

Génération, genre et classe sociale

Représentations et pratiques du corps et de la santé de populations rurales et vieillissantes

Virginie Vinel

Université de Franche-Comté, Laboratoire de Sociologie et d'Anthropologie (LASA, UBFC)

In BURNAY Nathalie et HUMMEL Cornelia, *Vieillesse et classes sociales*, Bern, Peter Lang, 2017, p. 119-139

version auteur

La société française contemporaine est traversée par des normes de surveillances médicales, particulièrement appliquées aux deux pôles des âges de la vie que sont l'enfance et la vieillesse (Armstrong, 2008 ; Lafontaine, 2010). « Bien vieillir » est un enjeu politique européen et national bien ancré basé sur des représentations normatives liées au maintien d'une activité, à une alimentation équilibrée et à une veille sur le corps pour dépister en amont toute trace de maladie¹. Cette politique construite autour d'une vision biomédicale du vieillissement est omniprésente dans l'espace public, transmise autant par les professionnels de santé et du social que par les médias. L'impératif du vieillir jeune et en bonne santé (Gestin, 2001) distingue alors la « vieillesse réussie » de la vieillesse « dépendante » (Ennuyer, 2013). Or cette normalisation de la gestion des corps et des vies vieillissantes se trouve en confrontation avec les normes et les pratiques des populations nées à des époques et dans des catégories sociales où l'attention à soi n'a pas la même signification que celles produites par les politiques biomédicales. Tout le processus de définition d'un état nécessitant l'intervention médicale est intégré à des dimensions sociales qui mobilisent des cultures somatiques de classe sociale, de genre, de génération (Boltanski, 1971 ; Saillant, 1992 ; Herzlich, 2005 ; Cambois, Laborde, Robine, 2008 ; Hurd Clarke, Griffin et alii, 2008), et les histoires familiales et personnelles. Les perceptions du corps, leur qualification de morbide ou non, les décisions de consulter, les types de médecines sollicitées sont déterminés par un ensemble complexe d'éléments sociaux et culturels en interaction avec l'entourage et les professionnels (Kleinman, Eisenstein, Good, 2006).

Dans ce chapitre, nous explorerons à partir d'une étude qualitative réalisée en zone rurale éloignée des pôles urbains, en Lorraine, l'articulation de la génération, du genre et de la classe sociale au regard de trajectoires de soins² de populations de plus de 60 ans.

¹ Voir par exemple les préconisations de l'Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009, Ministère de la Santé et des Sports-Haut Conseil de la santé publique, 2010.

² Pour définir la notion de « trajectoire de soins », nous nous inspirons, d'abord, de celle de trajectoire de maladie d'Anselm Strauss (1992) en l'appliquant moins à l'organisation du travail des professionnels de santé qu'aux actes que le malade et son entourage doivent accomplir pour construire leurs soins. Ce travail « ordinaire » nécessite d'acquérir et de mobiliser des savoirs et savoir-faire. Ce parcours se construit à travers et avec des services et professionnels médicaux et paramédicaux, des opérateurs de soins non conventionnels mais aussi, et souvent en première instance, par des traitements domestiques. La trajectoire peut inclure un recours successif ou simultané à des types de médecines et de soins différents dont maints auteurs ont montré qu'il s'agit

Cette ambition se confronte à une question de définitions. La notion de genre est entendue comme un système social qui classe la population en deux groupes naturalisés, hiérarchisés, établis par une désignation à la naissance inscrite dans l'état civil de la personne. Si les identifications de genre sont mouvantes dans la société contemporaine, la division par sexe reste suffisamment constante dans les pratiques sociales, particulièrement concernant le corps, les soins, la santé, pour nous permettre de proposer des hypothèses sur son impact dans le vieillissement. La génération est appréhendée au sens de Mannheim (1990 (1923)) en tant qu'ensemble de personnes ayant un âge proche et ayant vécu de mêmes périodes socio-historiques. Génération et genre sont étroitement intriqués, puisque si hommes et femmes nés dans les années 30-40 ont vécu les mêmes périodes historiques, ils n'ont pas expérimenté les mêmes histoires si l'on pense en terme d'emploi, de carrières professionnelles, de pratiques corporelles, d'élevage des enfants. A ces deux déterminants sociaux s'articule la classe sociale, mais la définition en terme de classe sociale d'une population d'une étude microsociale semble complexe. En effet, on ne peut la réduire aux appartenances professionnelles, car la classe sociale est multidimensionnelle : « la classe sociale ne se réduit pas en effet à un seul indicateur mais se repère par le croisement de tout un ensemble de dimensions complémentaires » qui incluent l'occupation, la Profession et Catégorie socio-professionnelle (PCS), le patrimoine, le salaire, le revenu, la consommation, les pratiques culturelles, le diplôme, le réseau relationnel, l'état de santé, etc. (Chauvel, 2001, p. 320). Parmi les agriculteurs ou les entrepreneurs de ces zones rurales, une grande diversité de situation s'observe entre la taille de l'exploitation, le type de patrimoine, les formes d'organisation du travail et de déclarations administratives. Une partie des femmes nées dans les années 30-40 de notre population n'ont pas exercé de profession ou ont exercé des emplois non déclarés, dans l'exploitation de leur époux, ou dans le voisinage. Beaucoup ont eu un parcours professionnel segmenté. Parmi les ouvriers, des situations diversifiées s'observent également, entre des ouvriers agricoles au parcours discontinu et des ouvriers qualifiés aux emplois stables. De même, si les contremaîtres et techniciens ont un niveau d'étude et de revenus supérieurs aux emplois ouvriers, ils sont dans notre population, issus du milieu agricole et partagent des imaginaires avec les agriculteurs. Des inégalités sociales et économiques polarisées se dégagent, nous les mettrons en évidence, mais l'enjeu est aussi d'explorer avec finesse comment les pratiques et les représentations s'unifient ou se distinguent, comment le genre, la génération, la classe sociale se subsument à certains moments, et s'ajoutent à d'autres en évitant de culturaliser et de réifier les usages locaux. Il s'agit enfin de déceler comment la trajectoire personnelle de santé influe sur les pratiques observées. Par ce petit nombre de cas, nous ne visons pas à mettre au jour la dispersion des représentations et pratiques dans cette population mais, nous cherchons à comprendre des processus et des éléments sociaux relatifs à la génération, à la classe sociale, au genre et à l'histoire personnelle qui peuvent expliquer les représentations et pratiques du corps et de santé de ces personnes rencontrées.

Les données empiriques ont été recueillies dans le cadre d'une recherche sur les pratiques de santé de populations résidant en zones rurales dites déficitaires en soins de premiers recours, en Meuse, Moselle et dans le département des Vosges. Parmi la population enquêtée, de tous âges, nous retenons ici les récits de 23 personnes retraitées. Une majorité (19/23) a toujours

d'avantage de la norme que d'exception y compris dans nos sociétés (Kleinman, Eisenstein et Good, 2006 (1978); Benoist, 1996).

vécu dans le village ou aux alentours, et tous sont propriétaires de leur logement. Leur ancienne situation professionnelle reflète la diversité des habitants âgés de ces territoires : les hommes sont d'anciens agriculteurs exploitants, petits entrepreneurs, ouvriers, contremaîtres ou techniciens, l'un était ingénieur. Les femmes sont d'anciennes agricultrices, assistantes familiales ou maternelles, certaines ont fait des ménages, une était cadre, une commerçante, l'une a exercé successivement des emplois de détachée familiale, assistante maternelle, secrétaire-comptable dans l'exploitation familiale. Plusieurs ont eu une trajectoire professionnelle non déclarée entrecoupée de périodes où elles s'occupaient de leur foyer.

1. Un discours de parcimonie médicale, mais un suivi régulier

La majorité de la population rencontrée soutient qu'elle demande peu de suivi médical, qu'aller chez le médecin ne fait pas partie de son quotidien. Ils l'évitent autant que faire ce peu et sont aussi parcimonieux en prescriptions de médicaments. Madame Bernard, 79 ans, ancienne agricultrice, pense être « peut-être un petit cas à part parce que je ne prends aucun médicament et je ne vais jamais voir, consulter ». Mais elle n'est pas la seule. Madame Bouleau, qui a travaillé à la ferme et comme femme au foyer, va dans le même sens, et Monsieur Caplin, 86 ans, ancien ouvrier et journalier, amputé des deux jambes, dit de leur couple qu'ils n'aiment pas aller chez le médecin « pour rien » : « On n'a pas été habitués à aller chez le docteur. (...) On n'est pas trop des gens à aller embêter le docteur, on attend toujours, on dit on verra bien... »

Un ethos de classe sociale semble ici se dégager, ces interviewés étant tous du milieu agricole, en tant qu'exploitants ou ouvriers. Mais un discours proche se retrouve chez Monsieur et Madame Rohmer, ingénieur et cadre dans leur vie active, qui disent souffrir de peu de pathologies et ne consulter que rarement les médecins. On verra plus loin comment ces populations se distinguent, mais elles se rapprochent ici par une rhétorique de la faible consommation médicale sous-tendue par l'idée que se rendre « trop » chez le médecin, « trop » consommer de médicaments n'est pas souhaitable, voire négatif. Ils justifient leur position par le manque d'habitude, l'absence de maladie, leur rudesse et la résistance de leur corps, et pour certains, le caractère néfaste pour le corps des médicaments biochimiques.

Un ethos de génération semble ici se manifester plus qu'un ethos de classe, au sens où ces personnes, nées avant les années 1950, ont été socialisées à une époque où la médicalisation n'était pas aussi forte qu'après les années 80. Ne pas trop dépenser, limiter ses besoins et ses consommations sont des valeurs qui peuvent être imputées à une génération née dans les années d'avant et après guerre. Ne pas écouter ses maux, être dur au mal, voire ne pas se considérer comme malade peuvent quant à eux être considérés comme des représentations à la fois d'une classe sociale (Boltanski, 1971) et d'une génération.

Pourtant, toutes les personnes rencontrées ont enregistré un médecin traitant et ont un suivi médical régulier par ce médecin généraliste. En effet, dans ces zones géographiques, les médecins généralistes se déplacent chez les personnes les moins mobiles ; les autres prennent des rendez-vous mensuels ou bi-mensuels chez leur médecin généraliste (MG). Tous les interviewé-e-s expliquent alors qu'ils se rendent ou voient leur MG régulièrement « pour renouveler leur ordonnance » ou pour « un contrôle ».

Enquêtrice : Est-ce que vous avez un médecin traitant ?

Mme Charme Un médecin traitant ? Bien sûr !
Enquêtrice : Vous y allez tous les combien de temps ?
Mme Charme Tous les mois. Pour un contrôle de la santé et puis, des médicaments. Ma foi, si il y a quelque chose entre, on y va.
(94 ans, veuve, a gardé des enfants, mari mineur)

Certaines personnes âgées n'ont plus à solliciter un rendez-vous auprès de leur médecin qui les inscrit dans leur « tournée » mensuelle.

Ainsi, l'idée d'un suivi régulier et de contrôles cliniques du corps dont les principes sont nés au XVIII^{ème} siècle (Foucault 2015 (1963)) apparaît comme assimilée par l'ensemble de cette population :

Il prend toujours la tension. Comme je prends des médicaments pour la tension, elle est toujours bonne, très bonne. Et puis, il me fait tousser la bouche ouverte : 'Respirez !' La bouche ouverte. Il écoute le cœur... il touche le ventre. Et les jambes, il me les lève... 'Est-ce que ça vous fait mal quand on vous fait ça ?' (Mme Charme)

La diffusion de cette norme est étroitement liée à l'organisation des soins qui s'est intensifiée dès la fin de la seconde guerre mondiale et diversifiée avec les lois successives visant la structuration de ce système et des plans quinquennaux régionaux de santé. Malgré des déficits en nombre de spécialistes dans les zones rurales étudiées, et les inquiétudes sur le renouvellement des généralistes, le système de soins fonctionne avec un maillage de médecins traitants, l'implantation de maisons de santé, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les associations d'aides à domicile, des cabinets de professions paramédicales³. Les campagnes de sensibilisation et de prévention sur l'alimentation et l'activité physique, lancée depuis 2001, ont également largement été diffusées dans la population via les médias. Les personnes âgées utilisent ce système de soins généralement coordonné par leur médecin traitant et leur famille.

Les différences socio-économiques sont plutôt visibles dans le rapport au savoir médical, dans l'implication et l'autonomie dans la trajectoire de soins.

2. Des différences de rapport au savoir médical et aux trajectoires de soins

Certains discours montrent une forte distance aux savoirs médicaux, une méconnaissance des taxinomies biomédicales. Tel est le cas de Monsieur et Madame Martino, 80 et 77 ans : d'origine italienne, Monsieur Martino arrivé à 18 ans, fut bucheron à la tâche puis salarié ; Madame a fait des ménages non déclarés et s'est occupée de son foyer. Ils sont propriétaires de leur maison et ont un revenu de 900 euros par mois. Madame est immobilisée sur un fauteuil roulant depuis un an au moment de l'entretien pendant lequel elle parle peu alors que la conversation tourne essentiellement autour de ses soins. L'enquêtrice tente de comprendre sa pathologie :

Monsieur Martino : Elle a été à l'hosto, elle a été coupée, elle a été opérée...

Enquêtrice : Qu'est ce que vous avez eu ?

³ Les personnes rencontrées se sentent plutôt bien soignées dans leur aire géographique même si tous soulignent la rareté des spécialistes, et sont inquiets pour le renouvellement des médecins généralistes. Cf. Vinel (dir.) 2016.

Monsieur Martino : Elle était au régime, il y avait un boyau qui était noir mais quoi je sais pas. Et des fois de temps en temps, elle allait faire des radios et puis un beau jour qui dit (le médecin) : « il faudra l'opérer parce que il peut rester comme ça mais un jour ou l'autre il va y avoir des crises, il va se faire opérer tout de suite mais alors il va avoir une poche d'urgence ». Alors il dit autant l'opérer avant et elle a été opérée et puis c'est tout. (...) Avant elle avait un régime, elle pouvait pas manger n'importe quoi.

Enquêtrice : A cause de quoi ?

Monsieur Martino : A cause de son truc noir là.

Enquêtrice : Et c'était quoi ?

Monsieur Martino : Ben c'était dans un boyau, alors ils l'ont opérée, maintenant elle a plus de régime, il (sic) mange n'importe quoi, il boit l'canon.

Madame Martino : Oh dis, menteur !

Dans cet extrait d'entretien, s'observe d'abord un rapport de genre inégalitaire où l'homme prend la parole pour retracer la trajectoire de maladie de sa femme, celle-ci n'intervenant que par interjections, soit parce qu'elle a peu l'habitude de discuter de ses maux, soit parce qu'elle est impressionnée par la situation d'enquête. Ni elle, ni lui ne dispose des informations biomédicales expliquant l'état de santé de la femme, et son interprétation en terme de « boyau noir », « truc noir » répétée à plusieurs reprises montre son éloignement des savoirs médicaux.

Madame Bouleau, 87 ans, amputée des deux jambes, diabétique, soignée quotidiennement par des infirmières et aides-soignantes, témoigne de cette même distance aux catégories et attentes médicales en se considérant comme « pas malade » :

Mme Bouleau : J'ai vu le docteur, la doctoresse, j'ai rien. J'ai consulté le docteur, je suis pas malade, il y a que les jambes. Puis j'ai un peu de diabète. (...) Avant j'habitais en bas dans la culture et puis c'est mon fils qui a repris l'entreprise. Et j'ai eu les jambes coupées. J'étais à Verdun. Ca fait 6 ans que j'suis sur une chaise.

Enquêtrice : Qu'est-ce que vous avez eu ?

Mme Bouleau : Bah j'ai eu des plaies variqueuses et puis ça n'se guérissait pas.

Enquêtrice : Donc vous avez dû...

Mme Bouleau : Oui ils ont coupé la jambe et puis j'ai plus rien.

Ces personnes âgées emploient des expressions telles que « être coupé », « mes douleurs », « boyau noir », un ensemble de terminologies endogènes qui proposent une autre interprétation, populaire, générationnelle, des problèmes corporels. Boltanski (1971) argue que les classes populaires sélectionnent dans le vocabulaire médical et réinterprètent dans des catégories endogènes les savoirs biomédicaux en les transformant. Mais l'ethnologie a montré combien les classes populaires disposent d'un arsenal de savoirs thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement subordonnés aux savoirs dominants (Lévi-Strauss, 1990 ; Loux, 1978)⁴.

⁴ Le débat sur l'autonomie ou l'hétéronomie des savoirs populaires par rapport aux savoirs dominants ou savants n'est pas clos (Mauger, 2013).

Lorsque Monsieur Martino rapporte le décès de l'un de leur nourrisson, ses explications montrent non seulement son éloignement des explications médicales, mais aussi un fatalisme face à l'adversité :

M. Martino : Et celui là, ma foi il est décédé, je sais pas c'qu'il y a eu.

Enquêtrice : Vous savez pas ce qu'il a eu ?

M. Martino : Oui bah il était malade, je sais pas, il a même été à l'hôpital à Nancy, ils n'ont rien trouvé. Oh il était tout jeune, tiens c'est lui là, tout petiot. Il avait 7-8 mois (il me montre une photo accrochée au mur).

Mme Martino : Bah oui, ils n'ont jamais trouvé c'qu'il avait.

Enquêtrice : Vous n'avez jamais su ?

M. Martino : Le toubib il est v'nu, allez hop, faut l'envoyer à Nancy, il a été à Nancy, l'hôpital mais ils n'ont rien trouvé du tout.

Tant le récit de l'hospitalisation de l'enfant il y a de nombreuses années, que celui d'opérations successives de Madame Martino montrent qu'ils s'en sont remis entièrement au médecin traitant qui décide de la trajectoire de soins à adopter, sans qu'ils ne semblent la comprendre. De même les soins actuels sont définis par le médecin traitant qui se rend systématiquement à domicile mensuellement, ou que monsieur appelle en cas de besoin : « Ben le toubib vient, normalement il vient tous les 2 mois. Avant ça n'allait pas de trop, il venait tous les mois. Si ça va pas, on passe un coup de fil, il vient, c'est tout. »

Les seuls médicaments achetés et présents dans l'espace domestique sont ceux prescrits par ordonnance, ils ne pratiquent pas d'automédication, ni de médecines parallèles, et n'ont jamais consulté d'autres spécialistes que ceux prescrits par le médecin, essentiellement à l'hôpital. Leur fils, qui réside dans la même rue, s'est chargé de mettre en place les soins infirmiers à domicile. L'expression « c'est tout », répétée onze fois dans l'entretien par le couple, laisse entendre une limitation des demandes et des besoins, mais aussi une hétéronomie par rapport au médecin traitant en qui l'un et l'autre semblent accorder toute leur confiance pour gérer leur santé.

Ce type de rapport éloigné aux savoirs et systèmes médicaux se retrouve chez d'autres personnes, anciens agriculteurs et agricultrices, mais qui délèguent moins leur trajectoire de soins au médecin traitant qu'à leurs descendantes, pensées comme compétentes. Comme nous l'avons montré ailleurs (Vinel, Kessler-Bilthauer 2017), les trajectoires de soins de plusieurs femmes âgées sont prises en charges entièrement par leur fille telle madame Bernard, 79 ans, citée plus haut, qui ne se trouve jamais malade, et dont la fille pharmacienne, décèle les symptômes, appelle le médecin, prend les rendez-vous et conduit chez les spécialistes. Le suivi de Madame Charme, 94 ans est, également, entièrement organisé avec et par sa fille.

On peut parler ici de trajectoires hétéronomes (en partie), au sens où ces personnes âgées se mettent en retrait de leur suivi médical en déléguant au professionnel ou à leurs enfants, l'organisation des dispositifs de santé pour eux. L'éloignement social, générationnel, au système biomédical peut expliquer cette hétéronomie.

En effet, dans des cas de personnes de catégories sociales intermédiaires (techniciens, contremaître), moyenne (petits entrepreneurs, femme d'instituteur) et supérieures (cadre), les

trajectoires de soins, aux mêmes âges, sont davantage décidées par l'individu, en interaction dans le couple, et dans une aire géographique connue. Il en est ainsi de Monsieur et Madame Pernic, âgés de 72 et 77 ans, anciens entrepreneurs, qui vivent dans un village vosgien et affirment se sentir à l'aise financièrement. Ils conduisent tous les deux et s'ils ont le même médecin généraliste, ils s'y rendent séparément, chacun organisant son temps selon ses occupations. Lorsque Monsieur a fréquenté la clinique pour des problèmes de santé, il s'y rendait également seul. Madame a une trajectoire multiple dans laquelle elle consulte à la fois le médecin généraliste tous les trois mois pour suivre sa tension, l'ORL pour des questions de surdité, l'ophtalmologue pour des problèmes aux yeux, et d'autres spécialistes pour le dos. Insatisfaite des résultats des soins, elle a cherché d'autres professionnels, y compris des médecines parallèles. Elle n'h siste pas à se rendre dans une région limitrophe pour tenter une nouvelle forme de thérapie, accompagnée cette fois par son époux. Les mêmes logiques s'observent dans une population de dix ans plus jeunes, autour de 60 ans, proche socialement.

3. Des inégalités dans le rapport aux spécialités et aux soins dentaires

Une distinction émerge également dans le rapport que les âgés de classes sociales différentes entretiennent avec le recours aux spécialistes et aux professionnels autres que les généralistes. De manière générale, les femmes âgées issues du milieu agricole ou anciennes ouvrières, ont tendance à être accompagnées dans leur trajectoire de soins soit totalement (cf. supra), soit dès qu'elles doivent avoir recours à des spécialistes. Effet de genre, de génération et de classe sociale, de conditions matérielles (elles n'ont pas le permis de conduire), leurs enfants – spécifiquement leurs filles – les conduisent et les accompagnent aux consultations spécialisées, voire pour les plus âgées, leur prennent les rendez-vous. Mais les femmes ne sont pas les seules concernées par cet écart au système médical. Le cas de Monsieur Fleuret, 77 ans, célibataire sans enfant, ancien agriculteur, reflète les caractéristiques du rapport distancié voire anxieux qu'entretiennent certains de ces anciens agriculteurs au système médical. N'ayant pas cotisé car la ferme était au nom de son père, toujours actif à élever des animaux, couper du bois, cet homme vit seul, dans la maison familiale avec une retraite mensuelle d'environ 750 euros. Il loue la moitié de son exploitation à son neveu, ce qui lui permet de compléter sa retraite ; le neveu et sa femme sont très proches de lui, sa nièce lui préparant notamment ses repas. Il vit uniquement au rez-de-chaussée de sa maison, qui comprend deux pièces, une cuisine (frigo, armoire, ancienne cuisinière au charbon de bois, évier en pierre intégré au mur) et un salon/chambre (il dort dans une alcôve). Il chauffe la maison au charbon de bois. Comme plusieurs de ses homologues, il dit peu consommer de médecine et ne se rend chez son médecin traitant que deux fois par an. Il l'apprécie car le MG se met à la portée de sa clientèle et ne l'impressionne pas : « Il est sympathique, populaire. Il se met à la portée, il s'assoit là : 'Allez racontez moi voir ce qu'il ne va pas.' Il discute, tout simplement. Oh oui il est très cool ». Ses examens médicaux sont réalisés par le MG qui lui fait ses prises de sang et lui donne les résultats : « le docteur il dit qu'c'est bon. » De même, il se rend toujours à la même pharmacie, en face de chez son médecin, « parce que je suis habité ». L'idée d'habitude revient à plusieurs reprises dans l'entretien pour justifier le fait qu'il se rend peu chez le médecin généraliste, qu'il n'a pas recours à d'autres professionnels de santé (spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes), qu'il n'a pas sollicité les transports en véhicule sanitaire léger pour se rendre à l'hôpital. Ses deux séjours à l'hôpital ont été prescrits par le MG qui a diagnostiqué une dépression. Comme constaté du point de vue macro-social

(DRESS, 2005), le recours à l'hôpital pour soigner cet état psychique plutôt qu'à un psychiatre en libéral est bien relatif aux moyens socio-économiques de Monsieur Fleuret. Enfin, alors qu'il n'était jamais allé chez le dentiste, sa nièce (celle qui lui prépare ses repas) a pris rendez-vous et l'a emmené pour des soins dentaires. Or, la visite s'est soldée par l'arrachage de toutes les dents car elles étaient cariées et le port d'un dentier, qu'il ne supporte pas. Il est donc réduit à manger des repas mixés, mais il dit s'être habitué à manger sans dent.

Dans cette trajectoire, s'observent à la fois une généralisation d'un suivi de la santé globale par un médecin généraliste considéré comme familier et l'absence de « soins périphériques » – comme les soins dentaires aujourd'hui estimés comme centraux par les pouvoirs publics et la majorité de la population – qui renvoie à cet ethos de « ne pas s'écouter », « ne pas faire trop attention à son corps » des classes populaires (Boltanski, 1971) et de se contenter de son sort, par cet habitus où « la résignation à la nécessité est au principe du goût de nécessité » (Bourdieu, 1979, p. 442). Ainsi, Madame Bouleau, vu plus haut, a son dentier cassé mais elle ne le change pas : « Oh non ça va comme ça, tant que j peux manger, pas trop le pain. »

L'intervention de la nièce dans la trajectoire de monsieur Fleuret montre aussi comment la génération inférieure, davantage imprégnée de culture biomédicale, incite cette ancienne génération à s'y conformer, avec un résultat peu convaincant dans le cas de Monsieur Fleuret.

Tous les anciens agriculteurs rencontrés ne s'inscrivent pas dans cet éloignement des représentations d'un entretien systématique du corps : la plupart, à part deux d'entre eux, ont un suivi dentaire, ophtalmologique, infirmier, kinésithérapique, y compris pour certains à domicile⁵. Mais ces cas reflètent aussi plusieurs éléments caractéristiques de cette population : d'une part, l'importance de l'accompagnement des trajectoires de soin par des familiers (généralement des membres de la parenté, et surtout des descendants) pour réduire la distance sociale et baliser affectivement le recours aux professionnels de santé (Vinel, Kessler-Bilthauer, à paraître), d'autre part, des représentations du corps et de la maladie qui intègrent à la fois des tendances biomédicales diffusées depuis maintenant plusieurs siècles et des catégories endogènes, autonomes, propres à une classe et à une génération. Enfin, le parcours de soin est construit par le médecin généraliste qui envoie chez des spécialistes, à l'hôpital, sollicite des soins à domicile. Monsieur Fleuret, Monsieur et Madame Martino ou Monsieur et Madame Caplin ne dérogent pas aux prescriptions du médecin traitant. En cela, leurs pratiques sont paradoxales : elles concordent avec les recommandations des politiques publiques contemporaines prescrivant le rôle déterminant du MG dans l'organisation du parcours de soin coordonné⁶ mais, par leur faible consommation de soins, elles se trouvent en décalage par rapport aux normes sociales actuelles.

Les pratiques de cette population mettent au jour des arrangements dynamiques entre savoirs populaires et dispositifs biomédicaux : les savoirs populaires sont issus de différentes sources

⁵ Plusieurs dispositifs permettent la mise en place de l'organisation des soins à domicile : l'allocation personnalisée d'autonomie, la couverture mutuelle universelle, la prise en charge à 100% des soins en cas de maladie grave. Les médecins généralistes et les infirmières se rendent à domicile dans les zones étudiées ainsi que certains dentistes, kinésithérapeutes, diététiciennes.

⁶ Le parcours de soins coordonné a été établi par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf consulté le 17 août 2016.

qui combinent aussi bien des éléments des discours savants diffusés, vulgarisés, que des éléments locaux issus de différentes couches successives bricolées (Lévi-Strauss, 1990 (1962)). Si ces savoirs sont généralement dominés dans les espaces publics et les espaces de mise en présence des classes sociales (comme en attestent la distance que cette population garde avec le système médical non familial), ils sont aussi valorisés dans l'entre soi (Bourdieu, 1979) et peuvent connaître une nouvelle vie, via des réinventions et revalorisations des pratiques locales (par ex. via l'ethnopharmacologie), comme nous le verrons plus loin.

Une situation bien différente est celle du couple d'anciens cadres, Monsieur et Madame Rohmer, 80 et 70 ans, originaires de la région parisienne – où ils ont conservé un appartement – résident depuis 20 ans dans une petite commune vosgienne, où elle est adjointe au maire et présidente du foyer rural. Ils se trouvent bien soignés dans leur aire géographique par le médecin généraliste et du fait de l'installation récente d'une maison de santé à proximité. Mais soucieux d'être suivis par des spécialistes, ils trouvent que leur région est peu dotée : « Le seul bât qui blesse c'est les spécialistes (...) L'ophtalmo je crois que c'est le pompom ! Ici si vous voulez les gens quand ils prennent leur rendez-vous, c'est six mois à un an à l'avance : vous avez le temps de crever avec un cardio. » Ils ont ainsi conservé « leurs spécialistes sur Paris » : « Autour de chez nous (à Paris), entre les hôpitaux et les cliniques spécialisées, il y en a 14. Je peux avoir un rendez-vous dans les 15 jours. »

Ce cas, marginal dans notre population, reflète les inégalités économiques, mais aussi de culture somatique et médicale, entre ces anciens cadres propriétaires d'un appartement à Paris qui se rendent régulièrement et par eux-mêmes chez des spécialistes dans la capitale, et des anciens agriculteurs, peu dotés financièrement, peu imprégnés de culture biomédicale, qui fréquentent peu le système médical spécialisé. Les pratiques de ce couple se rapprochent toutefois de celles de personnes âgées moins dotées financièrement, appartenant plutôt à la classe intermédiaire et moyenne (techniciens, contremaîtres, employés, petits entrepreneurs) qui vont consulter divers spécialistes et professionnels paramédicaux dans le département ou le département voisin de leur propre initiative ou en suivant les prescriptions du MG. Monsieur Paul, 70 ans, par exemple, ancien agent de maîtrise en électricité dont les parents, la femme et le frère sont agriculteurs, élu à la communauté de commune, résidant dans un très petit village du sud des Vosges, était suivi par un médecin généraliste dont il se sentait proche (« un cousin éloigné, un copain d'enfance » dit-il) ; il évalue actuellement son remplaçant, afin de définir s'il continuera avec lui ou cherchera un autre médecin traitant, notamment parmi les médecins d'une maison de santé qu'il connaît bien. Il se rend une fois par an chez le cardiologue à Epinal (55 kms), va chez un ophtalmologue à Nancy (à 120 kilomètres en l'absence de spécialiste de la vue libre à proximité), et chez le dentiste en Haute-Saône le département voisin. Sa trajectoire de soin est davantage enchâssée dans la parenté que celle de Monsieur et Madame Rohmer (qui n'ont pas d'enfant, et pas de famille à proximité) car ses choix s'inscrivent dans un entourage familial (conseils de sa sœur, médecins apparentés ou amis), mais il construit son parcours de soin avec une certaine autonomie et sans distance radicale avec le système de santé qu'il aborde, en couple, sereinement.

4. Des trajectoires de maladie qui reconfigurent les savoirs médicaux

Les histoires personnelles de maladie viennent infléchir les rapports aux savoirs et au système biomédicaux. Ainsi, trois femmes parmi notre population, porteuses de maladie chronique,

construisent un discours et des pratiques proches des catégories biomédicales malgré une origine sociale modeste.

Madame Jasmin, 60 ans, qui a élevé ses enfants puis a pris un emploi d'aide-cuisinière dans une Maison de l'Enfance à Caractère social, épouse et fille d'agriculteur, a connu depuis sa jeunesse des allergies chroniques qui se manifestent par de l'asthme, de l'eczéma, et se sont aussi soldés par deux crises d'œdème de Quincke. Elle a également souffert de nombreuses crises de cystites et souffre actuellement d'hypothyroïdie. On constate d'une part, que cette femme a une très bonne connaissance du système de santé existant sur son territoire, médecins généralistes et leur spécialité, maison de santé, hôpitaux, professionnels paramédicaux et spécialistes. Elle l'a amplement fréquenté pour ses enfants avec qui elle a consulté l'orthophoniste, le psychologue du centre médico-psychologique, le pédiatre de l'hôpital, et l'utilise aujourd'hui pour elle-même et son époux. De plus, elle emploie, majoritairement, le vocabulaire biomédical spécialisé pour expliquer à l'enquêtrice ses pathologies anciennes, même si certains termes plus récents dans sa trajectoire lui échappent parfois :

Moi, je fais tout : eczéma, asthme, œdème de Quincke... les plaques, les trucs galopants... urticaires galopants... Donc moi, je prends un antihistaminique tous les jours, toute l'année, H24, sinon c'est pas la peine. Autrement je fais encore des réactions... ah ! J'ai fait encore le truc photo... photo quelque chose, photo-réactif... quelque chose comme ça. Ça, je l'ai fait y a pas longtemps. Je les fais tous. J'ai donc un traitement de fond homéopathique tous les jours, plus du *Xyzall* un antihistaminique.

De plus, elle a bifurqué dans sa trajectoire de soins vers un médecin homéopathe, pourtant peu disponible (« il y a de 3 à 5 heures d'attente sans rendez-vous, et les rendez-vous se prennent plusieurs mois à l'avance » dit-elle), face à l'inefficacité perçue des médicaments allopathiques pour ses problèmes urinaires. Elle porte toujours sur elle des médicaments (cortisone et *ventoline*) en cas de crises, et suit tous les contrôles attendus par la norme médicale (dentiste, gynécologue). Ses choix sont intégrés dans un ensemble d'interactions avec sa famille (ses beaux-parents consultaient cet homéopathe), et déterminés par ses expériences avec le milieu médical : hospitalisée à deux reprises pour des tests allergologiques, elle ne souhaite plus y être soumise, et a trouvé sa trajectoire routinière de soins entre ses visites bimensuelles à son médecin traitant homéopathe et les produits allopathiques.

Madame Blanc, 62 ans, atteinte de polyarthrite depuis 16 ans, se déplace peu et son état de santé nécessite des hospitalisations régulières et des soins à domicile. Ancienne boulangère, son rapport au corps et au système de soin se rapproche de celui de Madame Jasmin, au sens où elle domine le vocabulaire biomédical lié à sa pathologie, elle change de médecin généraliste lorsqu'elle n'a plus confiance en lui et ses hospitalisations sont intégrées dans sa biographie. Madame Jeanne, 83 ans, issue d'un milieu urbain, ancienne esthéticienne, se déclare encore davantage actrice de sa trajectoire de soins. Souffrant d'arthrose et opérée du dos, elle revendique une compétence à la fois acquise par sa longue histoire de maladie et son ancienne profession :

Mme Jeanne : Ben j'ai 20 ans de pratique (de médicaments homéopathiques et d'huiles essentielles) quand même, 20 d'apprentissage sur le tas.

Enquêtrice : Vous avez appris comme ça ?

Mme Jeanne : Quand on est esthéticienne on a des bases, ça équivaut à des études de médecine l'esthétique, donc on a déjà des bases.

Après la retraite de son médecin traitant, homéopathe et phytothérapeute, « un médecin fabuleux », elle a eu des difficultés à trouver un remplaçant à la hauteur de ses attentes, qui en plus se déplace à domicile. Elle porte un regard condescendant sur son nouveau médecin traitant : « Bon il est pas mal. M'enfin (rires) ! Je l'appelle mon vétérinaire. (rires) (...) Il est brut de décoffrage, il est un peu... mais bon, ça va, ça me convient. » Elle se rend tous les ans chez un homéopathe dans une ville où réside son fils et, forte de ces prescriptions et de ses savoirs en homéopathie, elle demande à son médecin de lui prescrire : « C'est moi qui fais l'ordonnance. Je lui fais la liste, mais il n'a rien contre. Il m'a dit : 'Je n'y connais rien, mais j'ai rien contre'. »

Ces trajectoires reflètent l'acquisition des compétences obtenues par l'expérience de la maladie et par la fréquentation des systèmes de santé et de soins (Strauss, 1992), qu'ils soient biomédicaux ou alternatifs. Les porteurs de maladie chronique sont identifiés pour leur capacité d'agir et de négocier leur trajectoire (Baszanger, 1986). On peut voir ici aussi un effet du genre du fait d'une forte appropriation de l'attention au corps – toutes les trois sont attentives à l'entretien de leur corps, consultant une diététicienne, une coiffeuse, fabricant ou achetant des crèmes de visage et de corps – et à la santé d'elle-même et de leurs proches (Saillant, 1992). Mesdames Jasmin et Blanc sont aussi les plus jeunes de notre population ; nées dans les années 50, elles ont bénéficié de la médicalisation de la société, et ont fréquenté dès leur âge adulte l'organisation du système de santé français et régional. Toutefois, les conditions de mobilité des unes, l'offre locale de santé, limitent le déploiement que leur trajectoire pourrait avoir, notamment en terme de médecine parallèle et de recours aux spécialistes.

5. Des médecines parallèles et non conventionnelles de proximité

La classe sociale apparaît, paradoxalement, peu déterminante lorsqu'il s'agit du recours aux médecines parallèles et non conventionnelles. Parmi les personnes rétives aux médecines et produits dits « naturels » (homéopathie, acupuncture, phytothérapie), se trouvent des agriculteurs tels que Madame Bouleau, Monsieur et Madame Martino ou Monsieur et Madame Caplin qui ne se fient qu'aux prescriptions de leur médecin traitant, ou Madame Charme qui s'oppose à toute consommation de produits thérapeutiques. Mais parmi les anciens agriculteurs et agricultrices, plusieurs utilisent l'homéopathie ou des produits qu'ils considèrent comme « naturels ». Ainsi, Monsieur Fleuret dont on a observé la faible fréquentation médicale dit qu'il est un mordu de « bio » qu'il a expérimenté en premier par l'élevage et l'agriculture.

J'ai un surnom, on m'appelle « le bio » (...) parce que depuis plus de 20 ans, j'ai essayé de faire un peu de culture biologique (...) C'est bizarre comme c'est venu. C'est venu de la santé des animaux. Donc quand on a des animaux en faiblesse, on recherche les causes, on recherche de leur donner des minéraux pour rétablir l'équilibre. Et de fil en aiguille, il y avait un inséminateur qui venait et lui s'est mis à vendre des minéraux par un contact de produit bio. Alors de fil en aiguille on a corsé l'histoire du bio et j'ai essayé (...) je me débats encore aujourd'hui sur la pollution, que si on se rapprochait un peu plus de la culture bio, ça irait beaucoup mieux que ça ne va.

Il cherche alors, en pharmacie, des produits à base de plantes pour ces maux quotidiens (courbatures, maux de tête) mais sa consommation reste réduite à un ou deux produits. Monsieur et Madame Pernic ont également été sensibilisés à l'agriculture biologique via leur profession, puis aux médecines parallèles en fréquentant des salons spécialisés. Mais leur consommation de soins dits naturels s'avère plus élevée que celle de Monsieur Fleuret, en consultant notamment des professionnels non remboursés (kinésologue, ostéopathe), illustrant ainsi les écarts financiers entre ces deux ménages.

La représentation des médecines parallèles jugées plus naturelles que la biomédecine concorde avec l'imaginaire de la campagne (Herzlich, 2005) et s'accorde donc aussi avec les pratiques populaires de ces anciens agriculteurs et résidents de zones rurales. Plus, l'engouement contemporain pour les médecines dites naturelles revalorise tout en les transformant les savoirs populaires. Ainsi, Madame Zibel, 78 ans, qui a gardé des enfants et fait des ménages, est suivie par un médecin traitant homéopathe et acupuncteur. Elle explique qu'elle « s'intéresse à l'acupuncture depuis plus de 20 ans » et « fait un peu de médecine » car elle utilise des produits à base de plantes, des tisanes, pour faire face à ses différents maux. Elle attribue ses compétences à une transmission familiale, celle de ses parents qui cueillaient des plantes (reine des prés, serpolet, tilleul), les faisaient sécher et fabriquaient des infusions ou des soupes (orties). Elle-même a poursuivi cette pratique tout au long de son âge adulte et l'a transmise à sa fille. Aujourd'hui moins mobile, elle commande par courrier des produits (gélules, tisanes) avec les mêmes ingrédients qu'elles cueillaient autrefois. Son ami confirme l'adéquation aux imaginaires de la nature : « Tout ça, ça peut pas faire de mal. C'est naturel, ça permet de purifier. »

L'usage de l'homéopathie ou moins souvent de l'acupuncture se fait, quant à elle, par essai et par recommandation. Cette pratique doit prouver son efficacité, via des proches ou par soi-même pour être essayée et poursuivie. Ainsi, Madame Jasmin (cf. supra), ouvrière, a débuté ses traitements homéopathiques sur les conseils de ses beaux-parents, après un long parcours de pathologies non soignées, et continuent car les trouvent efficaces. Madame Peltre, au contraire, 73 ans, épouse de professeur de collège, souffrant d'insomnie et de maux de tête a pratiqué l'homéopathie pendant un an et fait plusieurs séances d'acupuncture sans succès. En l'absence d'efficacité et de remboursement, elle a arrêté :

J'en ai fait quand j'avais mal à la tête. J'ai essayé... ça n'a rien donné non plus. Lui, il était à Saint-Avold. Moi, je trouvais pas ça efficace. Pas du tout. Mais bon, je sais que chez d'autres, ça marche. Mais moi, pas du tout. C'est comme l'homéopathie. Un matin, j'étais à la pharmacie et il y avait une dame à côté de moi, elle avait toutes ses petites bouteilles. Je lui dis : ça marche votre truc ? Elle me dit : oui. Voyez ? (..) Moi, non, ça n'a pas marché... Pendant un an et demi ! Attendez... J'allais pas encore continuer les piqûres trois fois par semaine, les p'tits granules, les petites bouteilles... et les tisanes ! Moi, ça me revenait à 150€ par mois ! Non...

Le recours à l'homéopathie ou aux plantes est donc corrélé à leur efficacité mais aussi au coût que la personne peut supporter en cas d'absence de remboursement par la sécurité sociale⁷.

Le recours à des thérapeutes non conventionnels (guérisseurs, rebouteux) s'avère encore davantage soumis au réseau d'expérience et de relations dans lequel s'inscrit la trajectoire de

⁷ Les médicaments homéopathiques sont remboursés en partie par la sécurité sociale et par les mutuelles s'ils sont prescrits par un médecin. Les produits phytothérapeutiques sont rarement remboursés.

soins (Kessler-Bilthauer, 2013). Les personnes opposées aux recours à ces soignants se retrouvent autant parmi les agriculteurs de notre population (Monsieur et Madame Caplin par exemple trouvent que « ça marche pas mieux ») que de catégories moyennes : Madame Jeanne, qui se dit « très homéopathie », refuse d'avoir recours à un guérisseur en rejetant leur pratique du côté de l'irrationnel: « C'est des conneries, conneries (rires). » Ceux qui ont déjà consulté un guérisseur (une majorité de notre population) se trouvent autant parmi les anciens cadres et entrepreneurs que les anciens agriculteurs, ouvriers, agents de maîtrise, hommes et femmes. Les guérisseurs sont des gens proches socialement, connus pour leur spécialité (peau, ossature, brûlures...), inscrits dans un réseau de relations, peu coûteux et consultés sporadiquement (Kessler-Bilthauer, ibidem).

En l'absence de remboursement, et d'intégration des médecines dites douces, et non conventionnelles, dans les dispositifs de santé publique, leur recours est donc lié à leur coût, aux représentations auxquelles elles renvoient (qui s'accordent ou non avec celles des personnes), surtout au réseau de relations qui les recommandent et à leur efficacité ressentie. L'expérience personnelle ou du réseau de confiance dans lequel s'insèrent ces médecines, leur intégration dans un univers familier et reconnu, leur efficacité expérimentée sont donc des facteurs plus déterminants que la classe sociale pour leur fréquentation. La classe sociale agit pourtant au niveau des ressources économiques, financières, en limitant leur accès.

Conclusion

Les résidents âgés des zones rurales éloignées des pôles urbains en Lorraine présentent des caractéristiques hétérogènes dans leurs rapports à la santé et au système médical. Pourtant tous ont à la fois un suivi médical de proximité par un médecin traitant qu'ils consultent mensuellement – ou plus – et une rhétorique de limitation du suivi médical. Cette double pratique reflète à la fois la médicalisation ancienne dont ils ont assimilé le principe de contrôle clinique régulier de leur corps, et un ethos générationnel de parcimonie et de faible consommation médicale.

Toutefois, aux deux pôles des pratiques sociales de santé, se trouvent des personnes âgées issues des milieux ouvriers agricoles, éloignées des savoirs biomédicaux, qui s'en remettent entièrement à leur médecin traitant qui dirige leur trajectoire de soins via les hôpitaux, si besoin. Des femmes âgées se laissent guider, quant à elles, par leurs filles. Ces trajectoires se caractérisent par une certaine hétéronomie au sens où les âgés délèguent leur trajectoire de soins à un tiers familier, de confiance, parfois à plusieurs (médecin, enfants). A l'autre pôle, d'anciens cadres ou entrepreneurs, mais aussi techniciens ou contremaîtres circulent dans le système médical en couple ou dans un enchâssement de conseils familiaux, faisant des choix, essayant de nouveaux praticiens (spécialistes, paramédicaux, thérapeutes non conventionnels), et menant une trajectoire de soins qui peut être qualifiée d'autonome.

Pour autant, les positions sociales n'épuisent pas les explications du rapport complexe des personnes à la santé et au système de soins. Ainsi, les histoires personnelles de maladie chronique font acquérir à des personnes de milieux populaires – ici des femmes – des savoirs médicaux et une familiarité avec le système médical qu'elles transposent dans leur trajectoire et celle de leur entourage. De même, l'expérience personnelle et des familiaux des différents

professionnels, et des médecins parallèles ou non conventionnels, détermine leur usage, même si celui-ci est aussi limité par les moyens économiques.

Références bibliographiques

BASZANGER I., 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27 (1), pp. 3-27.

BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., 2006, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001 », *Sciences sociales et santé*, 24 (3), pp. 11-31.

BERGERON H., CASTEL P., 2015, *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires De France.

BOLTANSKI L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1, pp. 205-233.

BOURDIEU P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les éditions de minuit.

CHAUVEL L., 2001, « Le retour des classes sociales ? », *Revue de l'OFCE*, 4, 79, pp. 315-359.

CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.-M., 2008, « La « double peine » des ouvriers: plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et société*, 441.

CRESSON G., 2006, « La production familiale des soins et de santé : la prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, 1, pp. 6-15.

DODIER N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

DRESS, 2016, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire - er378.pdf ». <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er378.pdf>. Consulté le août 15.

FOUCAULT M., 2015 (1963), *Naissance de la clinique*, 9e édition. Paris, Presses Universitaires De France.

GESTIN A., 2001, « Un nouvel impératif pour les hommes et les femmes retraités : « vieillir-jeune » », *Cahiers du Genre*, 31 (2), pp. 203-219.

HERZLICH C., 2005 (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS.

HURD CLARKE L., GRIFFIN M. and The PACC Research Team Failing Bodies, 2008, « Body Image and Multiple Chronic Conditions in Later Life », *Qualitative Health Research*, 18, p.1084.

KESSLER-BILTHAUER D., 2013. *Guérisseurs contre sorciers dans la Lorraine du XXI^e siècle*, Metz, Editions Serpenoise.

KLEINMAN A., EISENSTEIN L., GOOD B., 2006 (1978), « Culture, Illness, and Care : Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research », *The Journal of Lifelong learning in Psychiatry*, 4 (1), pp. 140-149.

LAFONTAINE C., 2010, « La vieillesse, une maladie mortelle », *Revue internationale de soins palliatifs*, 25 (1), pp. 5-9.

LEVI-STRAUSS C., 1990 (1962), *La pensée sauvage*, Paris, Plon.

LOUX F., 1978, *Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*, Paris, InterÉditions.

MANNHEIM K., 1990, *Le problème des générations*, Paris, Nathan Université.

MAUGER G., 2013, « 16. Bourdieu et les classes populaires. L'ambivalence des cultures dominées », in *Trente ans après La Distinction*, de Pierre Bourdieu, Paris, La Découverte, pp. 243-254.

PESCOSOLIDO B. A., 1992, « Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help », *American Journal of Sociology*, 97 (4), pp. 1096-1138.

SAILLANT F., 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire*, 28, pp. 95-106.

STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan. Edition établie par I. Baszanger.

VINEL V., KESSLER-BILTHAUER D., 2017, « Se soigner en zones rurales lorraines : des trajectoires enchâssées dans la parenté », *Revue internationale Enfances, Familles, Générations*, no 28, en ligne

VINEL V. (dir.), 2016, *Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux*, MSH Lorraine, Région Lorraine, Besançon, Nancy, février. En ligne <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/hal-01316554v1>