

PROJET TERRITORIAL

Le renoncement aux soins.

Vadim, Catherine, Sirine

Intitulé du sujet : Le renoncement aux soins à L'Île-Saint-Denis : révélateur d'inégalités sociales, territoriales et symboliques dans un territoire urbain relégué.

Les enjeux posés par le sujet :

En France, l'accès aux soins est reconnu comme un droit fondamental inscrit dans la Constitution et garanti par la Sécurité sociale depuis 1945. Pourtant, ce principe d'égalité théorique ne suffit plus à masquer les fractures grandissantes dans l'accès réel aux soins. Selon les dernières données de la DREES (2023), environ un Français sur quatre déclare avoir renoncé ou différé des soins pour des raisons financières, géographiques, organisationnelles ou symboliques. Ce phénomène concerne de multiples types de soins, soins dentaires, optiques, psychologiques ou de médecine générale, et s'amplifie dans les contextes de précarité sociale, d'isolement territorial ou de complexité administrative.

Ce constat met en lumière une réalité préoccupante : le système de santé français, pourtant l'un des plus développés au monde, ne garantit plus à chacun un accès égal et effectif à la santé. Des inégalités multiples s'entrecroisent, et les catégories les plus fragiles de la population, personnes sans complémentaire santé, non francophones, précaires, isolées, sont souvent les premières à se heurter à des obstacles invisibles mais très concrets : délais d'attente, coût des soins, éloignement des professionnels, incompréhension du système, ou même défiance vis-à-vis des institutions médicales.

Dans ce contexte général, notre travail se concentre sur un cas particulier, celui de L'Île-Saint-Denis, une commune de Seine-Saint-Denis située au cœur du Grand Paris. Ce territoire cumule des caractéristiques qui en font un terrain d'étude exemplaire pour comprendre les logiques contemporaines du renoncement aux soins. En apparence, L'Île-Saint-Denis est bien connectée : elle est proche de Paris, desservie par le tramway, bordée par des communes où se trouvent de nombreux hôpitaux et cabinets médicaux. Mais cette proximité géographique ne se traduit pas par une accessibilité réelle.

Nos observations de terrain, croisées avec une enquête par questionnaire auprès de 100 habitants, montrent au contraire que L'Île-Saint-Denis fonctionne comme une zone grise de la santé : ni officiellement désert médical, ni réellement desservie. La commune n'est pas reconnue comme sous-dotée par les indicateurs de l'ARS, ce qui empêche les aides à l'installation de nouveaux professionnels. Pourtant, la réalité vécue est celle d'un accès difficile, voire impossible, à certains soins essentiels.

Ces difficultés s'expliquent par un enchevêtrement de facteurs sociaux et structurels propres au territoire. Cette commune cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité : précarité économique (plus de 30 % des habitants sous le seuil de pauvreté), sous-densité médicale (très peu de médecins installés, absence de centre de santé), difficultés de mobilité, barrières linguistiques, et faible connaissance des droits en matière de santé. Mais ce qui ressort aussi de notre enquête, c'est que le renoncement ne touche pas seulement les populations les plus précaires : même les personnes ayant un emploi, un logement ou une mutuelle rencontrent des obstacles concrets. Cela peut être des délais d'attente trop longs,

des horaires incompatibles avec leur travail, ou un manque de disponibilité mentale face à la lourdeur des démarches administratives.

Autrement dit, le renoncement aux soins dans cette commune ne s'explique pas par un seul facteur, mais par un ensemble d'éléments qui se renforcent mutuellement, et qui finissent par décourager, retarder, ou empêcher la prise en charge. Ce phénomène ne se voit pas forcément dans les statistiques nationales, car L'Île-Saint-Denis n'est pas officiellement classée comme zone de désert médical. Pourtant, notre travail montre qu'elle en présente tous les symptômes.

Notre enquête de terrain visait donc à comprendre les logiques concrètes de ce renoncement, à travers les récits, les parcours, les arbitrages des habitants. Elle nous a permis d'identifier plusieurs types d'obstacles : financiers, géographiques, temporels, symboliques, qui dessinent les contours d'un accès aux soins profondément inégal. Ce travail nous a conduits à formuler la question de recherche suivante, et à construire des hypothèses qui articulent ces différentes dimensions.

Revue de la littérature scientifique :

Face aux constats évoqués précédemment, il nous a paru indispensable de confronter notre questionnement aux résultats déjà établis par la littérature scientifique. Car si L'Île-Saint-Denis est un territoire spécifique, les dynamiques qu'on y observe s'inscrivent dans des mécanismes plus larges, bien identifiés dans les enquêtes nationales et les travaux académiques. Plusieurs institutions et chercheurs ont apporté une compréhension fine des formes de renoncement aux soins, en insistant tour à tour sur les dimensions économiques, territoriales, organisationnelles et symboliques. Cette revue a nourri notre problématique, en nous permettant de repérer les grandes logiques d'exclusion sanitaire qui structurent notre terrain.

La DREES : un état des lieux des inégalités d'accès

Les rapports de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) constituent une base incontournable pour appréhender l'ampleur du renoncement aux soins en France. Dans son rapport de 2022, l'institution souligne qu'environ 25 % des Français ont déjà renoncé à au moins un soin pour des raisons économiques, et que ce chiffre monte à plus de 40 % chez les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire. Ces renoncements concernent en priorité les soins dentaires, optiques et auditifs, les plus coûteux et les moins bien remboursés.

Mais les données de la DREES vont plus loin que le simple facteur économique : elles mettent en lumière la complexité du phénomène, en montrant que les démarches administratives, la difficulté à comprendre ses droits, les délais de rendez-vous trop longs, ou encore la distance au professionnel de santé, sont autant d'éléments qui pèsent sur les décisions de soin. Ces facteurs combinés forment ce que la DREES appelle des "obstacles cumulatifs", une notion particulièrement pertinente dans notre étude.

L'IRDES : une lecture systémique du renoncement

L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) a produit de nombreuses études qui complètent le travail de la DREES en apportant un regard plus qualitatif et structurel. Dans ses analyses, le renoncement aux soins est présenté comme le produit d'un enchevêtrement de vulnérabilités : précarité économique, faible capital scolaire, isolement géographique, mais aussi contraintes organisationnelles du système de santé lui-même (manque de temps médical, complexité des parcours, sous-dotation territoriale...).

Dans une publication de 2011 (QES n°169), l'IRDES montre que certains territoires urbains, pourtant proches de grands centres hospitaliers, fonctionnent comme des "zones grises" médicales : non reconnues comme déserts, mais réellement sous-accessibles pour leurs habitants. Cette analyse fait écho à notre terrain, où la proximité géographique avec Paris n'empêche pas une forme d'isolement fonctionnel.

L'IRDES insiste également sur la notion de "non-recours secondaire", c'est-à-dire le fait que certaines personnes renoncent même lorsqu'elles ont théoriquement accès à des aides, parce qu'elles ne les comprennent pas, les jugent inefficaces, ou en ont eu une mauvaise expérience.

Pierre Chauvin : une approche sociologique du renoncement

Sociologue et épidémiologiste, Pierre Chauvin a mené plusieurs recherches sur les inégalités sociales de santé, notamment à travers les enquêtes SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) menées à Paris et en banlieue. Son apport est fondamental pour comprendre la part symbolique et subjective du renoncement. Il montre que ce dernier ne se limite pas à un manque d'argent ou à une distance géographique, mais qu'il peut aussi être le reflet d'un sentiment de découragement, d'inutilité, voire d'exclusion intériorisée.

Selon Chauvin, de nombreux habitants des quartiers populaires développent un rapport abîmé au soin, lié à des expériences antérieures de mauvaise prise en charge, de stigmatisation ou de non-écoute. Ce rapport dégradé ne se dit pas toujours ; il se manifeste par des silences, des retards, des absences de démarche. Cette forme de renoncement est d'autant plus difficile à repérer qu'elle ne laisse pas toujours de traces dans les chiffres, mais elle est omniprésente dans les discours recueillis sur le terrain.

Didier Fassin : le renoncement comme symptôme politique

Les travaux de Didier Fassin, anthropologue et sociologue, complètent ceux de Chauvin en posant une lecture plus politique du renoncement. Dans ses ouvrages (notamment *La raison humanitaire*, 2010), Fassin développe l'idée que l'accès aux soins ne dépend pas seulement

de la présence de structures ou de dispositifs, mais aussi des rapports de pouvoir, des inégalités structurelles et des formes de domination symbolique qui traversent la société.

Il parle de "biopolitique" pour désigner les logiques de gestion différenciée des populations par les institutions. Ainsi, certains publics, étrangers, précaires, non francophones, se voient implicitement relégués dans un système de santé à deux vitesses, où l'accès théorique au soin ne garantit pas un traitement égal. Dans cette perspective, le renoncement aux soins n'est pas une anomalie du système : c'en est une production ordinaire, structurelle, issue de choix politiques implicites.

Cette lecture est particulièrement éclairante pour notre étude, car elle permet de penser le non-recours non seulement comme une conséquence de la pauvreté ou du manque d'offre, mais aussi comme le résultat d'un climat institutionnel global de défiance, de stigmatisation et de relégation sociale.

Pierre Bourdieu : une lecture des inégalités par la structure sociale

Enfin, les concepts de Pierre Bourdieu, bien qu'antérieurs aux débats contemporains sur le renoncement aux soins, offrent un cadre théorique puissant pour en comprendre les ressorts. Son analyse des capitaux (économique, culturel, social et symbolique) permet de saisir pourquoi certains groupes ont plus de facilité à s'orienter dans le système de soins, à faire valoir leurs droits, à "se faire entendre" auprès des médecins — tandis que d'autres se heurtent à un ensemble de barrières invisibles.

Bourdieu insiste sur l'idée d'habitus : des dispositions sociales incorporées qui conditionnent les comportements, y compris dans le domaine de la santé. Ainsi, le renoncement peut être vu comme une pratique socialement construite, renforcée par l'expérience cumulative de la précarité, de la marginalisation et de la non-reconnaissance. Le renoncement aux soins, dans cette perspective, n'est pas un échec individuel mais le reflet d'une position dominée dans l'espace social, où le droit à la santé perd sa valeur concrète.

L'ensemble de ces travaux converge vers un constat commun : le renoncement aux soins est un phénomène structurel, multicausal, et profondément territorialisé. Il ne peut être compris qu'en tenant compte à la fois des contraintes matérielles (revenus, distance, délais), des conditions organisationnelles (présence des professionnels, accessibilité des démarches), et des représentations sociales du soin. Ces apports ont été déterminants dans la formulation de nos hypothèses et dans la construction de notre grille d'analyse pour l'étude menée à L'Île-Saint-Denis.

Question de recherche et formulation des hypothèses :

Dans un territoire comme L'Île-Saint-Denis, les constats posés par les recherches précédentes s'entrecroisent. On y observe des conditions d'existence marquées par la fragilité économique, un maillage médical insuffisant, des obstacles administratifs, mais aussi une défiance diffuse envers les institutions. À travers ce terrain, notre objectif est donc d'interroger les causes multiples et imbriquées du non-recours à la santé, en mobilisant à la fois une approche empirique et une grille de lecture théorique nourrie par les revues.

C'est dans ce cadre que s'est imposée notre question de recherche : ***Quelles sont les causes sociales, territoriales et symboliques du renoncement aux soins à L'Île-Saint-Denis, et comment ces causes interagissent-elles dans les parcours des habitants ?***

Dans le cadre de notre démarche, il nous a semblé essentiel d'avancer un certain nombre d'hypothèses que nous pourrions confronter ensuite aux réalités du terrain. Ces hypothèses ne prétendent pas à l'exactitude dès l'origine ; elles sont des points d'entrée, des outils d'analyse qui nous permettent de structurer notre réflexion et de mieux comprendre les logiques à l'œuvre dans un territoire marqué par des vulnérabilités cumulées.

Hypothèse 1 - La contrainte économique demeure un déterminant majeur du renoncement aux soins, même dans un système de santé à vocation universelle

La première hypothèse repose sur un constat largement partagé par les institutions de santé publique : le coût des soins, qu'il soit direct ou indirect, reste l'un des principaux freins au recours aux services de santé, particulièrement dans les contextes de précarité. À L'Île-Saint-Denis, le soin représente souvent un poste de dépense instable et anxiogène, susceptible d'être repoussé ou annulé au profit d'autres besoins plus pressants.

Mais cette contrainte ne se limite pas au prix d'une consultation. Elle englobe les frais liés au transport, les pertes de revenus pour les travailleurs précaires, les difficultés à avancer les sommes avant remboursement, ou encore l'énergie nécessaire pour comprendre les démarches administratives.

Autrement dit, la santé ne se décide pas seulement en fonction de sa gravité médicale, mais selon une économie du quotidien où elle entre en concurrence avec d'autres priorités vitales. Le renoncement économique, dans cette perspective, n'est pas un choix délibéré, mais une forme d'adaptation contrainte à une précarité structurelle. Il devient un indicateur de la distance réelle entre les droits théoriques et les conditions effectives de leur mise en œuvre.

Hypothèse 2 - L'organisation territoriale et fonctionnelle de l'offre de soins engendre une forme d'isolement sanitaire, qui touche toutes les catégories sociales

La deuxième hypothèse prolonge la précédente en interrogeant non plus le coût du soin, mais sa disponibilité effective dans l'espace vécu. Si le système de santé français demeure globalement bien maillé à l'échelle nationale, certains territoires urbains en apparence connectés cumulent pourtant des dysfonctionnements majeurs. C'est le cas de L'Île-Saint-Denis, où les habitants sont contraints de se tourner vers des communes voisines pour des soins parfois élémentaires.

Dans ce contexte, nous formulons l'hypothèse que la configuration locale de l'offre de soins génère une forme d'isolement fonctionnel, qui affecte aussi bien les personnes en grande

précarité que celles disposant de revenus stables. Le problème ne réside pas dans l'inexistence des soins, mais dans leur accessibilité pratique : horaires, délais de rendez-vous, manque d'informations, difficultés d'orientation dans le parcours médical. Cette désorganisation devient un facteur actif du renoncement, en transformant le soin en un parcours complexe, chronophage, peu compatible avec les réalités de la vie quotidienne.

Le territoire ne joue donc pas ici un rôle neutre. Il devient un facteur structurant de la santé, une variable à part entière qui conditionne la possibilité d'agir. Le renoncement naît alors d'un écart entre l'offre théorique et sa traduction dans les conditions concrètes de vie : c'est le territoire lui-même qui produit une inaccessibilité, silencieuse mais bien réelle.

Hypothèse - Une distance symbolique vis-à-vis du système de santé alimente une forme de renoncement intériorisé, difficilement mesurable

La troisième hypothèse s'attaque à un registre moins visible mais tout aussi déterminant : celui des représentations sociales et de la relation subjective au système de santé. Ce que plusieurs chercheurs nomment "renoncement symbolique" désigne une situation dans laquelle les individus ne sollicitent pas de soin non pas par manque d'information ou de moyens, mais par sentiment de non-légitimité, de défiance ou de résignation.

Dans un territoire marqué par des expériences d'exclusion, de stigmatisation ou de désajustement culturel, il est plausible que certains habitants intègrent une forme de retrait vis-à-vis du soin. Ce retrait peut s'exprimer par la peur de mal comprendre, d'être mal compris, ou de ne pas être écouté. Il peut aussi s'agir d'un sentiment diffus que "le soin n'est pas pour moi", ou que "ce n'est pas assez grave pour déranger". Ces formes intériorisées de renoncement sont d'autant plus complexes à analyser qu'elles ne laissent pas de traces dans les bases de données : elles ne sont visibles qu'à travers les récits, les silences, les absences.

En postulant cette hypothèse, nous souhaitons interroger les conditions symboliques du recours au soin, et comprendre dans quelle mesure la rupture du lien de confiance entre usagers et institutions médicales peut constituer un obstacle aussi puissant qu'une barrière financière ou géographique. Le renoncement devient ici le reflet d'un rapport abîmé à l'État social, une manifestation de la distance croissante entre les institutions et les populations qu'elles sont censées servir.

Ces trois hypothèses ne doivent pas être lues isolément, mais comme des dimensions complémentaires d'un même phénomène. Dans les parcours de soin des habitants de L'Île-Saint-Denis, les contraintes économiques, territoriales et symboliques s'articulent, se renforcent, et finissent par rendre le soin lointain, incertain, voire superflu.

C'est cette articulation que nous cherchons à comprendre dans notre enquête : non pas pourquoi certains renoncent, mais comment les conditions sociales et territoriales rendent ce renoncement quasi inévitable.

Méthodologie employée :

Notre principal outil d'enquête a été un questionnaire administré à 100 habitants du centre de L'Île-Saint-Denis. Ce choix se justifie d'abord par la volonté d'obtenir une base empirique

solide, suffisamment large pour dégager des tendances représentatives, tout en restant compatible avec les contraintes de temps et de ressources d'un travail universitaire.

Pour mener cette enquête, nous avons passé cinq jours complets sur le terrain, dans différents lieux stratégiques de la commune : marché, parvis de mairie, arrêts de tramway, entrées d'immeubles, et rues commerçantes. L'objectif n'était pas uniquement de faire remplir des questionnaires, mais aussi de créer un contact direct avec les habitants, de nous imprégner de leur quotidien, et de recueillir des éléments de contexte qualitatifs. En allant à leur rencontre dans l'espace public, nous avons pu dialoguer librement, expliquer notre démarche, et parfois obtenir des réponses plus nuancées que dans un cadre strictement formel. Ces échanges ont contribué à enrichir notre regard, à contextualiser les données, et à ouvrir des pistes d'interprétation qu'un simple questionnaire en ligne n'aurait pas permis.

Le questionnaire a été structuré autour de seize questions, abordant différentes dimensions : le lien au médecin traitant (existence, localisation, mode d'accès), la perception de l'accessibilité des soins, le renoncement selon les types de soins (généralistes, dentaires, visuels...), les raisons du renoncement, ainsi que le profil sociodémographique des répondants (âge, genre, profession, niveau de revenus). Nous avons fait le choix d'alterner des questions fermées, facilitant l'analyse statistique, et quelques questions ouvertes, permettant d'accéder à une parole plus libre.

Ce dispositif d'enquête nous a permis de recueillir des données riches, précises et diversifiées, notamment sur les distances parcourues pour consulter, les barrières économiques rencontrées, ou encore les perceptions individuelles du système de santé.

Enfin, cette enquête, par sa durée, son inscription locale et la densité des échanges, nous a permis de dépasser une approche strictement quantitative. Elle a ouvert un accès à des récits, des silences, des hésitations, des frustrations, qui traduisent souvent des formes de renoncement plus diffuses ou intériorisées. Ces dimensions subjectives nourrissent une lecture plus fine des inégalités d'accès aux soins, et constituent un apport précieux à notre réflexion globale. L'enquête constitue ainsi le socle empirique central de notre travail

Le tableau ci-dessous synthétise les principales données issues de notre enquête de terrain, mettant en évidence la fréquence du renoncement aux soins, la répartition des répondants selon leur lien au médecin traitant, ainsi que les profils sociodémographiques.

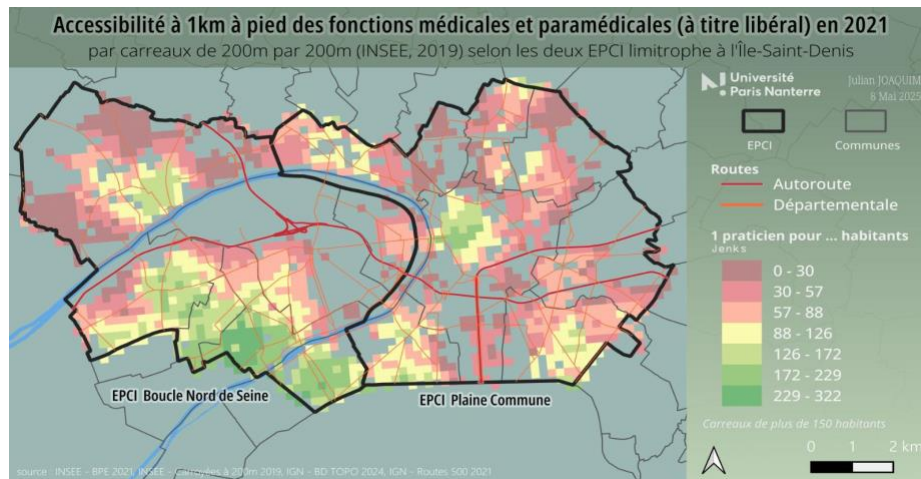
Indicateur	Nombre de réponses
Médecin traitant (oui)	56
Médecin traitant (non)	26
Renoncement aux soins (oui)	31
Renoncement soins dentaires (oui)	34
Renoncement lunettes/lentilles (oui)	5
Renoncement prothèses auditives (oui)	1
Homme	50
Femme	32

Parallèlement à notre enquête par questionnaire, nous avons mené une observation de terrain approfondie afin de mieux comprendre la réalité spatiale de l'accès aux soins sur la commune de L'Île-Saint-Denis. Durant notre semaine d'enquête, nous nous sommes rendus physiquement dans le centre de la commune, circulant à pied dans les rues principales, les quartiers résidentiels, et les zones commerciales. Cette démarche avait un double objectif : identifier la présence réelle des infrastructures de santé (médecins généralistes,

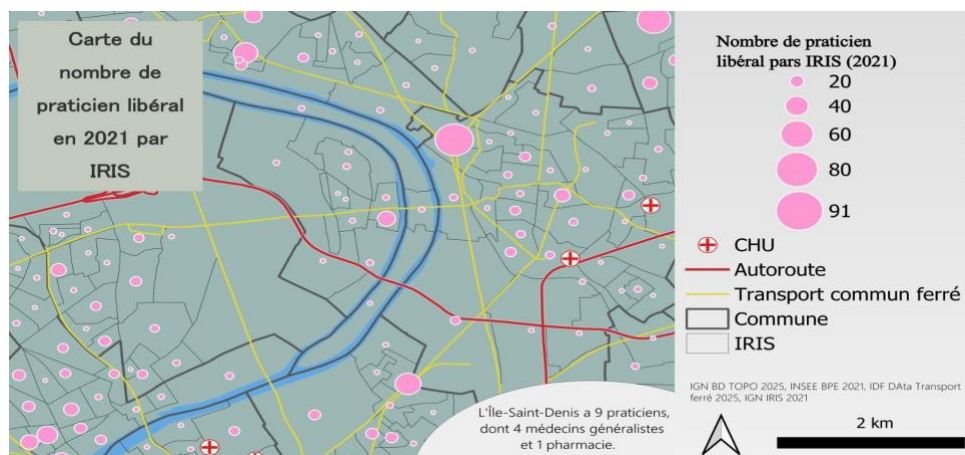
spécialistes, pharmacies, centres de santé) et évaluer leur accessibilité concrète pour les habitants.

Sur place, nous avons réalisé un travail de repérage très minutieux. Nous avons noté les adresses exactes des professionnels de santé, pris des photographies, observé les flux de population, et relevé les éléments contextuels (panneaux d'information, état des locaux, signalétique, présence de transports à proximité, etc.). Ce travail a été croisé avec des sources secondaires (annuaires professionnels, open data de l'ARS, géoportail, Google Maps) afin de valider et compléter nos observations.

À partir de ces données, nous avons produit plusieurs cartes à différentes échelles. La première restitue l'accessibilité à pied (1 km) des fonctions médicales et paramédicales, à partir de carreaux INSEE de 200m par 200m, en comparant la situation de L'Île-Saint-Denis à celle des EPCI voisins. Elle révèle une nette sous-dotation du territoire, visuellement identifiable par les zones rouges et roses indiquant une densité très faible de professionnels libéraux.



La seconde carte, fondée sur les mailles IRIS, met en évidence le nombre de praticiens libéraux recensés par secteur. On y voit clairement que L'Île-Saint-Denis ne compte que neuf professionnels, dont quatre médecins généralistes et une seule pharmacie, ce qui confirme un déficit manifeste.



Cette méthode d'observation directe, issue des pratiques de la géographie sociale, nous a permis de ressentir concrètement les distances, les ruptures d'accessibilité, et les obstacles

quotidiens auxquels sont confrontés les habitants. Elle nous a également permis de mieux appréhender l'organisation des centralités de soins : alors que les habitants vivent sur L'Île-Saint-Denis, l'essentiel de l'offre se trouve dispersée dans les communes voisines, obligeant à des déplacements fréquents et parfois contraignants.

Enfin, ce travail a nourri notre réflexion critique sur l'aménagement du territoire, la logique de concentration des soins dans certains pôles, et la manière dont cela produit de l'inégalité spatiale au sein même de l'agglomération parisienne. Ces cartes ne sont donc pas de simples illustrations, mais de véritables outils d'analyse, qui nous ont permis de visualiser et de spatialiser une problématique trop souvent abordée de manière abstraite.

Enfin, notre démarche s'est appuyée sur une recherche documentaire approfondie et une lecture critique de la littérature scientifique en géographie de la santé, sociologie du soin et politiques de santé publique. Nous avons mobilisé des travaux portant sur les inégalités territoriales d'accès aux soins, les formes de non-recours aux droits et aux services, les déterminants sociaux de la santé, ou encore la défiance institutionnelle dans les quartiers populaires.

Ce corpus nous a permis d'inscrire notre question de recherche dans des débats théoriques plus larges, tout en affinant notre problématique. Il nous a également aidés à formuler nos hypothèses de manière rigoureuse, et à construire nos outils d'enquête (formulation des questions, catégorisation des réponses, critères d'analyse). Enfin, il a servi de grille d'interprétation, en nous fournissant des concepts opératoires comme « inaccessibilité fonctionnelle », « arbitrage contraint », ou encore « non-recours institutionnalisé ».

Population cible et échantillon :

Dans toute recherche de terrain, la définition précise de la population concernée est une étape déterminante. Elle conditionne à la fois la pertinence des résultats, leur portée analytique et leur transposabilité à d'autres contextes. Dans notre cas, la réflexion sur la population à interroger s'est construite progressivement, en lien étroit avec notre question de recherche, nos hypothèses, et les réalités locales observées sur le terrain.

Notre objet d'étude étant le renoncement aux soins dans un territoire sous-doté, il nous a semblé pertinent de cibler en priorité les habitants du centre de L'Île-Saint-Denis, c'est-à-dire les personnes les plus directement confrontées aux éventuelles difficultés d'accès à l'offre médicale. La logique retenue n'était pas de viser une représentativité nationale ou régionale, mais au contraire de s'ancrer dans un territoire spécifique, avec ses contraintes propres, pour mieux comprendre comment celles-ci influencent les parcours de soin.

La population ciblée inclut donc toutes les personnes majeures résidant ou circulant régulièrement dans ce secteur : actifs, retraités, étudiants, chômeurs, personnes en situation précaire ou non. Nous avons volontairement exclu les professionnels de santé eux-mêmes, pour nous centrer uniquement sur les usagers ou potentiels usagers du système de soins, c'est-à-dire ceux qui vivent ou subissent l'organisation actuelle de l'offre.

Nous avons également choisi de ne pas restreindre notre enquête à une catégorie d'âge, de sexe ou de statut socio-professionnel spécifique, afin de mieux rendre compte de la diversité des parcours et des obstacles. Le renoncement aux soins est un phénomène transversal : il peut concerner un étudiant sans mutuelle comme une personne âgée dépendante, un travailleur précaire comme un parent débordé. En incluant une grande variété de profils

jeunes adultes, familles, retraités, personnes isolées nous avons cherché à capturer cette pluralité d'expériences, qui est au cœur de notre problématique.

Ce choix de population cible s'inscrit enfin dans une démarche de proximité et de réalisme méthodologique. En allant à la rencontre des personnes dans leur environnement quotidien dans la rue, au marché, aux arrêts de tramway nous avons cherché à interroger des individus concrets, avec leurs contraintes, leurs habitudes et leurs représentations. Cette approche de terrain nous permet de sortir d'une vision théorique ou statistique du renoncement, pour mieux en comprendre les ressorts subjectifs et les logiques vécues.

Sur la base de cette population cible, nous avons constitué un échantillon de 100 personnes, interrogées au moyen d'un questionnaire administré en face-à-face. Ce nombre, bien que modeste, nous a permis de recueillir une base de données dense et exploitable, tout en restant réaliste au regard des contraintes de temps, d'organisation et de moyens propres à un travail universitaire de terrain.

L'échantillon a été élaboré selon une méthode empirique et raisonnée. Nous avons veillé à interroger les personnes à différents moments de la journée, dans plusieurs lieux stratégiques de la commune (marché, mairie, axes de passage, stations de transport). Cette diversité des points de contact nous a permis d'atteindre une variété de profils sociaux, tout en assurant une certaine stabilité territoriale : toutes les personnes interrogées vivent, travaillent ou circulent régulièrement dans le centre de L'Île-Saint-Denis.

L'analyse des données recueillies montre que notre échantillon est relativement hétérogène, tant en termes de genre, d'âge, de situation professionnelle que de niveau de revenus. Sur les 100 personnes interrogées, 61 % sont des hommes et 39 % des femmes. Cette répartition légèrement déséquilibrée s'explique par une surreprésentation masculine sur certains lieux de passage (rues commerçantes, proximité des chantiers, etc.).

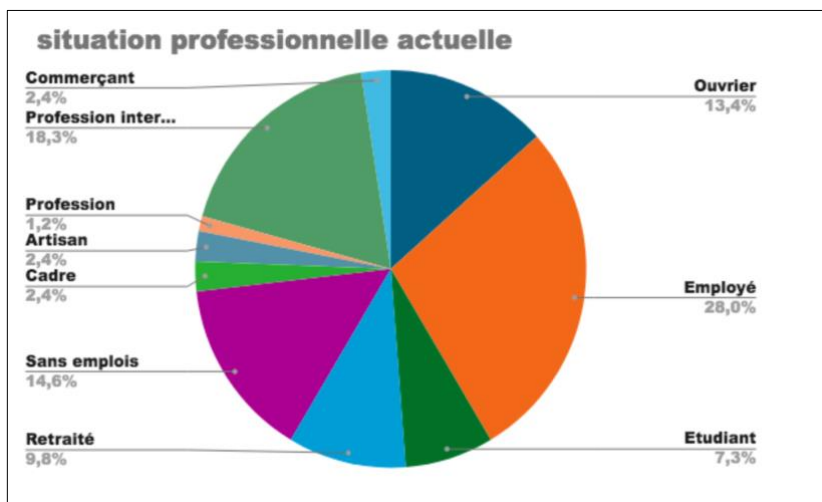
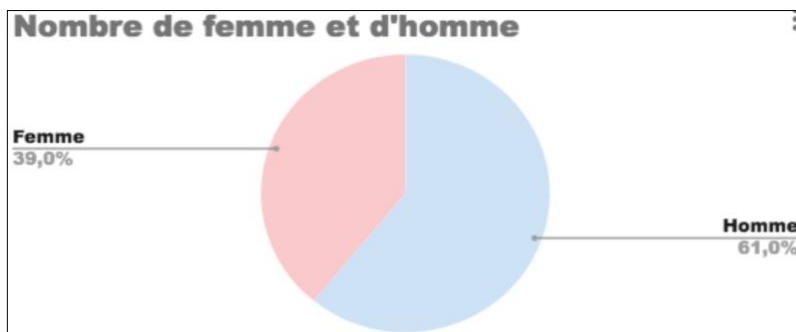
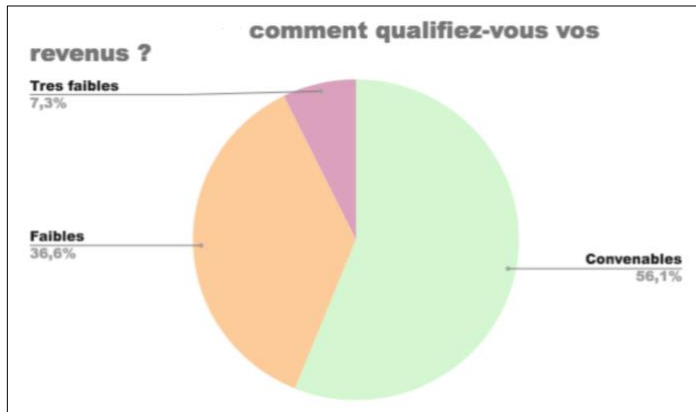
La diversité professionnelle est également notable : 13,4 % des personnes interrogées sont des ouvriers, 28,0 % des employés, 7,3 % des étudiants, 14,6 % sont sans emploi, et les autres se répartissent entre professions intermédiaires, retraités ou indépendants. Cette pluralité permet de saisir la complexité des parcours de soin selon les positions sociales : disponibilité, niveau d'information, capacité à anticiper les dépenses, etc.

Concernant les ressources déclarées, la majorité des répondants se situe dans les tranches modestes : 36,6 % qualifient leurs revenus de "faibles", et 7,3 % de "très faibles". Seuls environ 56 % estiment avoir des revenus "convenables", ce qui reste à relativiser au regard des standards subjectifs et de la précarité du territoire. Ces données confirment que l'échantillon reflète bien les vulnérabilités économiques spécifiques au centre de L'Île-Saint-Denis.

Nous avons cependant conscience des limites de cet échantillon. Les personnes les plus âgées, les plus isolées ou en situation de handicap ont été difficilement accessibles, en raison de notre méthode de passage dans l'espace public. De plus, l'environnement de l'entretien (lieux passants, absence d'anonymat total) a généré une forme de retenue ou même une forme d'auto-censure dans certaines réponses sensibles (notamment sur les revenus ou la santé mentale). Malgré ces biais, nous considérons que notre échantillon

permet de mettre en lumière des logiques sociales significatives, et d'aborder notre question de recherche avec pertinence et profondeur.

Voici, sous forme de graphiques, ce que nous avons décrit précédemment à l'écrit, afin de rendre plus lisible et visuelle la composition de notre échantillon :



Présentation de L'île-Saint-Denis et de son contexte socio-sanitaire

L'île-Saint-Denis est située sur une île de la Seine entre les villes de Saint-Denis et Gennevilliers.

Elle fait partie du département de la Seine-Saint-Denis (93), l'un des plus jeunes et les plus densément peuplés de France. Avec une superficie d'à peine 1,8 km², la commune accueille

environ 7 500 habitants, appelés les Ilodionysiens. Elle est rattachée à l'intercommunalité Plaine Commune, au sein de la métropole du Grand Paris. Historiquement, L'Île-Saint-Denis s'est développée autour des activités industrielles et portuaires.

Ce type d'activité a laissé un héritage fort sur l'urbanisme et la population, avec une part importante de logements sociaux, des quartiers populaires et une grande diversité culturelle. La commune est aujourd'hui marquée par une précarité sociale importante. En effet, selon l'INSEE(2021) L'Île-Saint-Denis compte plus de 30 % des habitants vivant sous le seuil de pauvreté, contre 14 % en moyenne nationale. Le taux de chômage dépasse quant à lui les 20 %.

Les familles monoparentales sont nombreuses et la part de jeunes de moins de 25 ans est supérieure à la moyenne nationale, ces derniers ont notamment d'importantes difficultés d'insertion. Dans ce contexte, l'accès aux soins constitue un enjeu crucial. L'Île-Saint-Denis, comme d'autres communes de la Seine-Saint-Denis, est confrontée à un phénomène préoccupant : le renoncement aux soins.

De nombreux habitants, en particulier ceux en situation de précarité, renoncent à se soigner faute de moyens financiers, d'une offre médicale insuffisante ou d'un accompagnement adapté. Le territoire souffre d'une sous-densité médicale, avec peu de médecins généralistes installés sur l'île, encore moins de spécialistes, et des délais d'attente souvent très importants. Ce renoncement est également accentué par des barrières administratives ou linguistiques, une méconnaissance des droits et parfois une défiance vis-à-vis du système médical. Il touche particulièrement les personnes âgées isolées, les jeunes adultes précaires, les sans-papiers ou encore les familles monoparentales. Afin de faire face à ce phénomène, la commune, en lien avec les acteurs associatifs et institutionnels, tente de renforcer la prévention, de soutenir les permanences sociales et de santé, et de promouvoir des dispositifs comme les médiateurs en santé ou les centres de santé à proximité. Mais les moyens restent limités, et les inégalités d'accès aux soins demeurent une problématique centrale. Parallèlement, L'Île-Saint-Denis est engagée dans de grands projets de transformation, notamment liés aux Jeux Olympiques de Paris 2024, avec la création du Village des athlètes.

Ces aménagements devraient apporter de nouveaux logements, des équipements publics et une meilleure desserte, mais posent aussi la question de l'inclusion des habitants les plus fragiles dans cette dynamique de rénovation urbaine. Les principaux résultats de notre enquête

Résultats de l'enquête :

Après cinq jours passés à parcourir les rues du centre de L'Île-Saint-Denis, à discuter avec les habitants et à distribuer nos questionnaires, nous avons pu récolter 100 réponses qui nous permettent aujourd'hui de mieux comprendre les logiques concrètes de renoncement aux soins dans ce territoire spécifique. Les résultats que nous présentons ici s'articulent autour des trois hypothèses formulées en amont. À chaque fois, nous avons croisé nos données chiffrées, nos échanges informels avec les habitants, et les éléments issus de notre revue de littérature.

I. Des freins économiques omniprésents

Dès les premiers questionnaires, une tendance s'est dessinée : les soins coûteux sont les plus souvent abandonnés. En discutant avec une mère de famille croisée à la sortie d'une boulangerie, elle nous a dit très directement :

“Les lunettes pour ma fille, j'ai repoussé. Je dois déjà payer le chauffage.”

Et cette réalité n'est pas isolée. Dans nos données, 45 % des répondants ont renoncé à des soins dentaires, 39 % à des lunettes ou lentilles, et 10 % à des prothèses auditives au cours de l'année écoulée. Ces chiffres confirment ce que d'autres études (comme celles de la DREES) montrent à l'échelle nationale : ce sont toujours les mêmes soins, mal remboursés, qui sont sacrifiés.

Ce qui nous a frappés, c'est que même parmi ceux qui bénéficient de la Complémentaire santé solidaire ou d'aides, beaucoup nous ont dit ne pas bien comprendre leurs droits, ou trouver les démarches trop longues et compliquées. Certains avaient commencé à entamer des soins, puis abandonné par peur du reste à charge.

Une personne nous a confié, en baissant un peu la voix :

“J'ai une mutuelle, mais je fais pas confiance. On me dit que c'est pris en charge, mais après on me demande encore de payer, alors j'ai arrêté d'aller.”

On retrouve ici ce que la littérature appelle le non-recours secondaire : des dispositifs existent, mais ils ne sont ni accessibles, ni lisibles pour les personnes concernées.

II. Des distances qui pèsent

Notre deuxième hypothèse supposait que la configuration même du territoire, une île enclavée, peu équipée, pouvait décourager l'accès aux soins. Et sur ce point, nos observations de terrain ont été décisives.

En marchant dans les quartiers centraux, nous avons constaté que les cabinets médicaux étaient rares, souvent discrets, parfois fermés en semaine. Un habitant nous a indiqué que son médecin traitant était à Gennevilliers, un autre allait jusqu'à Paris. Au final, seulement 27 % des personnes interrogées consultent leur médecin traitant à L'Île-Saint-Denis même. La majorité doivent sortir de la commune, prendre un bus, un tram ou marcher longtemps.

Cette organisation territoriale a des effets concrets : le moindre rendez-vous devient une mission logistique, surtout pour les familles monoparentales, les personnes âgées ou sans voiture. Une dame âgée nous a dit en souriant, mais avec un peu d'amertume :

“Faut que je prenne deux trams et je marche encore... Alors j'y vais pas.”

Mais ce qui ressort aussi de notre enquête, c'est que cette difficulté ne touche pas uniquement les populations précaires. Plusieurs habitants ayant un emploi stable, un logement, une mutuelle, nous ont également parlé de renoncements non pas économiques, mais organisationnels : rendez-vous trop éloignés, délais trop longs, horaires incompatibles avec le travail. Le soin devient alors un effort logistique de plus dans un quotidien déjà saturé.

C'est ici que la notion d'inaccessibilité fonctionnelle prend tout son sens. Ce concept, développé dans les travaux de l'IRDES, désigne une situation dans laquelle les soins sont

théoriquement disponibles, mais non atteignables dans les conditions de vie réelles des habitants. À L'Île-Saint-Denis, cette inaccessibilité est accentuée par la fragmentation des trajets, l'absence de professionnels de santé disponibles, et le manque d'accompagnement dans la prise de rendez-vous.

Notre cartographie l'a confirmé : la commune ne compte que quatre médecins généralistes et une seule pharmacie, pour plus de 10 600 habitants. Les cartes de l'ARS et de l'IRDES placent pourtant la commune en dehors des zones de désert médical, ce qui empêche la mise en place de dispositifs spécifiques. Pourtant, dans les faits, le territoire fonctionne comme une zone sous-desservie, où l'organisation des soins ne correspond pas aux contraintes des habitants.

III. Une santé perçue comme inaccessible

La troisième hypothèse portait sur les aspects plus subjectifs du renoncement : la défiance, le désengagement, le sentiment que "ce n'est pas pour nous". Cette dimension a été moins visible dans les chiffres... mais très présente dans les échanges informels.

Une femme de 40 ans, interrogée près du marché, nous a dit :

"Les médecins, ils écoutent pas. Ils prennent dix minutes, c'est bâclé. Moi je préfère attendre que ça passe."

D'autres nous ont parlé du manque de confiance, de la difficulté à prendre rendez-vous, de la fatigue mentale liée aux démarches, du fait qu'ils ont "autre chose à gérer". Cette forme de renoncement intériorisé, on la retrouve dans les travaux de Chauvin ou Fassin : elle ne se mesure pas toujours, mais elle structure profondément les usages de santé.

Certaines personnes, notamment plus âgées ou en situation de précarité, nous ont simplement dit :

"Je vais à l'hôpital quand je peux plus tenir."

Cela montre que pour une partie des habitants, le soin régulier, préventif, suivi... est devenu une option de confort, pas une priorité. Ce type de renoncement symbolique, peu visible, est peut-être le plus préoccupant car il reflète une perte de lien avec le système de santé, voire avec l'idée même de droit à la santé.

Ce que nous avons appris à travers cette enquête, c'est que le renoncement aux soins ne s'explique jamais par une seule cause. Il naît d'un enchevêtrement : difficultés financières, manque de temps, épuisement psychologique, territoire sous-équipé, procédures opaques, rapports tendus avec les institutions.

Et contrairement à ce qu'on pourrait penser, beaucoup de personnes ne renoncent pas "par négligence", mais parce que tout concourt à rendre le soin inaccessible : les horaires, les transports, les coûts, les attentes, le regard des professionnels.

Nos résultats rejoignent largement la littérature nationale sur les inégalités d'accès à la santé, mais ils donnent chair à ces chiffres, en les ancrant dans une réalité locale, vécue, quotidienne. L'Île-Saint-Denis est un territoire "ordinaire", mais il concentre une série de petits obstacles qui, mis bout à bout, finissent par éloigner les habitants du soin

Les chiffres que nous avons recueillis prennent un tout autre sens lorsqu'on les relie aux témoignages entendus, aux visages croisés, aux réalités de vie partagées pendant notre

enquête. Derrière les pourcentages, ce sont des récits de fatigue, de renoncement silencieux, d'habitudes prises faute d'alternatives. Ce qui ressort de manière frappante, c'est une attente simple mais fondamentale : plus de proximité, plus de clarté, et plus d'humanité. Les habitants ne demandent pas l'impossible. Ce qu'ils veulent, c'est un médecin à moins de 15 minutes, quelqu'un pour expliquer les démarches, un lieu où ils puissent se sentir écoutés et pris au sérieux. Ce ne sont pas des revendications excessives, mais les bases d'un système de santé digne et accessible.

À travers cette enquête, nous avons vu les manques, mais aussi les leviers d'action possibles. Il faut repenser l'implantation géographique des services de santé, créer des dispositifs d'accompagnement réellement adaptés aux contraintes sociales et culturelles, simplifier les droits pour qu'ils soient compris et utilisables, et surtout reconstruire une relation de confiance entre les habitants et les institutions médicales.

En somme, il est urgent de replacer la santé au cœur du quotidien, non comme un parcours du combattant réservé à ceux qui en ont les moyens ou les codes, mais comme un droit effectif, concret et stable, pour tous. Notre travail sur le terrain montre que ce n'est pas une utopie, mais une nécessité, et une responsabilité collective.

Des résultats qui font écho aux grandes études nationales

En confrontant les enseignements de notre terrain avec les lectures scientifiques menées en parallèle, nous avons constaté de nombreuses similitudes entre nos propres observations à L'Île-Saint-Denis et les résultats publiés par des institutions comme l'IRDES, la DREES ou l'INSERM.

Cette convergence s'explique d'abord par la nature structurelle des inégalités de santé que nous avons étudiées. Les grands travaux de ces dernières années identifient tous un noyau dur de facteurs de renoncement aux soins, que nous avons retrouvés dans notre enquête : précarité économique, faiblesse de l'offre locale de soins, complexité administrative, méconnaissance des droits, et difficultés de mobilité. Ces éléments reviennent systématiquement dans les quartiers populaires, et L'Île-Saint-Denis en cumule l'ensemble : un territoire à forte précarité sociale, sous-dense médicalement, enclavé dans sa géographie, et souvent stigmatisé.

Ensuite, une proximité de méthodes explique également la cohérence des résultats. Les grandes enquêtes quantitatives comme l'enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES dressent un portrait statistique général du renoncement aux soins en France. Ce que notre enquête permet, c'est d'incarner ces chiffres, en montrant comment ces mécanismes se vivent concrètement, au quotidien, dans un espace donné.

Par exemple, les 45 % de personnes ayant renoncé à des soins dentaires ou les 39 % ayant abandonné des soins visuels chez nous, ce sont les mêmes catégories que celles identifiées dans les grandes bases de données. Mais sur le terrain, cela prend une autre dimension : ce sont des visages, des récits, des arbitrages difficiles. Une mère qui repousse un rendez-vous pour ses enfants, un retraité qui abandonne l'idée de changer ses lunettes, un jeune qui préfère ignorer ses douleurs faute de pouvoir payer une consultation.

C'est pourquoi notre étude fonctionne comme un miroir qualitatif : elle traduit en situations vécues ce que la littérature décrit sous forme de pourcentages. Elle montre que ces logiques de renoncement ne sont pas des accidents individuels, mais bien des effets de structure,

comme l'ont théorisé Pierre Bourdieu (avec l'idée de cumul des désavantages sociaux) ou Didier Fassin (à travers la notion d'inégalités d'accès aux droits).

Nous avons également retrouvé dans notre enquête la fameuse "double peine" évoquée dans les rapports de la DREES : des populations précaires confrontées à une offre de soins insuffisante.

Cette double contrainte amplifie les effets du renoncement. Un revenu faible peut encore être surmonté si l'offre est présente, accessible et accueillante. Mais lorsque l'environnement local est dégradé, alors même des soins essentiels deviennent inaccessibles. C'est exactement ce que nous avons observé à L'Île-Saint-Denis.

Enfin, il nous semble important de souligner que les causes du renoncement aux soins que nous avons relevées ne sont pas nouvelles. Elles sont structurelles, anciennes, persistantes. Cela explique pourquoi les études scientifiques menées parfois dix ou quinze ans plus tôt sont toujours d'actualité sur notre terrain. L'absence de changements profonds dans les politiques publiques et dans l'organisation territoriale du système de santé rend ces constats durables et malheureusement reproductibles, y compris à petite échelle.

Conclusion : Repenser la santé comme droit ancré dans les territoires

Notre enquête à L'Île-Saint-Denis met en évidence une réalité que les indicateurs officiels peinent encore à saisir : le renoncement aux soins n'est pas une anomalie, mais une logique ordinaire dans certains territoires relégués. Loin d'être le fruit d'un choix individuel, il résulte d'un faisceau d'obstacles, économiques, géographiques, organisationnels et symboliques, qui transforment l'accès à la santé en parcours du combattant.

Ce que notre étude révèle, c'est l'existence d'un décalage profond entre les promesses d'un système de santé universel et les conditions réelles d'accès aux soins dans certains quartiers populaires. Ce décalage produit une exclusion silencieuse, souvent intériorisée, qui touche non seulement les plus précaires, mais aussi une part croissante de personnes "intégrées", rattrapées par la fatigue administrative, la désorganisation de l'offre ou le désenchantement vis-à-vis des institutions.

Plus qu'un constat, ce travail appelle donc une remise en question des logiques actuelles d'aménagement sanitaire. Il invite à repenser la santé comme un service de proximité, à l'écoute des contraintes sociales, temporelles et culturelles des habitants. Car si le renoncement est multicausal, il est aussi réversible, à condition d'agir simultanément sur les infrastructures, l'information, la reconnaissance et la relation de confiance.

À travers ce travail, nous avons aussi pris conscience d'un enjeu plus large : celui de la justice territoriale. La santé n'est pas uniquement un enjeu médical ; elle est aussi une question d'urbanisme, de mobilité, de politique sociale, d'inclusion. En ce sens, le renoncement aux soins est un révélateur puissant de l'état de notre contrat social.

Si nous devons prolonger cette recherche, ce serait sans doute en interrogeant davantage les leviers d'action concrets : comment renforcer les médiations de proximité ? Comment soutenir l'installation de professionnels dans ces zones grises de la santé ? Comment faire de la santé un droit réellement habité, quotidien, accessible ?

Ainsi, notre enquête ne se limite pas à une photographie locale ; elle soulève des interrogations systémiques. Car ce qui se joue à L'Île-Saint-Denis, ce n'est pas seulement la question du soin, mais celle de l'égalité des droits dans une République qui peine encore à tenir ses promesses les plus fondamentales.

BIBLIOGRAPHIE

Institutions

- DREES. (2022). *Renoncement aux soins : constats, déterminants et évolutions*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- IRDES. (2011). *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 2008* (Questions d'économie de la santé n°169). Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.
- ARS Île-de-France. (2023). *Atlas régional de la santé : accès aux soins de premiers recours*. Agence Régionale de Santé Île-de-France.
- INSERM. (2019). *Inégalités sociales de santé : constats et pistes d'action*. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- INSEE. (2021). *Fiches territoriales : L'Île-Saint-Denis*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Auteurs académiques

- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- Chauvin, P., Parizot, I., & Pampalon, R. (2007). *Inégalités sociales de santé dans les quartiers sensibles : le cas de Paris*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(2), 99–107.
- Fassin, D. (2010). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Éditions du Seuil.
- Fassin, D. (2000). *Les inégalités sociales de santé. Étude critique des politiques publiques de lutte contre les exclusions*. *Sociologie et sociétés*, 32(2), 221–239.

Date :

Lieu :

Nom de l'enquêteur / enquêtrice :

Code questionnaire

Questionnaire étude de santé :

Nous sommes des étudiants en licence de Géographie et Aménagement ainsi que de Santé et Société à l'université Paris-Nanterre. Nous réalisons un questionnaire sur le sujet de la santé dans le territoire de l'Île Saint-Denis et plus recours aux soins ainsi que le renoncement aux soins. Ce questionnaire est **anonyme et les données collectées sont strictement réservées aux recherches dans le cadre indiqué**. En vous soumettant à ce questionnaire, vous acceptez que vos données fassent l'objet d'un traitement par les élèves de l'université Paris-Nanterre dans le cadre d'un diagnostic territorial. **Vous pouvez interrompre ce questionnaire** à tout moment.

Recours et renoncement aux soins		
1	Avez-vous un médecin traitant ?	- Oui - Non
2	Si oui, où se situe-t-il ? (Ville, structure)	
3	Quels moyens de transport privilégiez-vous pour vous y rendre ?	- Marche - Vélo - Bus - Voiture - Tram - Autre (Précisez : _____)
4	Est-ce facile d'accès ?	- Oui - Non
5	Jusqu'où vous déplacez-vous pour consulter, avoir accès à des soins ? (Ville, structure)	
6	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ?	- OUI, au moins une fois j'en ai eu besoin - NON, je n'en ai pas eu besoin
7	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins ou des examens médicaux (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, chirurgiens, ou autres professionnels de santé) alors que vous en aviez besoin ?	- Vous n'êtes PAS CONCERNÉ : vous n'en avez pas eu besoin - OUI, ça vous est arrivé - NON, ça ne vous est pas arrivé : vous avez bénéficié des soins dont vous aviez besoin.
8	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins dentaires alors que vous en aviez besoin ?	- Vous n'êtes PAS CONCERNÉ : vous n'avez pas eu besoin de soins dentaires - OUI, ça vous est arrivé : vous n'avez pas pu avoir accès aux soins dentaires dont vous aviez besoin - NON, ça ne vous est pas arrivé : vous avez bénéficié des soins dentaires dont vous aviez besoin.

9	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des lunettes ou lentilles de contact alors que vous en aviez besoin ?	<ul style="list-style-type: none"> - Vous n'êtes PAS CONCERNÉ : vous n'avez pas eu besoin de lunettes - OUI, ça vous est arrivé : vous n'avez pas pu avoir accès à des lunettes - NON, ça ne vous est pas arrivé : vous avez bénéficié de lunettes
10	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des prothèses auditives alors que vous en aviez besoin ?	<ul style="list-style-type: none"> - Vous n'êtes PAS CONCERNÉ : vous n'avez pas eu besoin de prothèses auditives - OUI, ça vous est arrivé : vous n'avez pas pu avoir accès à des prothèses auditives - NON, ça ne vous est pas arrivé : vous avez bénéficié de prothèses auditives
11	Si vous avez dû renoncer au moins UNE FOIS. Parmi les raisons suivantes, quelle est la principale raison de ce renoncement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'en avais pas les moyens - Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante - Je n'avais pas le temps en raison de mes obligations professionnelles ou familiales - Le médecin était trop éloigné, ou j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre - J'ai eu peur d'aller voir un médecin, de faire des examens ou de me soigner - J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes - Je ne connaissais pas de bon médecin - Une autre raison :

Profil de l'interviewé

12	Âge	
13	Genre	
14	Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? <ul style="list-style-type: none"> - Agriculteur - Cadre, profession intellectuelle - Sans emplois - Ouvrier - Sans activité professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Artisan, commerçant, chef d'entreprise - Profession intermédiaire - Employé - Retraité - Étudiant (employé ou non)
15	Combien êtes-vous dans votre foyer ?	
16	Comment qualifiez-vous vos revenus ?	<ul style="list-style-type: none"> - Très faibles - Faibles - Convenables - Élevés