

# Pratiques sociales de santé et identité territoriale des personnes âgées dans le Cantal

## AUTEUR

Charlotte de FONTGALLAND, LEST (France)

## RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population est dans le Cantal un marqueur privilégié de l'inscription de la santé sur le territoire. Il nécessite la prise en charge de pathologies de longue durée (suivi régulier dans le cadre de visites ou de consultations qui demandent le déplacement du médecin ou du patient) et de pathologies aiguës (soins d'urgence) qui implique d'être mobile rapidement et sur de grands territoires. Nous nous sommes intéressés aux interactions entre vieillissement accentué de la population, son état de santé et sa mobilité. Nous avons cherché à comprendre comment la dimension spatiale, qui semble dans le Cantal prédominer aux dimensions sanitaires et sociales, s'exprime dans les principaux enjeux sanitaires du Cantal : la mobilité, sur un territoire de vie donné, est-elle la clé d'un réseau social et d'une prise en charge sanitaire efficace ? Ce travail permet de comprendre des constructions sanitaires et territoriales complexes, en montrant que les inégalités de santé ne se greffent pas sur un territoire, mais que c'est la mobilité qui crée la santé dans le Cantal.

## MOTS CLÉS

Vieillesse, mobilité, capital social, territoires de vie

## ABSTRACT

The ageing of the population is in Cantal a privileged indicator of the way health can impact space. It requires the long-term nursing (regular monitoring through visits or consultations that require moving the doctor or the patient) and the treatment of emergency issues, implying great mobility over large areas. We studied the interactions between an increasing ageing of the population, its health and its mobility. We sought to understand how the spatial dimension, which appears in Cantal to dominate the health and social dimensions, is expressed in the major health challenges of Cantal: is mobility, on a given life territory, the key to social networking and effective health-caring? This work allows us to better understand complex social and territorial constructions, showing that health inequalities do not come along a territory, but that in Cantal it is mobility that mould health.

## KEYWORDS

Ageing, mobility, social capital, life territories

## INTRODUCTION

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur la « géographie de la dépendance » dans le Cantal, et plus particulièrement au cœur d'une analyse de la prise en charge sanitaire et territoriale des personnes âgées. En nous intéressant aux notions de capital social, capital sanitaire et capital géographique, nous avons observé que le socle culturel et social des Cantaliens était le ferment de leur rapport à la santé.

En combinant les enquêtes qualitatives et l'exploitation des données de l'assurance maladie et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), nous

avons étudié la mobilité des personnes âgées, confronté la pauvreté économique et la richesse du lien social ; nous avons constaté que le recours aux soins des personnes âgées ne dépendait pas de la quantité ni de la proximité de l'offre de soins, mais de leur capacité à mobiliser des réseaux sociaux leur permettant d'accéder à cette offre.

### **1. CAPITAL SOCIAL, CAPITAL GÉOGRAPHIQUE ET CAPITAL SANITAIRE : PROXIMITÉ SOCIALE, DISTANCE SPATIALE, ÉTATS DE SANTÉ**

Dans le Cantal, trois concepts semblent interagir pour expliquer le recours aux soins de la population âgée : le capital social, géographique et sanitaire.

Le capital social (Bourdieu, 1980) désigne le principe d'effets sociaux où l'on reconnaît l'action des « relations ». C'est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un *réseau durable de relations* qui peut être activé pour mettre en place des actions en l'absence (ou en complément) de leur capital économique.

La notion de capital géographique, que nous avons extrapolée à partir des travaux de D. Argoult sur le voisinage, regroupe à nos yeux à la fois l'étendue spatiale sur laquelle s'exerce ce réseau – aussi bien l'ensemble des emplacements des acteurs appartenant au réseau social d'un individu que l'ensemble des lieux sur lesquels ils peuvent exercer une influence ou auxquels ils peuvent permettre l'accès – et les pratiques individuelles qu'un individu a sur son territoire de vie – les lieux qu'il investit et le périmètre sur lequel il organise ses activités économiques et sociales sur lequel il peut facilement se déplacer.

Nous définissons la notion de capital sanitaire comme les données sanitaires d'un individu – état de santé, histoire médicale, habitudes alimentaires, comportement physique, etc. – auxquelles s'ajoutent les ressources médicales qu'il peut facilement mobiliser : disponibilité du médecin traitant, facilité d'accès à un établissement de soins, etc.

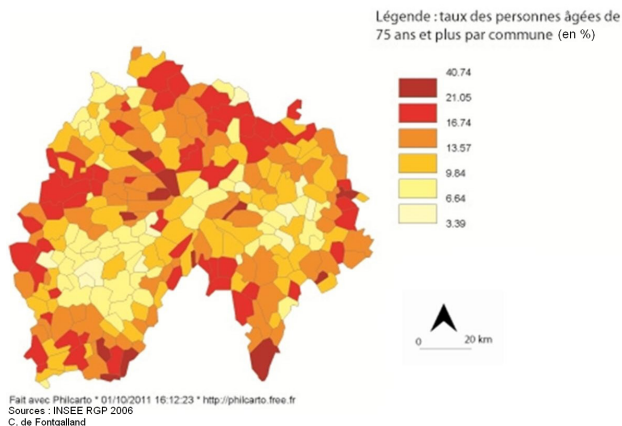
Ces trois capitaux sont liés par une identité territoriale très forte, un ancrage local des populations, au sein de leur vallée, de leur « *oustal* », qui débordent largement le champ sanitaire. La vie sociale, économique, familiale s'organise dans des cercles fermés qui puisent leur existence dans des constructions territoriales très anciennes. Les rivalités entre villages, les alliances de clans, ont marqué durablement les pratiques sociales et spatiales des Cantaliens, et viennent encore aujourd'hui influencer les pratiques de santé.

Nous avons essayé de comprendre comment ces trois capitaux s'articulent dans le Cantal ; la possession d'un bon capital social et géographique peut-elle compenser un mauvais capital sanitaire – c'est-à-dire que si je suis en mauvaise santé et que je ne connais pas de médecin, mes relations et ma mobilité peuvent-ils me permettre de mieux me soigner ? Un bon capital sanitaire n'est-il d'aucune utilité sans capital social ou géographique – étant en bonne santé, aurai-je moins de chance de me soigner si je ne peux pas me déplacer seul et qu'aucune de mes relations n'est disposée à m'emmener chez le médecin ?

Le Cantal cumule les difficultés économiques d'un monde rural de moyenne montagne et les difficultés sociales d'un département vieillissant : la part des individus âgés de plus de 65 ans représente 24 % de la population quand celle des moins de 20 ans en représente 19,5 % (respectivement 17 % et 25 % au plan national). En 2030, l'INSEE estime que la part des individus âgés de moins de 25 ans continuera de baisser – ils seront deux fois

moins nombreux qu'aujourd'hui – alors que la part des individus âgés de plus de 60 ans représentera 47 % de la population du département. Cette évolution s'accompagne d'une répartition des personnes âgées de 75 ans et plus majoritairement dans les zones rurales (carte 1), ce qui diminue encore leur mobilité.

Carte 1. Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans le Cantal en 2006



Les lieux de vie de la personne âgée sont différents de ceux de la population. Leurs déplacements ne sont pas les mêmes, leurs besoins non plus. Du fait de leur faible mobilité, la géographie sanitaire des personnes âgées n'est pas la même que pour l'ensemble de la population. Les facteurs physiques (distance, temps) et psychiques (attachement à des lieux, perte de mémoire) pèsent beaucoup plus lourd que la santé : les personnes âgées préfèrent parfois vivre moins longtemps, chez elles et à leur rythme, plutôt qu'être hospitalisées.

À la suite de la canicule de l'été 2003, le débat sur la nécessité d'assurer une veille sanitaire a également conduit à s'intéresser à la problématique de l'isolement des personnes, surtout les plus âgées. Afin d'accéder aux services de santé, les personnes isolées géographiquement, ou ayant une mobilité réduite, font appel aux relations composant leur capital social pour se rendre à leur rendez-vous.

Le capital social est principalement basé sur le voisinage. Argoult définit le voisin comme l'individu au cœur des relations de proximité (2004) : « les habitants du même immeuble ou des habitations mitoyennes, que l'on rencontre fréquemment, que l'on voit régulièrement de sa fenêtre, les habitués des mêmes commerces (...) » L'auteur caractérise la proximité comme une « zone géographique restreinte », définie par le temps de déplacement d'une personne dans son territoire de vie, ainsi que par qualité des relations entretenues avec ses voisins. La recherche de D. Argoult s'appuie donc sur une double définition de la proximité « géographique et/ou relationnelle » que nous avons voulu reprendre.

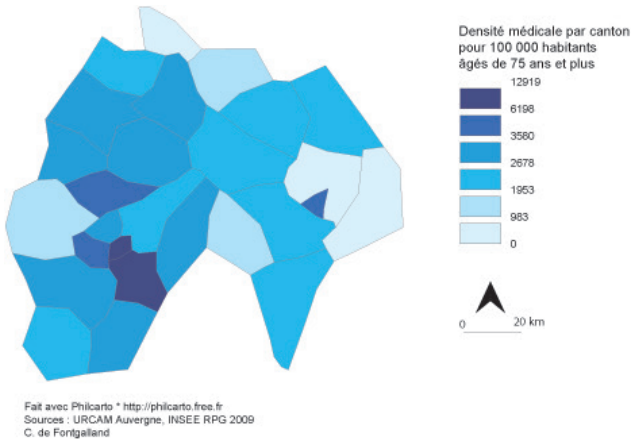
Argoult souligne que les relations sociales sont spatialisées, ancrées sur un territoire lié au lieu de résidence, de travail, de rendez-vous réguliers. « Avec l'avancée en âge,

(...) les relations sociales ont tendance à s'ancrer dans la proximité et les personnes âgées peuvent avoir recours à de véritables stratégies pour tenter d'élargir le territoire sur lequel se nouent les relations sociales. (...) Cependant, voisinage et proximité ne sont pas toujours liés. (...) Diverses variables telles que le territoire résidentiel, le milieu social, le sexe... influent sur la capacité des personnes âgées à garder une emprise sur les réseaux faisant entourage ».

La question de l'accès aux soins est plus pertinente encore dans les zones isolées, non desservies par des transports en commun, où la solidarité ne peut pallier le manque de moyens et de mobilité, encore plus dans le cas de pathologies chroniques nécessitant un suivi médical régulier.

« Un état de santé en un lieu donné et à un moment donné est le produit d'un complexe multifactoriel. Le soin en est une composante ; il participe à la construction des contextes environnementaux qui placent les individus dans des conditions plus ou moins favorables à une bonne santé » (Amat-Roze, 2011). La densité médicale dans le Cantal est problématique car la distance du médecin le plus proche augmente avec le niveau de ruralité (carte 2) et les déserts médicaux sont omniprésents dans les zones rurales – alors que ce sont justement dans ces zones que les populations âgées et dépendantes sont les plus nombreuses.

Carte 2. Densité médicale libérale pour 100 000 habitants âgés de 75 ans et plus par canton dans le Cantal en 2008



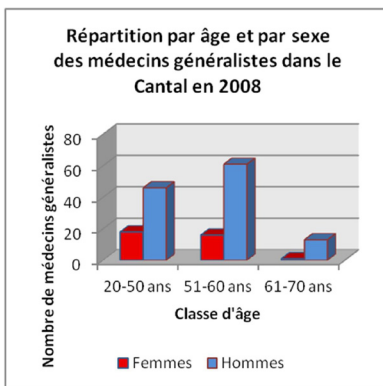
Les relations sociales au cœur d'un village ou en ville n'ont pas le même poids ni la même importance. Dans les petites communautés, le poids de la collectivité omnisicente peut devenir un atout en cas de maladie. Elle peut également stigmatiser les exclus et les pousser à quitter le territoire où vit ce groupe (le village par exemple). La richesse du lien social peut-elle être un moyen de pallier la pauvreté économique et la difficulté d'accès aux soins ? La proximité sociale peut-elle pallier la distance spatiale ?

## 2. IDENTITÉ TERRITORIALE ET RECOURS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES

Les raisons qui interviennent dans le non accès aux soins des personnes âgées en milieu rural sont la distance aux services d'urgence et au premier hôpital, le temps de transport, la disponibilité du médecin de famille, des spécialistes, des tests de diagnostic et des ambulances, les conditions météorologiques, le coût du transport et sa disponibilité, la perception des distances géographiques, le désir de se faire soigner (Caldwell et Arthur, 2009). La question de l'accès aux soins ne se réduit donc pas à la démographie et à la répartition médicale.

L'étude de la mobilité des personnes âgées est indispensable pour comprendre l'inscription de leur prise en charge sur le territoire, mais la mobilité des soignants est également à prendre en compte. Face à une offre inégalement répartie, la notion de recours aux soins nous permet d'interroger les territoires réels ou les territoires de santé vécus : les facteurs expliquant les choix de recours à tel ou tel médecin s'expriment géographiquement par des pratiques de l'espace qui délimitent des territoires de vie. Des médecins généralistes m'ont fait part de cette organisation spatiale du recours aux soins qui oblige parfois les patients à allonger leur parcours pour consulter le médecin de « leur vallée », si le médecin le plus proche n'appartient pas à leur territoire de vie. De même, pour ses visites, un médecin ne sera pas le bienvenu dans la vallée voisine et ne pourra parfois pas prendre de nouveaux patients hors d'un espace précis, défini non pas par des limites administratives mais par des constructions sociales anciennes ancrées dans l'espace et le temps. Les réactions identitaires fortes mobilisent le territoire comme argument de soins, davantage encore que la mobilité.

Figure 1. Répartition par âge et par sexe des médecins généralistes dans le Cantal en 2008



Les professionnels de santé sont conscients de ne pas pouvoir rencontrer une partie de la population à cause de leur éloignement géographique. Gilles Giraudet, cadre de santé à Mauriac, souligne qu'avec « 22 habitants au km<sup>2</sup> [dans l'arrondissement de Mauriac] il est possible de parler d'isolement géographique ». L'évolution de la démographie médicale est un autre facteur d'éloignement : en effet, la moyenne d'âge des médecins du Cantal est aujourd'hui supérieure à 51 ans et la classe d'âge des 51-60 ans représente près de 50 % des effectifs actuels (figure 1) ; l'Union régionale des professionnels de la santé (URPS) estime que d'ici 5 ans, 25 % d'entre eux auront pris leur retraite.

Cette situation n'est pas spécifique au Cantal, mais à toutes les zones rurales isolées. Mme C. Langlade, députée de Dordogne observe que « dans le Nord de la Dordogne, les habitants se trouvent à plus de 20 minutes d'un service d'urgence. Les médecins de garde assurent le relais en attendant les urgences. Vous demandez à ces médecins de ne plus se déplacer et de recevoir dans un cabinet de garde. En nuit profonde, pouvons-nous imaginer sérieusement que des personnes âgées difficilement mobiles, vivant dans des villages isolés, pourront faire le trajet ? ».

Une infirmière travaillant dans le Nord du département renchérit en disant que « les gens refusent parfois de se faire hospitaliser car l'hôpital est trop loin pour qu'ils puissent revenir ensuite chez eux ». Malgré les difficultés liées à l'âge et/ou au handicap, la majorité des personnes souhaitent demeurer à leur domicile qui représente à la fois un lieu d'identité et de souvenir, un lieu d'intimité synonyme de tranquillité et d'indépendance. Dans les questionnaires distribués aux médecins généralistes du Cantal, à la question « percevez-vous un changement d'exercice de la médecine liée au vieillissement de la population ? », nombre d'entre eux ont souligné les conséquences de l'isolement en matière de santé.

Jacques Pezezu-Massabuau a étudié cet isolement rural – d'autant plus violent qu'il s'exprime parfois au sein d'un groupe (2007). Les communautés fondent leur cohésion sur le respect de certaines règles dont celle de rendre une obligation. « La négliger était jugé nuire à la loi de la collectivité, et l'oublioux pouvait être frappé d'exclusion temporaire ou définitive. (...) la solitude imposée constituait la punition la plus grave : elle privait le coupable de cette assistance qui l'accompagnait normalement de sa naissance à sa mort ».

Thierry Gevaudan apporte une précision à ce constat en spécifiant que l'exclusion et l'absence de mobilité ne sont pas seulement engendrées par des problèmes financiers et peuvent naître du développement des situations d'isolement qui concernent tout particulièrement la population âgée, tant en zone rurale qu'en zone urbaine (Gevaudan *et al.*, 1995).

Les analyses quantitatives menées dans ce département grâce à des données locales ont mis à jour une forte dichotomie entre monde rural et monde urbain. Les habitants de zone rurale sont en moins bonne santé, ont une moins bonne situation financière, et une accessibilité plus difficile aux soins en raison à la fois d'une plus faible densité médicale et d'un réseau de communication inégalement développé. De nombreuses études ont corroboré ces conclusions, montré que les zones rurales ont plus de difficultés pour avoir accès aux soins de première nécessité, et que ces difficultés peuvent augmenter avec le niveau de ruralité et la baisse de mobilité qui l'accompagne (Laditka et Probst, 2009). Même si les fonctionnements sociaux et les cadres spatiaux des grandes plaines américaines ou des campagnes anglaises ne sont pas comparables à ceux du Cantal et comportent aussi des spécificités, ces études font ressortir que les questions de distance et de mobilité restent les principales clés du recours aux soins dans les espaces ruraux.

Si le Cantal et les Cantaliens conservent une identité forte et un attachement profond à leur département, une organisation purement cantalienne des soins ne semble cependant plus adaptée aux évolutions de la population, et le morcellement de l'espace

sanitaire est aujourd'hui en voie d'être réglémenté *via* les réseaux et accords avec les structures situées hors du Cantal. La permanence des soins s'effectue en lien avec le Midi-Pyrénées, le territoire hospitalier se morcelle entre l'Est du département qui s'oriente vers Clermont-Ferrand et l'Ouest du département vers Toulouse ou Limoges. Le Cantal voit se mettre en place une extra-territorialisation de la médecine, avec un paradoxe qui pourtant a fait ses preuves : pour permettre une plus grande proximité des soins, les professionnels de santé s'organisent au-delà de leurs frontières.

## CONCLUSION

Les relations entre santé, vieillissement et mobilité dessinent différents espaces et font intervenir différents acteurs. D'une part, « *lo país, lo vilatge e l'oustal* » (le pays [le Cantal], le village et la maison), trois espaces, parfois concurrentiels, parfois complémentaires, sur lesquels s'inscrivent les itinéraires de vie. Le choix d'écrire son parcours sanitaires à une échelle ou à une autre traduit un rapport particulier à la santé. D'autre part, « *lo sanaire, la malautiá e lo malaut* » (le médecin, la maladie et le malade), trois acteurs du champ sanitaire ; la nature des relations nouées entre ces acteurs – construites, fortuites, hasardeuses ou niées – traduisent des constructions sociales et territoriales lisibles à l'échelle du pays, du village ou derrière la porte de la maison.

Les personnes âgées et les personnes handicapées représentent des publics prioritaires pour les politiques sanitaires. Au-delà des difficultés d'accès aux soins liés à l'éloignement géographique, à la densité médicale, aux difficultés de déplacement dans le département, nous avons identifié des ressorts sociaux et culturels particuliers qui permettent de mieux comprendre les modalités du recours aux soins et des territoires de soins dans le Cantal.

## RÉFÉRENCES

- Amat-Roze J.-M., 2011, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 143, Paris, La Découverte, pp. 13-32.
- Argoult D. *et al.*, 2004, *Prévenir l'isolement des personnes âgées ; voisiner au grand âge*, Liège, Dunod.
- Bourdieu P., 1980, « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 31, janvier, pp. 2-3.
- Caldwell P., Arthur H., 2009, "The influence of a 'Culture of Referral' on Access to Care in Rural Settings after Myocardial Infarction", *Health and Place*, 15, Amsterdam, Elsevier, pp. 180-185.
- Gevaudan T., Sanchez J.-L., Martinet B., 1995, *Vieillesse et cohésion sociale : mieux observer pour mieux décider*, Paris, Odas.
- Laditka J., Laditka S., Probst J., 2009, "Health Care access in Rural Areas: Evidence that Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in the US may increase with the Level of Rurality", *Health and Place*, 15, Amsterdam, Elsevier, pp. 761-770.
- Pezezeu-Massabuau J., 2007, *Les demeures de la solitude. Formes et lieux de notre isolement*, Le Mesnil sur l'Estrée, L'Harmattan.

## L'AUTEUR

Charlotte de Fontgalland  
LEST  
UPOND  
chadefontgalland@free.fr