



HAL
open science

Constructions et expériences subjectives des territoires ruraux “ isolés ” et “ déficitaires en soins de premier recours ” en Lorraine

Déborah Kessler-Bilthauer

► **To cite this version:**

Déborah Kessler-Bilthauer. Constructions et expériences subjectives des territoires ruraux “ isolés ” et “ déficitaires en soins de premier recours ” en Lorraine. CIST2016 - En quête de territoire(s) ?, Collège international des sciences du territoire (CIST), Mar 2016, Grenoble, France. pp.252-257. hal-01353646

HAL Id: hal-01353646

<https://hal.science/hal-01353646>

Submitted on 12 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Constructions et expériences subjectives des territoires ruraux « isolés » et « déficitaires en soins de premier recours » en Lorraine

AUTEURE

Déborah KESSLER-BILTHAUERMSH Lorraine (France)

RÉSUMÉ

Face aux phénomènes de désertification médicale en constante progression dans les territoires ruraux, les politiques, les institutions publiques et les collectivités territoriales se mobilisent en faveur d'une politique locale de santé. La construction et la désignation de zones isolées et de communes déficitaires en soins de premier recours permettent de souligner les disparités dans l'offre de soins et les inégalités d'accès aux soins. L'aménagement et le développement territorial d'une politique de santé de proximité passent par cet exercice de ciblage. Pourtant ces zonages ont tendance à accentuer la distance géographique, sociale et culturelle qui sépare les villes des campagnes. Les habitants ne partagent pas ces représentations de leur territoire. Conscients que leur bassin de vie est plutôt éloigné de l'attraction des grands pôles urbains, ils ne l'envisagent pas comme un espace enclavé. Cette perception de leur village découle de leurs expériences quotidiennes, de la connaissance subjective qu'ils ont de leur territoire, d'un réseau social dense qu'ils ont tissé et des différentes formes de sociabilité qu'ils entretiennent.

MOTS CLÉS

Territoires ruraux, santé, accès aux soins, déficit en soins de premier recours, isolement

ABSTRACT

To deal with the phenomena of medical desertification in constant progression in rural territories, politicians, public institutions and territorial authorities mobilise themselves in favour of a local health policy. The construction and the designation of zones that are isolated and communes in deficit in terms of first recourse care underline the disparities in the offer of care and the inequalities of access to care. The territorial development of a proximity health policy goes through this targeting exercise. However these zonings tend to accentuate the geographical, social and cultural distance which separates cities from rural areas. Inhabitants do not share these representations of their territory. Conscious that their living area is rather far away from the attraction of large urban poles, they do not consider it like an enclave. This perception of their village comes from their daily lives, the subjective knowledge which they have of their territory, a dense social network that they wove and the various forms of sociability that they maintain.

KEYWORDS

Rural areas, Health, Access to care, Deficit in first recourse care, Isolation

INTRODUCTION

Sujet de nombreux débats politiques et de travaux scientifiques en France, les liens entre les services publics de santé et les territoires se multiplient ces dernières années (Fleuret et Séchet, 2002 ; Vigneron, 2002). Pour contribuer à la réflexion sur les analyses

territoriales et en particulier sur les relations entre les territoires et la santé, cette communication se propose d'amorcer une discussion autour des zones dites déficitaires en soins de premier recours à partir des représentations partagées par les institutions, les acteurs de soins et les soignés. L'essentiel de la communication portera sur les modes d'appropriation des territoires et des services disponibles en matière de santé par ceux qui y vivent et y travaillent.

Les soins de premier recours correspondent aux soins accessibles, dans le respect de la sécurité et de la qualité, au sein des bassins de vie. Les bassins de vie ruraux, plutôt étendus et peu denses en population par rapport aux pôles urbains, proposent une offre en services, en soins et en emplois faiblement concentrée et peu diversifiée. L'accès à ces équipements de proximité peut être rendue difficile en milieu rural en raison de l'éloignement géographique, du temps de parcours, de la topographie des lieux, de problèmes de mobilité, de déplacements, de situations de précarité, etc. (Tonnelier, 2011).

Dans un premier temps, après avoir présenté la méthodologie de recherche, nous précisons les façons dont les territoires sont construits par les institutions publiques. Dans un deuxième temps, nous aborderons les représentations que les informateurs, soignants et soignés qui travaillent et/ou vivent dans ces zones, se font de leur territoire à partir de leurs pratiques et expériences quotidiennes.

1. CONSTRUCTION DES TERRITOIRES ISOLÉS ET DÉFICITAIRES EN SOINS DE PREMIER RECOURS

Protocole et méthodologie de recherche

La communication s'appuie sur des données qualitatives recueillies au cours de l'enquête Médicamp¹. À partir d'une approche sociologique et anthropologique, elle étudie les représentations des territoires, l'accès aux soins et les itinéraires thérapeutiques de ménages (Strauss, 1997) qui habitent dans des zones qui conjuguent ruralité et déficit en services de santé.

La recherche s'intéresse ainsi aux territoires qualifiés à la fois de déficitaires en soins de premier recours par l'agence régionale de la santé (ARS) de Lorraine et aux zones dites isolées du point de vue de l'Observatoire des territoires. Médicamp a tenu à croiser les données d'une construction politique du territoire en matière d'offre de soins et d'influence des villes sur le territoire français sans pour autant maintenir de césure entre l'urbain et le rural.

D'un point de vue méthodologique, l'enquête ethnographique d'une durée de deux ans a permis de réaliser des observations *in situ* et près de 60 entretiens semi-directifs, d'une part, auprès d'usagers de soins de catégories sociales et d'âge contrastés et, d'autre

¹ Soutenue par la Maison des sciences de l'homme Lorraine, le CNRS, l'Université de Lorraine et la région Lorraine, cette recherche est portée par une équipe de 4 chercheuses : Déborah Kessler-Bilthauer (MSH Lorraine-Université de Lorraine, Nancy), Joëlle Kivits (MSH Lorraine-École de santé publique/Université de Lorraine, Nancy), Virginie Vinel (MSH Lorraine-Laboratoire de sociologie et d'anthropologie (LASA)/Université de Franche-Comté, Besançon et Ingrid Voléry (MSH Lorraine-Laboratoire lorrain de sciences sociales (2L2S), Université de Lorraine, Nancy).

part, auprès de professionnels de santé et de thérapeutes non reconnus dans les départements de la Meuse, des Vosges et de la Moselle. Pour gagner en clarté et en précision, notre intervention sera axée sur l'analyse des données récoltées en Moselle (57).

Une approche territorialisée pour faire face aux inégalités d'offre et d'accès aux soins en milieu rural

Établissements publics administratifs qui regroupent en leur sein les services de santé de l'État et ceux de l'assurance maladie, les agences régionales de la santé disséminées sur l'ensemble du territoire français « détiennent le monopole des politiques de santé au niveau local » (Barthe et Lima, 2012). Préoccupée par la désertification médicale, l'ARS Lorraine s'est engagée à réduire les inégalités d'offre et d'accès aux soins en déterminant des zones déficitaires en soins de premier recours.

Le système de santé français se décline en trois niveaux de recours médical. Les soins de premier recours sont proposés par les médecins généralistes libéraux, les professionnels du paramédical et les acteurs de santé établis dans des centres de santé².

Les soins de premier recours sont donc les plus courants et les plus nombreux parce qu'ils répondent à des besoins en soins primaires. L'OMS les définit ainsi en 1978 comme les « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ». Les soins primaires se confondent ainsi avec les soins de premier recours, mais ces derniers ne se limitent pas à des traitements curatifs. Selon la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), les soins de premier recours incluent une prise en charge globale de la santé, dans un périmètre restreint et accessible tout en prenant en compte la spécificité du territoire en termes de contexte social, culturel, démographique, sanitaire et épidémiologique.

Modalités de mise en œuvre d'une politique de zonages en matière de santé de proximité et d'« isolement »

Les territoires de santé nés de la suppression de la carte sanitaire grâce à l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 pointent, dans les campagnes les plus isolées, des zones « fragiles » définies de façon opposable au niveau national en ce qui concerne l'accès aux soins primaires.

En Moselle-Est, les territoires autour des anciennes villes de garnison de Morhange et de Dieuze, séparés de quelques kilomètres, ont été identifiés par l'ARS Lorraine comme des ensembles de communes déficitaires en soins de premier recours. Pour établir ce diagnostic, l'ARS a pris en compte un ensemble d'indicateurs tels que la densité de population, la répartition démographique, les données épidémiologiques, sociologiques, les besoins en soins actuels et à venir, la structuration de l'offre de soins en relevant le nombre de médecins généralistes et plus globalement d'acteurs de santé, et s'intéressant aussi à leur âge.

2 Les soins de deuxième recours sont dispensés par les médecins spécialistes libéraux et par les hospitaliers. Enfin, les soins de troisième recours se retrouvent dans les CHU et les établissements « très » spécialisés.

Cette classification « déficitaire en soins de premier recours » se veut pertinente dans le sens où elle invite à réfléchir à l'organisation territoriale du système de santé et à la régulation de l'offre de santé, et cherche à améliorer l'aménagement du territoire.

La recherche Médicamp trouve ainsi son point d'ancrage dans la définition de ces zones qui initie un vaste programme territorial de santé. Cependant, ce repérage, qui met en lumière les difficultés d'accès aux soins dans certains territoires éloignés des villes, ne permet pas de mesurer l'isolement des campagnes.

L'Observatoire des territoires met l'accent, à un échelon géographique fin, sur les dynamiques, les ressources et les disparités territoriales en exploitant différentes analyses, des indicateurs et des déterminants. La typologie ZAU (zonage en aires urbaines) 2010 dresse un état des lieux de l'influence des aires urbaines en distinguant plusieurs niveaux, des grands pôles aux communes isolées. Dans les territoires de Morhange et Dieuze, ce sont ces dernières que nous avons retenues pour apporter un double éclairage sur les communes qui sont dès lors considérées à la fois comme déficitaires en soins de premier recours et isolées.

2. À PROPOS DU DÉFICIT EN SOINS DE PREMIER RECOURS ET DE L'ISOLEMENT : REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SOINS DANS DEUX TERRITOIRES EN MOSELLE

Perceptions et réceptions du zonage en communes « déficitaires en soins de premier recours »

Globalement, les résidents de zones rurales dites « isolées » en Lorraine ne considèrent pas que leur bassin de vie soit un territoire « déficitaire en soins de premier recours ». Les ménages rencontrés ont une bonne connaissance de l'offre de soins de proximité qui se déploie autour de leur village. L'appropriation de l'offre de santé passe par la construction d'un réseau de professionnels de santé qu'ils ont expérimenté et en qui ils ont confiance. L'expérience des voisins, des amis, de la famille, des collègues et des personnes rencontrées sur le territoire permet d'appréhender l'offre de santé et de juger de la qualité des soins proposés.

Les enquêtés, qu'ils soient professionnels de santé ou ménages, critiquent cet étiquetage qui selon eux les stigmatisent et les dévalorisent par rapport aux grandes aires urbaines plus attractives. Cette désignation a tendance à opposer une médecine des villes à une médecine des champs. Les informateurs associent d'ailleurs peu cette assignation à la notion de « désert médical » qui renvoie à une absence de médecins généralistes. Le nombre de médecins généralistes dans leur canton, dans un périmètre de 15 à 20 kilomètres de leur domicile, est pourtant selon eux suffisant. Cependant, ils considèrent que leur médecin traitant a une patientèle importante ce qui peut entraîner des temps d'attente longs. Les délais pour obtenir un rendez-vous tendent à s'allonger encore du côté de certains spécialistes, certains professionnels du secteur paramédical et quelques thérapeutes non conventionnels. Bien que les informateurs soient satisfaits de la qualité du tissu médical actuel, ils expriment des inquiétudes quant à l'offre de soins et au renouvellement des acteurs de soins de proximité. Ils constatent effectivement le vieillissement des professionnels de santé et l'absence de succession. La situation est en effet préoccupante puisque l'Observatoire des territoires indique qu'en

2012, dans le bassin de vie de Morhange, 62,5 % des médecins généralistes en activité régulière ont plus de 55 ans tandis que dans le territoire de Dieuze, 71,4 % d'entre eux ont atteint cet âge³.

Le regard porté par les ménages rencontrés et les acteurs de santé sur leur territoire en matière de santé se révèle ainsi plein de nuances mais qu'en est-il de leurs représentations de leur isolement par rapport aux villes ?

« Isolé ? Vous avez dit communes isolées ? »

Le caractère « isolé » de leur zone d'habitat ne les convainc pas davantage. L'isolement, qualificatif politique, ne correspond pas à leur réalité même si les enquêtés soulèvent d'une manière générale le manque ou l'absence de services dans leur village concernant les transports en commun, les établissements scolaires, les petits commerces de type boulangerie, épicerie, café. Ils disent être habitués à l'éloignement de certains équipements : « J'ai 73 ans et ça fait 73 ans que je vis ici. (Rires) Alors, vous comprenez bien que je ne me sens pas isolée ! (Rires) Je sais qu'à tant et tant de kilomètres, il y a tel médecin... et ça prend tant de temps. Pour moi, c'est tout à fait normal ! » (femme, 73 ans). Ceux qui habitent ces territoires depuis seulement quelques années se souviennent de leurs premières impressions : « Je me suis dit : j'arrive dans un trou perdu » (femme, 34 ans, Moselle). Ces informateurs disent s'être peu à peu adaptés à cet environnement rural qu'ils apprécient pour son calme, sa tranquillité, sa nature, au point que leurs sentiments initiaux se sont atténués, voire ont disparu.

Quel que soit le milieu social d'appartenance et les catégories d'âge, le sentiment d'isolement tend à s'effacer avec la familiarisation aux lieux puisqu'en parcourant régulièrement les routes et les chemins à pied ou en véhicule, les habitants domestiquent et modèlent leur bassin de vie. Le véhicule personnel est le moyen de transport principal tant pour l'approvisionnement que pour l'accès aux services de santé et de soins ; il est considéré comme l'instrument d'indépendance et d'autonomie par excellence. « De nos jours, je trouve que ça va parce qu'on est quand même amené à prendre facilement la voiture donc... Ça va, on survit » (femme, 40 ans).

Ceux qui connaissent des problèmes de mobilité peuvent tout de même compter sur leur entourage proche. Au sein des campagnes les plus isolées, les solidarités se multiplient envers les personnes âgées et celles qui n'ont pas le permis de conduire ou pas, ou plus, de véhicule. Le village est souvent habité par des personnes proches de la parenté ou du voisinage, connues et fréquentées depuis de longues années. Pour les « nouveaux arrivants », c'est évidemment le développement du tissu social qui permettra de réduire la sensation d'être isolé et « loin de tout ».

CONCLUSION

Les territoires ruraux isolés et déficitaires en soins de premier recours ont émergé d'une politique de santé locale, régionale, nationale et européenne. Nous avons pu souligner les enjeux de la création de ces instruments politiques qui s'inscrivent dans de vastes programmes d'actions, d'aides et de soutien pour les territoires de proximité.

3 Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2012 (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie-SNIIRAM, Caisse nationale de l'Assurance maladie-CNAM, INSEE-Recensement de la population 2011).

L'aménagement et la structuration de ces espaces ruraux s'organisent autour d'attentes, de besoins et de projets.

Bien que les habitants ne se reconnaissent pas dans ces appellations, elles présentent une utilité dans la mesure où elles permettent de mobiliser et rassembler les actions publiques dont ils peuvent tirer les bénéfices. Construit à partir des services, des équipements, des infrastructures et de l'emploi disponibles aux environs, leur territoire n'est pas enclavé, clos sur lui-même. Dynamique, socialisateur et ouvert vers l'extérieur et les pôles urbains plus importants grâce aux réseaux routiers surtout, leur village ne leur apparaît pas figé. Leurs pratiques notamment de soins, leurs habitudes et leurs comportements quotidiens les amènent, d'une part, à façonner de manière individuelle leur territoire et, d'autre part, à développer collectivement le sentiment d'appartenir à un bassin de vie.

Ces représentations du territoire contrastent avec le regard porté par les politiques publiques qui, volontairement ou non, initient une rupture et un rapport de domination entre les villes et les campagnes, entre la médecine urbaine et la médecine rurale et donnent alors le sentiment à leurs habitants d'être dévalorisés car les territoires sont porteurs d'identité.

RÉFÉRENCES

- Barthe L., Lima S., 2012, « L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites », *Sciences de la société*, n° 86, pp. 50-69.
- Fleuret S., Séchet R., 2002, *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, PUR.
- Strauss A., 1997, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- Tonnellier F., 2011, « Limites ou frontières des territoires de santé : Liberté, Égalité, Proximité ? », *Pouvoirs locaux, santé, environnement et territoire*, n° 90, pp. 91-94.
- Vigneron E., 2002, *Santé et territoires, une nouvelle donne*, La Tour d'Aigues-Paris, éd. de l'Aube-DATAR.

L'AUTEURE

Déborah Kessler-Bilthauer
MSH Lorraine
CNRS/Université de Lorraine
deborah.kesslerbilthauer@gmail.com