiques spatiales de recours aux soins.** Creuser plusieurs axes de questionnement : consulte-t-on nécessairement au plus proche ? Jusqu'où accepte-t-on d'aller ? Les mobilités de santé s'intègrent-elles dans un territoire vécu, quotidien ou supposent-elles des déplacements spécifiques ? Quelles différences entre ce qui relève du recours aux soins « régulier » (médecin généraliste, pharmacien, infirmier...), des spécialistes ou des professionnels de second recours ?
- **Comprendre les logiques de choix de ces professionnels de santé,** en voyant à quel moment dans le parcours de vie ce choix se fait, les facteurs qui contraignent ce choix ou à l'inverse qui le favorisent, ce qui peut motiver un changement de professionnel, etc.
- **Saisir si l'accès aux soins est spontanément ou non perçu comme difficile, les entraves qui sont spontanément mentionnées comme problématiques.** Il s'agit de comprendre ce qui, pour la personne, est acceptable ou non dans les difficultés d'accès aux soins. Qu'est-ce qu'elle accepte volontiers comme « obstacle », qu'est-ce qui lui semble à l'inverse difficilement tolérable ? Identifier ensuite les arrangements que mettent en œuvre les personnes pour dépasser ces obstacles, leurs stratégies pour les contourner.
- **Se centrer sur des pratiques de consultation concrètes,** pour saisir les difficultés et obstacles vécus de façon très tangible, en ancrant l'entretien dans l'expérience et l'organisation quotidienne. Il s'agit également par ce biais de s'affranchir des éventuels discours généralistes ou théoriques sur les difficultés d'accès (qui peuvent être largement induits par des discours politiques et médiatiques locaux).
- **L'enquête est avant tout centrée sur les soins de ville** (professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en libéral ou salariés de centres de santé). Néanmoins, si l'enquêté évoque des soins à l'hôpital, il ne s'agit pas de bloquer la discussion : le recours aux hôpitaux (aux urgences en particulier) peut être intéressant en tant que potentielle stratégie alternative d'accès à des soins. En ce sens, l'usage du guide d'entretien doit être souple, et s'adapter aux logiques et aux pratiques concrètes de l'enquêté.
- **En termes de périmètre, s'attache en premier lieu à décrire ce qui s'est passé dans les deux dernières années.** Débuter par un repérage systématique et rapide de tous les types de professionnels consultés ces dernières années (cf. schéma *infra*) ; creuser ensuite les pratiques les plus centrales et importantes pour l'enquêté (en termes de besoins, de proximité au soignant, ou à l'inverse de difficultés), en le relançant également sur les pratiques/situations/types de professionnels différents des premiers cités (représenter la diversité des situations rencontrées).

1. Éléments biographiques et rapport au territoire de résidence

→ Demander à l'enquêté de se présenter sous la forme d'un résumé biographique, en insistant sur le parcours professionnel, la situation familiale et la trajectoire résidentielle.

→ Se munir dès le début de l'entretien d'une carte de la ville (ou de plusieurs cartes, avec des représentations spatiales à des échelles différentes), en expliquant à l'enquêté que cela permettra de mieux se représenter ses déplacements, les quartiers et les endroits où il a l'habitude de se rendre. Noter sur cette carte, au fil de l'entretien, tous les lieux « signifiants » de sa vie quotidienne : lieu de résidence, lieu de travail (de l'enquêté et du conjoint), école/domicile des enfants ou d'autres proches, etc.

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ? Votre âge, votre situation familiale, votre parcours professionnel dans les grandes lignes, votre lieu actuel de résidence et les autres endroits où vous avez habité.

Si l'on regarde cette carte de la ville, pouvez-vous m'indiquer les quartier(s)/ endroit(s) vous vous rendez le plus souvent au quotidien (lieu de travail, courses, loisirs, sport, visites d'amis, famille...) ?

Si l'on imagine par exemple une semaine et un week-end type, quels sont les lieux où vous avez l'habitude d'aller ?

Si besoin, relancer l'enquête sur les points suivants:

- Depuis quand résidez-vous dans cette ville ? À l'origine, comment avez-vous décidé de vous installer ici ? Avez-vous déménagé depuis que vous êtes installé dans la commune ? Pour quelles raisons ? Dans quels quartiers avez-vous vécu ?
- Travaillez-vous loin de chez vous ? Quels sont vos horaires de travail, généralement ? Avez-vous des contraintes professionnelles particulières ? Quelle est la profession de votre conjoint ?
- Au quotidien, comment vous déplacez-vous ? Avez-vous une (ou plusieurs) voitures ? Préférez-vous emprunter les transports en commun ? Autre ? Diriez-vous qu'il est facile de se déplacer, que votre domicile est bien desservi par les transports ?
- Votre entourage familial réside-t-il dans les environs ?

2. État de santé perçu

Débuter l'entretien par des questions assez ouvertes, pour entrer en douceur dans le sujet tout en recueillant un certain nombre d'éléments sur l'enquête et son rapport aux soins : quelle perception de son état de santé ? Quels besoins ressentis en matière de soins ? Quels « réflexes » et habitudes en termes de consultations de professionnels de santé ?

Comment décririez-vous votre santé aujourd'hui ? Voir ce qu'ils mettent derrière santé, de percevoir si aujourd'hui c'est un problème ou pas, en quoi.

De manière générale, vous sentez-vous plutôt en bonne santé ou pas ?

Et votre entourage ? Vous arrive-t-il d'aider certains de vos proches dans leurs démarches de santé ?

Diriez-vous que la santé est un sujet important pour vous ? Est-ce un sujet dont vous discutez régulièrement avec vos proches, par exemple ?

Diriez-vous que vous consultez souvent des professionnels de santé, de temps en temps, essentiellement quand vous en avez besoin, pas assez... ? Pensez-vous en consulter suffisamment, par rapport à vos besoins ?

Pour vous, quel est le rôle d'un médecin ? Qu'en attendez-vous ?

Actuellement, avez-vous une complémentaire santé ? Laquelle ? (Si a changé récemment/ ou si n'en a pas : creuser les raisons, couverture continue ou discontinue, etc.)

3. Fréquence de consultations, gestion des besoins et stratégies de recours

Généralement, à partir de quel moment décidez-vous d'aller consulter ? Qu'est-ce qui vous décide à aller chez le médecin ?

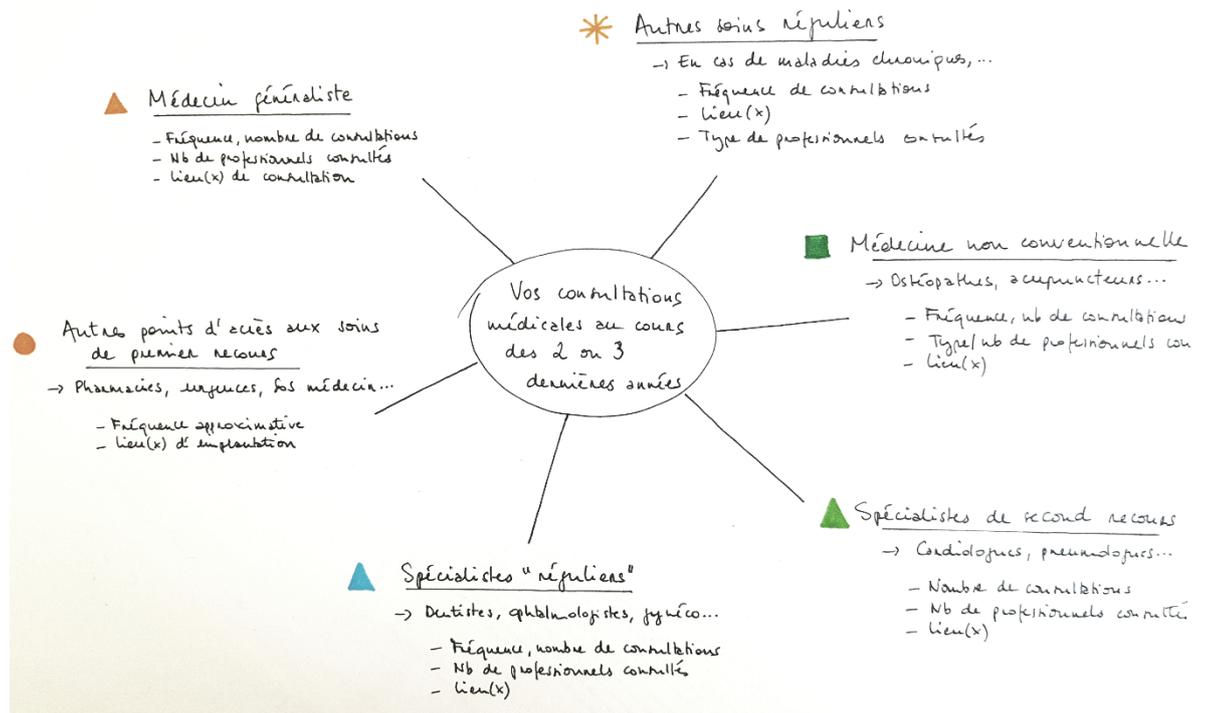
Si vous avez une question, une interrogation d'ordre médical, comment procédez-vous, vers qui vous tournez-vous ? Vous arrive-t-il de prendre conseil ailleurs (pharmacien, internet, proches, ...) ?

(Comprendre si l'enquête a tendance à différer les consultations, à mettre en place des « stratégies » alternatives : automédication, pharmacie ou conseils d'autres professionnels, ... et à quoi cela tient / quels éléments déclenchent le recours aux soins : représentations de l'urgence, de la gravité...).

Quels professionnels de santé avez-vous l'habitude d'aller consulter ? Si l'on prend par exemple les deux dernières années, qui avez-vous vu ?

À quelle fréquence environ consultez-vous ces professionnels ?

(Dessiner un schéma avec l'enquête pour dresser l'inventaire des professionnels consultés ces dernières années, la fréquence approximative des consultations, les lieux d'implantation des professionnels).



4. Logiques de choix des professionnels de santé

Choix du médecin généraliste

Depuis quand consultez-vous votre médecin généraliste ? S'agit-il de votre médecin traitant ?

À l'origine, comment avez-vous été amené à le voir pour la première fois ? Pourquoi lui en particulier ?

- Quels étaient pour vous les critères à réunir/ Qu'est-ce qui comptait le plus ? (distance, secteur de conventionnement, disponibilité, heures de consultation, conseils/réputation, ...).
- Avez-vous rencontré des difficultés pour le trouver ?
- Avez-vous hésité entre plusieurs professionnels ? Envisagé d'autres options ?
- En avez-vous discuté dans votre entourage ? Pris la décision seul ?

Depuis que vous habitez ici, êtes-vous toujours allé chez ce professionnel-là ? Si non, qu'est-ce qui vous a amené à en changer ? (retracer la succession de médecins généralistes consultés au cours de la vie, sans forcément tout détailler, mais pour comprendre les grandes logiques)

Avez-vous déjà songé à changer de professionnel, à voir quelqu'un d'autre ? Ou est-ce que ça vous est arrivé de le faire ponctuellement ?

Si oui :

- À quel moment était-ce ?
- Quelles en étaient les raisons ?
- Qu'est-ce qui, finalement, vous a dissuadé de changer de professionnel ?

Si ce professionnel partait à la retraite, comment vous y prendriez-vous pour en trouver un nouveau ?

Choix des autres professionnels de santé

Adopter la même logique de questionnement que précédemment pour les autres professionnels médicaux et les auxiliaires médicaux ; bien comprendre les différences ou les similitudes dans les « stratégies » adoptées par rapport à ce qui a été évoqué pour le généraliste : qu'est-ce qui « compte » le plus dans le choix de ces spécialistes, quels conseils/orientations on a suivis, effets de réputation....

5. Pratiques concrètes de consultation

Processus de consultation, pratiques spatiales, inscription dans l'emploi du temps quotidien. Voir si spontanément des obstacles/difficultés sont évoqués.

Décliner l'ensemble de ces questionnements pour chaque type de professionnel consulté, sans chercher à être exhaustif : on fera d'abord décrire tout ça pour le médecin généraliste, puis pour les autres professions médicales (dentiste, ophtalmologue, gynécologue, etc.), puis éventuellement pour les professionnels paramédicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, etc.) et pour la pharmacie.

Si l'enquête a recours à des soins de façon régulière (maladie chronique, etc.), bien comprendre l'organisation de ces soins dans le quotidien.

Comment vous y prenez-vous quand vous voulez consulter ? Très concrètement, pouvez-vous m'expliquer comment ça se passe/ quelle organisation cela suppose (avant, pendant et après la consultation) ?

Organisation temporelle

Comment faites-vous pour prendre rendez-vous ? (combien de temps à l'avance ; par quel moyen...)

Généralement, à quel moment de la semaine vous y rendez-vous ? À quel moment de la journée ? Pour quelles raisons ? (creuser l'organisation que cela suppose, dans quel type de déplacement cela s'inscrit, les éventuelles activités annexes, avant et après...)

Ces temps de consultation vous semblent-ils faciles à organiser ?

Est-ce que cela suppose de votre côté une organisation particulière ?

Combien de temps est-ce que cela vous prend, au total ? Décomposer : temps de trajet, temps d'attente, temps de la consultation, temps de retour...

Pouvez-vous me raconter par exemple votre dernière consultation chez le médecin généraliste ? Chez un spécialiste ?

Organisation spatiale

Pouvez-vous m'indiquer, sur cette carte, où sont implantés les différents médecins/professionnels que vous avez l'habitude de voir ? (dessiner avec l'enquête les différents lieux d'implantation + ceux des anciens professionnels de santé consultés, s'il y en a)

Comment vous y rendez-vous généralement ? (moyen de transport utilisé, avec qui : seul ou accompagné...)

Est-ce que se rendre chez lui vous semble pratique, facile ?

À votre connaissance, y a-t-il d'autres professionnels de santé de ce type plus proches de chez vous ? Avez-vous déjà envisagé de consulter ces professionnels qui se situent plus à proximité, ou pas ? Pour quelles raisons ?

Si l'on imagine que demain, il n'y a pas de médecin à proximité immédiate de chez vous, jusqu'où seriez-vous prêt à aller ? (utiliser la carte)

Rapport aux professionnels de santé

Comment décririez-vous la relation que vous avez avec ce médecin/professionnel de santé ? Relation de confiance, attentes (échanges au-delà des questions de santé ?), proximité (connaissance et suivi d'autres membres de la famille...)

Généralement, en sortant, êtes-vous satisfait de ces consultations ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Coût des consultations

Sur le plan financier, combien vous coûtent généralement ces consultations ? (médecin généraliste, dentiste, spécialistes, auxiliaires médicaux)

Trouvez-vous cela satisfaisant ?

6. Les difficultés d'accès aux soins

Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour aller consulter un professionnel de santé ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

- Le médecin généraliste ?
- Les autres professionnels de santé de premier recours comme les dentistes, ophtalmologues, pédiatres, gynécologues... ?
- D'autres professionnels comme un cardiologue, pneumologue, diabétologue, ...

Est-ce que ça vous est arrivé de ne pas aller consulter alors que vous l'aviez prévu? Ou de ne pas aller consulter alors que vous en auriez eu besoin ? avez-vous des exemples ?

Si oui :

- Pour quelles raisons avez-vous préféré reporter ou annuler ?
- Du coup, comment avez-vous procédé ?
- Finalement, avez-vous consulté pour ce même problème/besoin plus tard ?

De manière générale, dans votre ville, diriez-vous qu'il est facile de consulter lorsqu'on en a besoin ? (si sentiment de manques, bien comprendre qui cela concerne et à quoi cela tient : éloignement, questions de disponibilité, absence de choix car peu de professionnels, difficulté à articuler avec emploi du temps/charges familiales...)

Les dossiers de la DREES

N° 77 • avril 2021

Accès aux soins
et pratique de recours

Directeur de la publication
Fabrice Lengart

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.solidarites-sante.fr