Accessibilité des structures de santé publique en transports en commun et inégalités de santé à São Paulo

Pauline Iosti

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/348>

DOI : 10.4000/rfst.348

ISSN : 2492-3672

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique

Pauline Iosti, « Accessibilité des structures de santé publique en transports en commun et inégalités de santé à São Paulo », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Mobilités Transports et Santé, mis en ligne le 27 mai 2019, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/348> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.348>

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.

La Revue francophone sur la santé et les territoires est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Accessibilité des structures de santé publique en transports en commun et inégalités de santé à São Paulo

Pauline Iosti

Introduction

- 1 Les questions d'accessibilité, parce qu'elles interrogent tant les distances entre des lieux et des personnes que les modalités de leur franchissement, sont un questionnement central en géographie de la santé et notamment dans l'étude de l'accès aux soins. L'étude des transports, compris ici comme supports techniques des mobilités, est indissociable de celle de l'accessibilité aux services de santé.
- 2 Pourtant, une revue de littérature datée de 2015 a montré que les principaux modes de calcul utilisés dans les études portant sur l'accessibilité des soins utilisent des indicateurs statiques prenant peu en compte la dimension qualitative des transports, les temporalités ou encore l'aspect dynamique des mobilités et la micro-spatialisation de l'accès aux soins (Neutens, 2015). Par ailleurs, les grands modèles théoriques de l'accès aux soins ne prennent qu'incomplètement en compte le transport comme facteur de l'accès aux soins. Par exemple, le cadre théorique de Penchansky et Thomas évoque cinq composantes de l'accès aux soins, compris comme la capacité pour les usagers à accéder à des soins adaptés quand ils en ont besoin : la disponibilité, l'accessibilité, les aspects financiers, organisationnels et l'acceptabilité. Dans ce modèle, le transport n'est pris en compte que comme sous-catégorie de l'accessibilité, définie comme un pur facteur géographique (Penchansky & Thomas, 1981). Or ce n'est pas tant la distance kilométrique elle-même qui influence l'accès aux soins, en particulier en milieu urbain, que les formes et modalités de son franchissement (Vigneron, 2001). Des travaux ont par exemple montré qu'en Angleterre, le type de transports disponibles avait un impact sur la réalisation d'examens préventifs (Wang, 2016). La disponibilité de transports variés et la configuration des réseaux de transports dans l'espace urbain

participeraient donc à la réduction ou à l'accroissement des distances ressenties entre populations et offre de soin. Les capacités de mobilité des individus, comprises au sens large et incluant tant les infrastructures de transport disponibles que les modalités de leur utilisation et les représentations qui y sont liées (Kaufmann & Jemelin, 2013) sont également centrales dans la compréhension de l'accès aux soins.

- 3 La question des transports et des mobilités est problématique dans le contexte urbain actuel des métropoles sud-américaines (Lazo, 2008 ; Lizarraga, 2012), ainsi qu'à São Paulo (Zandonade & Moretti, 2012). Le croisement de fortes densités de populations, d'un étalement urbain conséquent et de l'insuffisance des services publics a conduit à d'importantes problématiques de transports et à l'allongement des temps de déplacement : congestion, prix élevé de transports en commun par ailleurs peu efficaces (Carlos & Oliveira, 2004 ; Théry, 2014). À São Paulo, ces problématiques sont renforcées par les dimensions de la ville, qui concentre plus de 12 millions d'habitants dans la municipalité, plus de 20 millions dans la région métropolitaine (IBGE, 2018) et s'étale sur plus de 8 000 km² (Théry, 2016). Par ailleurs, la métropole connaît d'importantes inégalités et une forte ségrégation socio-spatiale (Marques, 2004 ; Santos, 2009), que l'émergence économique de la métropole au rang de ville mondiale tend à accentuer (Carlos, 2009).
- 4 Certes, l'inscription du droit à la santé dans la Constitution du Brésil en 1988 a permis la création d'un *Système unique de santé* (SUS), répondant aux principes d'universalité, d'intégralité¹ et d'équité des soins (Brésil, 1988). Toutefois, même si les soins sont gratuits, leur logique de répartition ne suffit pas à compenser les inégalités existantes. Les structures de soin spécialisées et complexes, privées comme publiques, se concentrent ainsi de façon préférentielle dans les espaces les plus riches au centre-ouest de la ville (Secretaria da Saúde do Município de São Paulo ; Instituto Via Pública, 2011), entre le centre historique appauvri -qu'on étudiera ici-et un second cercle de quartiers pauvres et de favelas (Rivière D'Arc, 2006).
- 5 Face à des défis similaires, des études ont montré que d'autres métropoles latino-américaines connaissent d'importantes inégalités face aux mobilités de santé, notamment dans les périphéries des villes (Gutiérrez, 2009 ; López, Aón, Giglio, Freaza, & Cola, 2019). Pourtant, dans le cas de São Paulo, le rôle des transports dans l'accès aux soins, tout comme les problématiques spatiales liées à l'organisation du système de soin public ont été peu abordées. Des études ont traité des liens entre transports et santé autour de thématiques spécifiques comme la pollution ou les accidents (par ex., Novaes, Saldiva, Matsuda et al., 2010 ; Gawryszewski, Coelho, Scarpelini et al., 2009). Il existe également des études sur la question de l'accès aux services de santé, mais elles se sont principalement focalisées sur l'évaluation de l'accès aux soins primaires, suite à la mise en place du programme de santé communautaire, l' *Estratégia de Saúde da Família* (Azevedo & Monteiro Costa, 2010 ; Elias, Ferreira, Alves et al., 2006). Or, la proximité de ces services de santé primaires fait qu'il n'est pas pertinent de les évoquer par le prisme des transports : on les exclura donc de cette étude. En revanche, l'accessibilité en transports des structures ambulatoires de spécialité et des structures hospitalières n'a pas fait l'objet d'études géographiques. Pourtant, l'accès à ces soins plus complexe pose question.
- 6 De fait, étant donné l'insuffisance de l'offre de soins de spécialité à São Paulo, créant de longues files d'attente, un système de régulation de l'accès aux soins secondaires a été mis en place au début des années 2000. Dans les centres de santé primaires (UBS – *unité*

basique de santé), niveau responsable de l'organisation des flux au sein du système de santé selon un principe pyramidal (Giovannella, Escorel, Lobato et al., 2012), le personnel administratif se charge de la prise des rendez-vous de spécialité des patients. L'objectif est de rationaliser les flux, en fonction du niveau d'urgence et du temps d'attente. Cependant, en raison de cette même insuffisance de l'offre, les rendez-vous médicaux des patients sont pris par les services de régulation dans les quelques structures disponibles, souvent en leur absence et sans prise en compte de leurs contraintes de mobilité ou de leurs disponibilités, ce qui peut créer d'importantes barrières d'accès aux soins (Spedo, Pinto & Tanaka, 2010).

- 7 L'objectif de cet article est alors d'identifier le rôle des transports dans les difficultés d'accès aux soins des populations de São Paulo, et de s'interroger sur leur contribution aux inégalités de santé.
- 8 À partir de l'étude du quartier de Bom Retiro, quartier central de la métropole de São Paulo, nous chercherons d'abord à voir dans quelle mesure l'accessibilité des structures de santé publique est prise en compte par le personnel en charge de la régulation de l'accès aux soins. Ensuite, nous chercherons à évaluer l'impact des transports dans les difficultés d'accès déclaré aux soins, à partir du récit d'usagers présentant leurs trajectoires individuelles. Enfin, nous verrons dans quelle mesure le fait de disposer d'alternatives de santé et de transports (accès aux soins privés et à un véhicule individuel) permet de contourner ces barrières d'accès aux soins, en agissant soit sur l'offre géographique des lieux de soins, soit sur les mobilités elles-mêmes. Nous montrerons finalement dans quelle mesure ces alternatives, avantageant plutôt les populations les moins vulnérables, reproduisent à leur tour des inégalités d'accès aux soins.

Méthodologie

- 9 Les données étudiées dans cet article ont été récoltées en 2017 et 2018, lors de travaux de terrain réalisés dans la municipalité de São Paulo. Une méthodologie qualitative a été adoptée, articulant un travail d'observation et d'entretiens en face à face avec le personnel médical et administratif de deux centres de santé primaires et des entretiens semi-directifs avec 80 usagers, rencontrés pour la plupart par le biais et en présence de leurs agents de santé communautaires ².
- 10 Pour cet article, les données d'un seul de ces deux centres de santé primaire ont été analysées. Le quartier de Bom Retiro étudié ici appartient au centre historique de São Paulo et abrite une population de classe moyenne ainsi que des groupes vulnérables (Barata, 2015). Le quartier dispose d'un bon réseau de transports en commun : il est desservi par deux lignes de métro (lignes 1 et 4), par des lignes de train desservant certaines des municipalités voisines (voir figure 1 ci-dessous) et se trouve à proximité d'une troisième ligne de métro desservant la *Zona Leste* (ligne 3). Par ailleurs, il est traversé par plusieurs lignes de bus. En son sein, un terminal de bus dessert Guarulhos, une municipalité voisine (*terminal metropolitano Armênia Norte*) et il est situé à proximité du terminal de bus *Princesa Isabel* (bus municipaux) et de la gare routière *Tietê*, directement accessible par le métro 1. Néanmoins, en raison du prix des transports (4 R\$ le ticket en janvier 2018) et des problèmes d'étalement, de congestion et de localisation des soins déjà évoqués, la centralité historique du quartier n'implique

pas nécessairement la disparition du facteur transport comme potentielle barrière de l'accès aux soins.

Figure 1 : Présentation du profil des 38 usagers interrogés ³

Figure 1 : Présentation du profil des usagers interrogés		
Genre	Hommes	21%
	Femmes	79%
Âge	30-60 ans	7,9%
	30-60 ans	63%
	Plus de 60 ans	28,9%
Origine géographique	Etat de São Paulo	45,7%
	Autre pays d'Amérique du Sud	10%
Activité	En activité au moment de l'entretien	45%
Etat de santé déclaré	Déclarant un bon état de santé	45,7%
	Déclarant avoir des maladies chroniques	31,6%

Source : Données générales sur le quartier : GISA 2012-2013

- 11 Des entretiens ont été réalisés avec le personnel de régulation de la Coordination régionale de Santé (CRS) et du centre de santé primaire étudié, dont 38 usagers ont été interrogés, quelle que soit la fréquence ou l'intensité de leur recours aux soins publics. Le choix des personnes interrogées s'est fait de façon aléatoire : d'abord, les agents de santé nous ont présenté divers patients avec qui le dialogue était facile et dont ils jugeaient les expériences de santé intéressantes. Dans un deuxième temps, des profils spécifiques ont été définis en amont (par exemple, usagers disposant d'un plan de santé) puis rencontrés au cas par cas. L'échantillon des 38 personnes interrogées (37 foyers, dont un couple) n'est donc pas représentatif de la population du quartier, mais il permet de visualiser une certaine variété de profils (figure 1).
- 12 Les thématiques traitées et le type d'entretien ont varié en fonction des interlocuteurs. Les employés responsables de la régulation n'étaient pas considérés a priori comme des interlocuteurs clés et ne se sont imposés comme tels qu'au cours du terrain. Les thématiques traitées ont donc été abordées de façon spontanée dans des discussions ouvertes, qui portaient principalement sur l'organisation quotidienne de leur travail, sur leur avis sur la localisation des lieux de soins et sur les difficultés d'accès que leurs faisaient remonter les usagers. Les registres informatiques de régulation ont également été parcourus et commentés avec eux.
- 13 Les entretiens usagers, quant à eux, se sont basés sur des grilles d'entretien portant sur trois thématiques : les pratiques spatiales des personnes interrogées dans leur quartier, leurs recours de santé individuels (usage des services de santé publics et privés) et le

récit de leur utilisation récente de soins (liste des structures fréquentées, accès, avis et satisfaction). Ce récit n'avait pas vocation à être exhaustif. L'objectif était plutôt de cibler les pratiques de santé ayant marqué les individus et d'identifier les déterminants principaux de leurs représentations et de leurs recours aux soins.

- 14 La méthode d'analyse choisie est celle d'une analyse du contenu, identifiant les thématiques qui ressortaient de façon évidente et récurrente des entretiens, plutôt qu'une analyse des discours eux-mêmes.
- 15 Les données chiffrées sur les lieux d'envoi des patients sont issues des systèmes informatiques de régulation de la municipalité (SIGA) et de l'État (CROSS), et concernent l'année 2017. Les données concernant la localisation des bus ont été tirées du site du CEM – *Centro de Estudos da Metrópole*, et sont datées de 2015 (actualisation partielle en 2017). Les données concernant les lignes de métro et de train ont été tirées en 2016 de *Geosampa*, un site de cartographie en ligne de la ville géré par la préfecture de São Paulo.
- 16 Le projet, la méthodologie et les grilles d'entretien ont été validés par le comité d'éthique de la faculté de santé publique de l'Université de São Paulo et par celui du secrétariat de santé de la municipalité de São Paulo en octobre 2017. Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2017 et mai 2018. Ils ont été précédés par la présentation des objectifs du projet et des droits des personnes interrogées, et par la signature d'un *TCLE – terme de consentement libre et éclairé*, lui aussi validé par le secrétariat municipal de santé.

Résultats

Une inégale prise en compte, par la régulation, de l'accessibilité des structures de santé en transports en commun

Les trois niveaux de la régulation de l'accès aux soins à São Paulo

- 17 Il existe trois niveaux de régulation de l'accès aux soins secondaires à São Paulo.
- 18 Le premier niveau, la régulation centrale, gère à l'échelle de la municipalité le nombre de structures et de consultations de spécialité qui seront offertes aux usagers du SUS.
- 19 Le second niveau, la régulation régionale, fait le lien avec la régulation centrale à l'échelle des *Coordinations Régionales de Santé* (CRS) ou des *Supervisions Techniques de Santé* (STS), qui sont les plus petits échelons administratifs décisionnels en matière de santé dans la municipalité. Les régulateurs régionaux négocient avec la municipalité pour obtenir des consultations en nombre suffisant pour les usagers de leur territoire et dans des structures de leur choix. C'est également cette régulation régionale qui gère en interne la répartition des consultations disponibles entre chacune des unités de santé primaire sous sa gestion.
- 20 Finalement, la régulation locale, gérée par le personnel administratif des UBS, est responsable du suivi des files d'attente et de la prise des rendez-vous de spécialités des usagers via deux systèmes informatiques (SIGA ou CROSS).
- 21 À partir des divers entretiens réalisés avec la régulation régionale du centre historique et la régulation locale de l'UBS étudiée, on a tenté d'évaluer la prise en compte de la mobilité des populations dans les pratiques régulatrices. Le bilan de ces échanges est

ambivalent : certes, les régulateurs affirment prendre autant que possible la distance, les mobilités et les contraintes d'accès aux soins en compte dans leurs pratiques ; néanmoins les contraintes qu'ils prennent en compte sont essentiellement des contraintes physiques. Leur action ne suffit donc pas à compenser les barrières d'accès rencontrées par les usagers.

Les soins secondaires publics utilisés par les usagers de l'UBS

- 22 On a d'abord souhaité identifier les structures de spécialité où ont été envoyés les usagers du centre de santé primaire ; la figure 2 localise ces structures et situe également le quartier étudié par rapport au reste du territoire urbain et aux réseaux de transports en commun.
- 23 On constate une grande variété dans la localisation des lieux d'envoi, mais également une relative concentration des rendez-vous de spécialité au sein des limites administratives de la CRS du Centre et dans un nombre réduit de structures. Par exemple, l'AMA-E Santa Cecília-Dr. Humberto Pascale, structure ambulatoire de spécialité située dans un quartier voisin, concentre à elle seule 21% des envois dans les structures de spécialité gérées par la municipalité en 2017 (SIGA, données internes de l'UBS, 2017).

Figure 2 : Localisation et accessibilité en métro des structures de soin spécialisées où ont été envoyés les usagers de l'UBS Bom Retiro en 2017

Source : SIGA - CROSS (2017) ; CEM - Geosampa
Auteur : Pauline IOSTI

- 24 Toutefois, certains rendez-vous ont lieu dans des structures de spécialité situées dans des quartiers bien plus éloignés, comme Vila Carrão, dans la Zona Leste, ou Santo Amaro, dans la Zona Sul, tous deux cités par la régulation locale comme des quartiers difficiles d'accès, occasionnant plaintes et annulations fréquentes des usagers (ces structures, comme toutes celles qui sont citées en exemple dans la suite de cet article, sont localisées et hiérarchisées dans la figure 3). De plus, la localisation des établissements au sein des frontières administratives de la coordination régionale de santé dont

dépend l'UBS ne suffit pas à conclure à leur proximité, puisqu'elle ne prend pas en compte les capacités de déplacement des usagers, ni l'accessibilité de ces structures par le réseau de transports publics.

- 25 Dès lors, dans quelle mesure l'accessibilité des structures de santé et les contraintes de transport sont-elles prises en compte par les acteurs de la santé ?

Le choix de structures de santé secondaires accessibles en transports en commun

- 26 D'abord, les entretiens mettent en avant la volonté affichée des services de régulation de faciliter l'accès aux soins. La régulatrice régionale déclare ainsi en entretien : « *c'est ça le rôle de la régulation, faciliter l'accès* », mais comment les régulateurs définissent-ils ce concept d'accès ?
- 27 L'accès apparaît, pour notre interlocutrice, à la fois comme une notion organisationnelle (répartir des consultations limitées en fonction du besoin) et comme une notion spatiale, synonyme d'accessibilité, comprise comme la « *capacité matérielle d'accéder aux services de santé* » (Picheral, 2001). En effet, lors des campagnes de négociation auxquelles participent toutes les Supervision de Santé, la régulatrice interrogée affirme prendre fortement en compte l'accessibilité des structures par le réseau de transports publics : « *Quand on divise les places, qui sont peu nombreuses [...] ils m'ont dit, comme ça : « tu veux tel hôpital ? » J'ai répondu « Non, c'est très loin. Les gens ne vont pas, pour opérer des varices, se faire envoyer là-bas à Campo Limpo. » Du coup j'ai pris les places qu'il y avait à Tatuapé, parce qu'il y a un métro qui sort directement du centre pour Tatuapé* ».
- 28 Le choix de garantir l'accessibilité des structures de santé en transports en commun est lié à la représentation communément admise de l'usager du SUS comme un usager vulnérable, avec un pouvoir d'achat et des capacités de déplacement limités : « *On pense à l'usager du SUS comme à un usager qui utilise les transports publics, ce qui est un peu un préjugé de notre part, parce ce profil est en train de changer [avec la crise économique]* ». La prise en compte des transports en commun permet donc aux régulateurs de faire correspondre la localisation de l'offre de soins avec les capacités de déplacement des usagers les plus vulnérables et de s'assurer que la distance aux structures de soin est acceptable et franchissable.

Une prise en compte de l'aspect multidimensionnel de la distance par les régulateurs

- 29 La conception de la distance portée par ces régulateurs est essentielle puisqu'elle a une conséquence directe sur les spatialités de santé des usagers, tant par la structuration du réseau de soins disponibles que par la prise de rendez-vous individuels.
- 30 Pour la régulation régionale, c'est d'abord la simplicité et la durée du déplacement en transports en commun qui permet d'évaluer l'accessibilité d'une structure, plutôt que la simple distance kilométrique. Cette conception est illustrée par le choix de structures facilement accessibles en transports en commun y compris si elles sont situées dans des quartiers hors du centre-ville, comme c'est le cas de Tatuapé cité plus haut.
- 31 La distance représentée par les régulateurs est conditionnée par deux autres éléments : le coût des déplacements et les contraintes de mobilité physiques de certains patients,

eux-mêmes jugés en fonction de deux dernières variables, que sont la finalité et la temporalité du soin : « *Prendre un transport, ou deux, tu imagines l'âge de la personne, ses difficultés de locomotion pour prendre deux bus et l'argent qu'elle va dépenser. Du coup maintenant, tout ça dépend de ce qu'elle va faire : si elle va loin pour faire une chirurgie qu'elle attend depuis deux ans et qui sera résolue, et elle va rentrer chez elle sans avoir besoin d'y retourner, alors ce n'est pas loin.* »

- 32 Si l'on reprend les cinq composantes de l'accès selon Penchansky et Thomas (1981), la régulation chercherait donc à optimiser l'accès aux soins dans toutes ses dimensions, en prenant en compte prioritairement la *disponibilité* des rendez-vous et l'*accessibilité physique* des soins en transports en commun, à laquelle s'ajoute une prise en compte secondaire des contraintes *organisationnelles* liées à la mobilité (distance-temps, réseau et *prix* du transport). C'est finalement le bénéfice attendu des soins qui permet d'évaluer l'*acceptabilité* du déplacement imposé.
- 33 Pourtant, le manque de consultations disponibles contraint la régulation régionale à l'inclusion de structures distantes (ex. figure 3). Par ailleurs, on peut se demander dans quelle mesure les contraintes de mobilité des usagers sont prises en compte par les régulateurs locaux, qui s'occupent de la prise des rendez-vous individuels au sein de chaque UBS.

Du discours à la pratique : une définition étroite des restrictions de mobilité

- 34 Les entretiens réalisés avec le personnel de régulation locale permettent de voir que certaines contraintes de mobilité individuelles sont effectivement prises en compte, tandis que d'autres ne sont pas jugées recevables dans un contexte de rareté des consultations disponibles.
- 35 Les contraintes de mobilité considérées par la régulation locale sont surtout les barrières physiques d'accès aux soins. Elles sont prises en compte soit de façon informelle, par l'interconnaissance entre personnel de l'UBS et patients, soit de façon formelle par le biais des dossiers médicaux (personnes âgées ou statut « *restreint/alité* », attribué aux patients par l'équipe médicale). La régulatrice régionale, ayant longtemps travaillé en UBS, expliquait : « [...] *Dans l'UBS elle-même, on finit par connaître les usagers, tu vois. Tu ne prends pas une vieille dame qui n'arrive même pas à monter dans un bus, pour l'envoyer prendre trois bus.* ». Pour ces patients, le régulateur local cherche à prendre des rendez-vous dans les structures les plus proches, les plus accessibles en métro ou imposant le moins de changements.
- 36 Un exemple réussi de cette adaptation aux restrictions physiques de mobilité est apparu parmi les usagers interrogés. Il s'agit d'une femme de près de 60 ans, aux revenus limités, dont les douleurs l'empêchent de marcher, ce qui la contraint à payer un *Uber* pour se rendre à ses consultations. Ce service de transport, s'il facilite son accès physique, représente une contrainte financière et ne lui permet pas d'aller dans des établissements éloignés, pour lesquels le trajet serait coûteux : « *Je demande à avoir des rendez-vous proches. Ils disent que ça n'est pas possible, mais ils font toujours en sorte de m'arranger ça* ». La prise en compte informelle des restrictions de mobilité de cette usagère semble donc efficace et lui permet de gérer la contrainte financière qu'impose son accès aux soins.
- 37 Toutefois, en dehors des restrictions physiques, aucune autre contrainte de mobilité n'est prise en compte par le personnel de régulation de l'UBS. La régulatrice régionale

ne considère d'ailleurs pas la distance et l'accessibilité elles-mêmes comme étant problématiques : « [...] Dans notre territoire c'est difficile d'être envoyé loin. Et à São Paulo, tout est loin, mais il y a un tel réseau de transport public que généralement ces lieux sont proches, du métro, proche du bus, des terminaux de bus. Du coup, les plaintes à cause de la distance, il n'y en a plus eu tellement, c'est rare ». Comment, alors, expliquer le très fort taux d'absence en consultation : 35,8% d'absences en moyenne aux rendez-vous pris dans les structures gérées par l'État au premier trimestre 2017, un chiffre qui se vérifie les autres mois (CROSS, données internes de l'UBS, jan-mars 2017) ? Des mesures ont été mises en place pour s'assurer que les patients ont bien été informés de leur rendez-vous et ne souhaitent pas l'annuler, mais elles sont elles-mêmes contraignantes : les patients doivent venir à l'UBS chercher le papier indiquant leur rendez-vous, en personne et dans les 15 jours. Le régulateur local considère également qu'une partie de son rôle est d'informer les usagers sur les transports en commun disponibles pour se rendre dans les structures où ils ont été envoyés. Néanmoins, l'absentéisme est considéré par les régulateurs comme relevant de la responsabilité individuelle des patients et n'amène pas à une remise en cause globale des pratiques régulatrices. D'ailleurs, les réclamations des usagers ont plusieurs fois été décrites comme déraisonnables, étant donné le contexte de manque d'offre.

- 38 Le potentiel de mobilité des usagers est donc pris en compte, mais dans une acception restreinte du terme de « mobilité », incluant la présence d'une infrastructure de transport et la possibilité physique et financière d'y avoir recours, mais pas leur *appropriation*, soit le sens qui leur est donné par les acteurs, qui relève « des stratégies, perceptions et habitudes » et de leurs représentations (Kauffmann & Jemelin, 2013). Les patients n'étant pas consultés sur leurs préférences lors de la prise de rendez-vous qui a souvent lieu en leur absence, l'adéquation des spatialités de santé imposées par la régulation avec leurs mobilités quotidiennes n'est pas assurée, ce qui peut créer de nouvelles contraintes (organisationnelles, financières, acceptabilité du lieu).
- 39 Quelles sont alors les barrières d'accès aux soins identifiées par les usagers interrogés ? Dans quelle mesure le transport et l'accessibilité géographique apparaissent-ils comme des contraintes dans les discours des patients sur leurs parcours de soin ?

Transports, mesure de la distance vécue et accès déclaré aux soins

- 40 À partir de l'analyse des entretiens menés auprès des usagers, on a cherché à mesurer l'importance relative des transports dans l'accès déclaré aux soins, par rapport à d'autres facteurs.

Figure 3 : Les structures de santé citées par la régulation ou les usagers, selon leur proximité ou leur accessibilité déclarée

Figure 3 : Les structures de santé citées par la régulation ou les usagers, selon leur proximité et leur accessibilité déclarée.

Source : CEM - Geosampa - Entretiens ; Auteur : P. IOSTI

Source : CEM - Geosampa - Entretiens

Auteur : Pauline IOSTI

Les transports publics comme unité de mesure de la distance

- 41 Le premier point qui apparaît dans les entretiens est l'usage du réseau de transports publics comme d'un référentiel permettant de définir le *loin* et le *près*. Le simple fait de devoir emprunter des transports en commun est parfois évoqué comme preuve de l'éloignement des structures : « Ah, c'est loin ! J'ai dû prendre le métro ! ». Toutefois, ce sont plus fréquemment certaines des caractéristiques des trajets en transports publics qui sont utilisées pour mesurer et illustrer la facilité d'accès à une structure de santé.
- 42 On sait que les usagers tendent à chercher le tracé le plus direct dans leurs déplacements de santé (Vigner, 2001). C'est en effet plus souvent la complexité des transports ou le nombre de correspondances nécessaires pour arriver à destination qui sont pris en compte par les usagers plutôt que l'éloignement de la structure elle-même : l'utilisation d'expressions comme *fora de mão* ou *contramão*, qu'on pourrait littéralement traduire comme « hors de portée », « à contresens » pour désigner les lieux de soin l'illustre bien. Voici un exemple typique de l'usage du parcours en transports pour conclure à l'éloignement d'une structure, tiré d'un entretien avec une usagère, et concernant l'hôpital de référence du quartier, Santa Casa, situé dans un autre quartier du centre historique (figure 3) : « J'aime Santa Casa [...], mais c'est loin ! Tu prends le métro, tu descends à Sé, tu fais un changement, tu vas jusqu'à Santa Cecília et quand tu arrives, tu marches encore un peu, tu vois ? ».
- 43 La distance-temps en transports en commun apparaît également comme mesure de référence pour relativiser ou insister sur la distance d'un lieu de soin : « [L'hôpital] Clínicas, c'est un peu loin, mais [...] ça ne m'a même pas pris 5 minutes pour y arriver, c'est rapide. », ou au contraire, chez une autre usagère : « C'est loin, je crois que c'est à une heure, une heure et quelques, tu dois prendre le métro pour pouvoir y aller » (figure 3).

- 44 Les transports sont donc utilisés comme mode de mesure ou d'illustration de la distance des soins dans le discours des usagers. Cela signifie-t-il que l'accessibilité en transports, et notamment en transports publics, peut devenir une barrière d'accès aux soins ?

La barrière des transports, une barrière relative

- 45 Certaines caractéristiques des transports sont elles-mêmes citées comme limitant les mobilités. Le premier point concerne les difficultés d'accès aux structures lorsqu'elles sont mal desservies par les transports en commun. Cela dit, au centre de São Paulo, l'absence totale de transports est rarement citée comme une difficulté en tant que telle. En revanche, l'éloignement d'une structure de santé de la station de bus ou de métro la plus proche peut poser problème : « *je ne savais pas comment y aller [à Santo Amaro], c'était difficile, les transports pour y accéder, loin du métro, le bus te laisse loin, c'est difficile d'accès* ». Un second point, apparu une fois, concerne d'éventuels problèmes d'insécurité propres aux transports publics (en l'occurrence, la présence de « frotteurs » aux heures de pointe).
- 46 Les transports peuvent donc être de réelles barrières d'accès aux soins. Cependant, étant donné le contexte urbain de São Paulo et la relativement bonne couverture du quartier étudié par les transports publics, ils ne représentent souvent pas une barrière en soi, mais une barrière relative. D'ailleurs, la distance et la complexité d'accès en transport sont certes un facteur d'insatisfaction, mais elles sont souvent acceptées et parfois volontairement insérées dans les parcours de soin des usagers. Dans les entretiens, quatre facteurs semblent déterminants dans le choix de dépasser ou non les contraintes d'accessibilité posées par les transports publics.
- 47 Le premier point est le temps d'attente nécessaire pour obtenir une consultation, régulièrement cité comme la principale barrière de l'accès aux soins secondaires, tant dans des études préexistantes (Spedo, Pinto & Tanaka, 2010) que par les usagers interrogés. Face à une attente qui peut parfois durer plusieurs mois, des solutions alternatives à plus court terme sont souvent trouvées par les usagers. Dans les registres de la régulation locale, des consultations sont annulées avec des mentions telles que : « Contact avec le patient qui affirme que la procédure a déjà été réalisée » ou « Contacté le 30.09.17, le responsable informe que ça n'est plus nécessaire » (extrait des registres du SIGA, données internes de l'UBS, 2017).
- 48 Toutefois, lorsque le problème de santé concerné n'a pas trouvé de solution entre temps, la durée de l'attente justifie au contraire le franchissement de distances importantes, y compris chez des personnes se plaignant par ailleurs de l'éloignement systématique des lieux d'envoi : « *On va jusqu'au bout du monde s'il faut, mais il n'y a pas de places !* ».
- 49 Le second facteur pris en compte par les usagers est la gravité de leur état de santé. L'éventuelle barrière du transport est ainsi bien volontiers surmontée lorsque le patient juge son état de santé préoccupant et lorsque la consultation est considérée comme importante. Une usagère interrogée annulant fréquemment des examens dans certains lieux difficiles d'accès (par exemple, Santo Amaro), déclarait avoir accepté de se rendre à Ipiranga, autre lieu jugé lointain, pour réaliser une mammographie puisque des examens précédents avaient montré une anomalie inquiétante dans son sein : « *Il y a un examen que j'ai trouvé vraiment loin, [...] à Ipiranga, mais j'y suis allée parce qu'il fallait*

que j'y aille. [...] J'ai failli annuler, à cause de la distance. Mais j'y suis allée, à cause de ma santé, j'avais besoin de faire cette mammographie pour pouvoir ensuite passer chez le spécialiste ».

- 50 Troisièmement, l'envoi dans une structure connue ou chez un médecin respecté ou admiré réduit l'importance de la barrière des transports. Une usagère déclarait par exemple emmener systématiquement ses filles aux urgences de l'Hôpital pédiatrique *Menino Jesus*, dans le quartier de Bela Vista (figure 3). Cet hôpital, pourtant plus éloigné que les premiers secours de référence du quartier, était en effet celui qu'elle fréquentait lorsqu'elle était enfant : « Il n'y a pas d'hôpital proche d'ici. [...] Quitte à prendre un bus pour aller à Barra Funda, je préfère aller à Bela Vista, [...] parce que je connais, j'y allais quand j'étais enfant, mes frères y allaient quand ils étaient enfant, c'est à côté de la maison où je vivais quand j'étais petite, du coup j'aime bien là-bas. ». A contrainte jugée égale (le fait de devoir prendre un bus), mieux vaut fréquenter un lieu de soin apprécié.
- 51 Enfin, l'éloignement en transports en commun devient une barrière complexe à surmonter lorsque le lieu d'envoi n'est pas connu, approprié, ou fréquenté au quotidien et lorsque ses modalités d'accès en transports ne sont pas maîtrisées : « À Carrão, ils m'ont envoyée. [...] Vila Carrão, je ne sais même pas où c'est ! [...] Je vais devoir y aller, je vais devoir trouver l'adresse, [...] pour pouvoir y aller ! », ou encore « Ils m'ont envoyée dans un poste de soins là-bas, à Lapa, je ne sais pas où c'est, ni le nom. [...] C'est loin, c'est que je ne savais pas où c'était, j'ai eu du mal à trouver. » (figure 3). La perception des distances est donc fortement orientée par les pratiques spatiales préalables des usagers.

Alternatives de transport et de santé et amélioration de l'accès aux soins

- 52 Si les transports peuvent créer des barrières d'accès aux soins, c'est surtout l'imposition par le système de régulation de lieux de soin et de mobilités de santé non choisis qui renforce les difficultés existantes. On a donc cherché à voir si les patients qui disposent d'alternatives de transport ou d'un accès aux soins privés via la possession d'un plan de santé privé, connaissent moins de difficultés d'accès aux soins ou sont plus satisfaits de la localisation et de l'accessibilité des structures de santé qu'ils fréquentent.

Possession d'un véhicule individuel et satisfaction de l'accès aux soins

- 53 Comme le montre la Figure 4, tirée des entretiens réalisés dans ce quartier, 68% des personnes interrogées dépendent des transports en commun pour leur accès aux soins. Pourtant, on peut supposer que la disponibilité d'une voiture permet d'adapter son usage des transports à la localisation de chaque structure. On a donc cherché à voir dans quelle mesure la possession d'une voiture permettait de réduire les barrières d'accès aux soins et d'améliorer la satisfaction des usagers.

Figure 4 : Moyens de transport déclarés par les usagers interrogés

- 54 L'impact de la disponibilité d'une voiture sur la conception de la distance semble en réalité très variable. Plusieurs interviewés possédant une voiture ont évoqué l'éloignement de certaines de leurs structures de soin, semblant indiquer par-là que la simple possession d'une voiture ne suffit pas à annuler l'insatisfaction créée par l'imposition de rendez-vous dans des structures éloignées.
- 55 Néanmoins, cet éloignement semble globalement moins contraignant pour ces derniers que pour les usagers dépendants du réseau de transports publics. Une des personnes interrogées a ainsi choisi d'être prise en charge, pour ses problèmes cardiaques, à l' *Hôpital Dante Pazzanese*, dont il connaît l'un des médecins. Il considère cet hôpital comme le « meilleur » en la matière, tout en le jugeant « très éloigné » de chez lui. Le fait de toujours se déplacer en voiture lui permet alors d'avoir recours aux structures de son choix, en fonction de la qualité des soins qui y sont offerts, sans prendre en compte leur accessibilité en transports en commun. Par ailleurs, la voiture est fréquemment décrite comme le recours préférentiel pour se rendre dans les structures les plus éloignées, notamment par les personnes âgées.
- 56 Le fait de posséder ou d'avoir accès à un véhicule individuel ne suffit donc pas à supprimer la barrière de la distance, mais cela améliore la simplicité et le confort du déplacement, et facilite donc la mobilité des usagers.

L'accès aux soins privés comme recours pour faciliter l'accessibilité des soins

- 57 Comme la possession d'un transport individuel, la disponibilité d'un plan de santé privé est inégalement répartie parmi les personnes interrogées : ainsi, des 38 usagers interrogés, seuls 37% disposaient d'un plan de santé, pour eux ou pour un enfant, et 63% dépendaient des soins publics. Dans quelle mesure les soins privés sont-ils alors utilisés par les patients de façon à faciliter l'accessibilité des soins et leurs mobilités de santé ?

- 58 D'abord, le choix d'un plan de santé relève parfois d'une tentative des usagers pour choisir la localisation de leurs lieux de soin. Ainsi une jeune femme en chaise roulante ayant des difficultés à se rendre dans les structures du SUS et à utiliser le réseau de bus expliquait avoir choisi son plan de santé privé car il lui permettait d'obtenir des soins dans le quartier proche de Santa Ifigênia : « *ce plan, le réseau [de ce plan], [pour ce] dont elle a besoin, c'est le plus proche* ». Malgré ses faibles revenus, le paiement mensuel d'un plan est consenti, car il répond à ses difficultés physiques d'accès aux soins.
- 59 La localisation des structures privées utilisées par les usagers indique également l'attention portée à la proximité et à l'accessibilité des structures. Par exemple, 5 des 6 usagers disposant du plan de santé Prevent Senior déclarent utiliser comme lieu ou co-lieu de soin principal une clinique située Avenida Cruzeiro do Sul. Or, cette clinique se trouve dans la continuité d'une avenue qui traverse le quartier, face à un arrêt du métro 1, directement accessible depuis trois points du territoire étudié. Une autre usagère de 86 ans ayant accès à des soins privés via son défunt mari, fonctionnaire, déclare : « *je vais toujours dans le lieu le plus facile d'accès* ». Une troisième enfin utilise principalement les cliniques situées au plus proche de son lieu de travail, à Lapa.
- 60 Finalement, la disponibilité d'une alternative aux soins publics permet aux usagers de varier les lieux de soins utilisés en fonction de leurs contraintes et préférences de transport personnelles. Une dame de 87 ans, payant le plan de santé Prevent Senior, affirmait ainsi n'utiliser les spécialités publiques que pour voir son neurologue tous les six mois, en partie car la structure est très facile d'accès pour elle en bus. Pour le reste de ses consultations, elle utilise plutôt le centre Prevent Senior de l' Avenida Cruzeiro do Sul, pour lequel elle explique pouvoir prendre un bus direct depuis chez elle. Elle dépend, pour les consultations plus lointaines, de ses enfants qui l'emmènent en voiture. L'alternance entre les deux systèmes de soin est, pour cette usagère, un moyen de préserver son autonomie de déplacement.
- 61 Quelques nuances cependant : d'une part, le choix des plans de santé dépend le plus souvent des tarifs et des prestations offertes. Ce n'est qu'en second lieu que l'accessibilité des soins est prise en compte, en fonction du réseau de structures conventionnées. Ensuite, l'usage du secteur privé ne suffit pas toujours à assurer la satisfaction des usagers quant à l'accès ou à la localisation des soins. Par exemple, une usagère du plan Prevent Senior déplorait la localisation des cliniques privées :
- 62 « *Parfois, [...] c'est très loin. Avant, c'était seulement ici, près de la Paulista. Maintenant il n'y en a plus, ça c'est vraiment beaucoup étendu* ». Finalement, le recours au secteur privé pour améliorer l'accès aux soins peut être créateur d'autres contraintes ou d'autres vulnérabilités, notamment financières. Malgré ces limites, les plans de santé privés sont souvent utilisés par les usagers de façon à obtenir un accès aux structures de santé les plus accessibles, ou du moins cohérentes avec leurs propres préférences et contraintes de mobilités.

Des alternatives souvent liées

- 63 Pour finir, on a cherché à voir s'il existait un lien entre le type de transport disponible et les recours de santé possibles

Figure 5 : Lien entre possession d'un plan de santé privé et accès à un moyen de transport individuel parmi les 38 personnes interrogées

Type de transports disponibles				
Type de soins disponibles	et	Usagers exclusifs des transports en commun	Accès possible à une voiture	Total
	Usagers exclusifs des soins publics	19	5	24
	Disposant d'un plan de santé	7	7	14
	Total	26	12	38

- 64 Comme le montre la figure 5, parmi les usagers disposant soit d'un plan de santé, soit d'un accès aux structures publiques réservées aux fonctionnaires ou à leurs familles (dont le fonctionnement est proche de celui d'un plan de santé privé), 50% déclaraient posséder une voiture, contre 21% des usagers exclusifs du système public. A l'inverse, des 12 usagers interrogés disposant d'un moyen de transport individuel ou familial, 58% disposaient également d'un plan de santé pour eux ou un membre de leur famille. La corrélation entre recours aux soins et transports disponibles se vérifie également à la négative : 79% des usagers exclusifs du SUS sont également usagers exclusifs des transports en commun.

Les transports : une approche pour l'étude des inégalités de santé

Des inégalités socio-économiques face aux mobilités de santé

- 65 Les transports peuvent donc être des barrières d'accès aux soins, en particulier pour les populations contraintes d'utiliser exclusivement les transports et les soins publics, donc les plus soumises aux parcours de soins imposés par le système de régulation. On a vu qu'il existait des recours alternatifs permettant aux usagers de contourner les difficultés existantes et d'améliorer leur accès aux soins. Néanmoins, la capacité à mobiliser ces recours alternatifs varie fortement, y compris parmi les usagers du système public de santé. Si l'on définit l'équité, principe présent dans la Constitution du Brésil, comme une tentative de rééquilibrage, de justice sociale et spatiale visant à « donner le plus à ceux qui ont le moins » (Bret, Gervais-Lambony, Hancock & Landy, 2010), alors ces variations participent à la reproduction d'inégalités socio-économiques préexistantes.
- 66 En effet, des études ont montré que les deux alternatives ici étudiées dépendent fortement du niveau socio-économique des populations, en défaveur des plus vulnérables. Une étude de 2012 a par exemple montré que les familles disposant d'un moyen de transport individuel dépensaient 5 fois plus de leur budget pour leurs déplacements que celles utilisant les transports en commun (Carvalho & Pereira, 2012). Le profil socio-économique des propriétaires d'un véhicule individuel est donc en général plus favorisé que celui des usagers des transports en commun. De la même façon, on sait que les personnes disposant d'un plan de santé privé sont globalement plus riches, plus éduquées et moins vulnérables que les usagers exclusifs du système public (Ribeiro, Barata, Almeida & Silva, 2006 ; Silva, Ribeiro, Barata & Almeida, 2011).

Ces inégalités d'accès aux soins sont d'autant plus fortes que ce sont souvent les mêmes usagers qui disposent des deux types d'alternatives.

- 67 Les transports participent donc à la reproduction d'inégalités préexistantes dans le champ de la santé et de l'accès aux soins, puisqu'ils sont les moins contraignants pour les populations ayant par ailleurs le moins de contraintes d'accès aux soins et les plus contraignants pour les usagers les plus vulnérables. Ces conclusions sont cohérentes avec la littérature existante sur le sujet, indiquant tant le lien entre difficultés d'accès aux soins et vulnérabilités sociales (Hart, 1971 ; Grabovschi, Loignon, & Fortin, 2013), que le lien entre exclusion sociale et problématiques de transports et de mobilités (Lucas, 2012 ; Gutiérrez, 2009; Lazo, 2008).

Transports et spatialités de santé dans la ville

- 68 Pour comprendre les formes variables que prennent les inégalités d'accès aux soins, une étude linéaire ne prenant en compte que la disponibilité d'une alternative de transport, ou considérant l'accès à chaque structure de santé comme un déplacement isolé, semble insuffisante. Andrea Gutiérrez (2010) a par exemple montré qu'une étude des mobilités de santé intégrant la finalité des soins permettrait de mieux comprendre l'aspect itératif et fragmenté des mobilités imposées aux femmes enceintes en périphérie de Buenos Aires.
- 69 A notre sens, une étude des trajectoires individuelles d'accès aux soins, au croisement entre les parcours médicaux de soin et les capacités de mobilité individuelles, permettrait également d'enrichir la compréhension de ces inégalités. En effet, les usagers arbitrent sans cesse entre des spatialités de santé imposées et acceptées, et d'autres, refusées et contournées. Leurs trajectoires illustrent dès lors d'une part leur inégale capacité à contourner les barrières d'accès aux soins qui leur sont imposées et d'autre part, la façon dont ils construisent, dans le cadre de leur santé, un rapport spécifique au territoire urbain, à la distance et à la mobilité.
- 70 Les inégalités d'accès aux soins se traduiraient alors par des trajectoires plus ou moins contraintes, qui peuvent être lues dans l'espace de la ville. À partir des deux alternatives étudiées dans cet article, deux types de trajectoires se dégagent. D'abord, une partie des usagers se conforme aux parcours de soin tels qu'ils sont prévus et organisés par les pouvoirs publics et voit leur mobilité orientée par l'offre de transports en commun existante. Cette trajectoire doublement contrainte, imposant aux usagers leurs spatialités de santé, concerne principalement les populations les plus vulnérables. Une solution, identifiée par d'autres études (López, Aón, Giglio, Freaza, & Cola, 2019), serait d'envisager l'organisation des territoires de santé de façon conjointe à l'offre de transports publics : c'est ce que déclare faire le personnel régional de régulation, mais de façon informelle et non institutionnalisée. Le second type de trajectoire dépend de l'accès à un véhicule individuel ou de la disponibilité d'un plan de santé privé, qui permet aux usagers de reconfigurer leurs parcours de soin en fonction de leurs préférences, de leurs pratiques quotidiennes et de leurs capacités de mobilité. Ces deux alternatives participent à la configuration de trajectoires de santé hybrides.

Remarques conclusives

- 71 Les parcours hybrides évoqués ci-dessus mériteraient une étude plus approfondie. De fait, les alternatives au parcours SUS étudiées dans ce travail ne sont que deux modalités d'une gamme bien plus étendue de stratégies mises en œuvre par les usagers pour réguler leurs propres trajectoires de santé (Cecilio, Carapinheiro, Andreazza et al., 2014). Il faudrait par exemple étudier plus en détail la façon dont sont mélangés, dans les parcours individuels, les secteurs public et privé (Meneses, Cecilio, Andreazza et al., 2017), en intégrant notamment le secteur privé en paiement direct, non traité dans cet article. Il faudrait également prendre en compte les contraintes spatiales que les régulations internes des plans de santé privés font peser sur leurs usagers.
- 72 Par ailleurs, la centralité du quartier étudié influe sans doute beaucoup sur l'impact de la distance et des transports comme potentielles barrières d'accès aux soins. Il serait alors intéressant de comparer ces résultats avec ceux obtenus dans des quartiers plus périphériques. Enfin, il faudrait interroger le rôle de la crise économique actuelle sur les trajectoires et les inégalités de santé, en particulier car elle a contraint des populations anciennement usagères de plans de santé privés à avoir recours, parfois pour la première fois, à des soins publics jusque-là dénigrés.

BIBLIOGRAPHIE

- Azevedo, A. L. M. de, & Monteiro Costa, A. (2010). A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* , 14 (35).
- Barata, R. B. (2015). Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis. *Revista USP* , (107), 27-42. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p27-42>
- Brésil. Constitution Fédérale du Brésil, Pub. L. No. Articles 196 à 200, Da Saúde (1988). Consulté à l'adresse http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Bret, B., Gervais-Lambony, P., Hancock, C., & Landy, F. (Éd.). (2010). *Justices et injustices spatiales* . Paris : Presses universitaires de Paris Ouest.
- Carlos, A. F. A., & Oliveira, A. U. de (Éd.). (2004). *Geografias de São Paulo, Representação e crise da Metrópole* (Vol. 1). São Paulo: Editora Contexto.
- Carlos, A. F. A. (2009). A metrópole de São Paulo no contexto da urbanização contemporânea. *Estudos Avançados* , 23 (66), 303-314. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142009000200021>
- Carvalho, C. H. R., & Pereira, R. H. M. (2012). Gastos das famílias brasileiras com transporte urbano público e privado no Brasil: uma análise da POF 2003 e 2009. *IPEA* , 44.
- Cecilio, L. C. de O., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M. de, Andrade, M. da G. G., Santiago, S. M., ... Spedo, S. M. (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1502-1514. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>

- Elias, P. E., Ferreira, C. W., Alves, M. C. G., Cohn, A., Kishima, V., Escrivão Jr, A., ... Bousquat, A. (2006). Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & saúde coletiva*, 11 (3), 633– 641.
- Gawryszewski, V. P., Coelho, H. M. M., Scarpelini, S., Zan, R., Jorge, M. H. P. de M., & Rodrigues, E. M. S. (2009). Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. *Revista de Saúde Pública*, 43, 275-282. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000200008>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Éd.). (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Gutiérrez, A. (2009). La movilidad de la metropolis desigual : el viaje a la salud publica y gratuita en la periferia de Buenos Aires. (p. 17). Présenté à Encuentro de Geógrafos de América Latina. Consulté à l'adresse <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/85.pdf>
- Gutiérrez, A. (2010). Movilidad, transporte y acceso: una renovación aplicada al ordenamiento territorial. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 14 (331 (86)). Consulté à l'adresse <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-331/sn-331-86.htm>
- Hart, J. T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 405-412.
- IBGE. (2018). Brasil em Síntese | São Paulo | Panorama [Institut brésilien de géographie et de statistique]. Consulté 21 février 2019, à l'adresse <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
- Kaufmann, V., & Jemelin, C. (2013). La motilité, une forme de capital permettant d'éviter les irréversibilités socio-spatiales ? In I. Garat, R. Séchet, & D. Zeneidi (Éd.), *Espaces en transactions* (p. 83-91). Rennes: Presses universitaires de Rennes. Consulté à l'adresse <http://books.openedition.org/pur/432>
- Lazo, A. (2008). Transporte, movilidad y exclusión. El caso de Transantiago en Chile. In *Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales*, 1999-2008. Universidad de Barcelona. Consulté à l'adresse <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-270/sn-270-45.htm>
- Lizarraga, C. (2012). Expansión metropolitana y movilidad: el caso de Caracas. *EURE* (Santiago), 38 (113), 99-125. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612012000100005>
- López, M.-J., Aón, L.-C., Giglio, M.-L., Freaza, N., & Cola, C. (2019). El viaje como barrera: diferencias y complejidades en el acceso a centros de salud en la ciudad de La Plata. *EURE*, 45 (134). Consulté à l'adresse <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/2710>
- Lucas, K. (2012). Transport and social exclusion: Where are we now? *Transport Policy*, 20, 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2012.01.013>
- Marques, E. C. (2004). Elementos conceituais da segregação, da pobreza urbana e da ação do Estado. In H. Torres & E. C. Marques (Éd.), *São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais* (p. 17-56). São Paulo, SP: Editora Senac São Paulo.
- Medina, M. G., & Fleuret, S. (2011). Des soins primaires à la territorialisation de la santé : le cas du Brésil. In S. Fleuret & A.-C. Hoyez (Éd.), *Santé et géographie, nouveaux regards*. Paris: Economica.

- Meneses, C. S., Cecilio, L. C. de O., Andreazza, R., Carapinheiro, G., Andrade, M. da G. G., Santiago, S. M., Spedo, S. M. (2017). O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (6), 2013-2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>
- Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers -critical review. *Journal of transport geography*, (43), 14-27.
- Novaes, P., Hilário do Nascimento Saldiva, P., Matsuda, M., Macchione, M., Peres Rangel, M., Kara-José, N., & Berra, A. (2010). The effects of chronic exposure to traffic derived air pollution on the ocular surface. *Environmental Research*, 110 (4), 372-374. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2010.03.003>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19 (2), 127-140.
- Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, France: Université Montpellier III/GEOS.
- Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B., Almeida, M. F. de, & Silva, Z. P. da. (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4), 1011-1022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>
- Rivière D'Arc, H. (2006). São Paulo, des espaces les plus pauvres aux espaces les plus riches, acceptation du dualisme ou utopie de la « mixité ». *Revue Tiers Monde*, 185 (1), 133. <https://doi.org/10.3917/rtm.185.0133>
- Santos, M. (2009). *Metrópole corporativa fragmentada: o caso de São Paulo*. São Paulo: EDUSP.
- Secretaria da Saúde do Município de São Paulo; Instituto Via Pública. (2011). *Atlas da saúde da Cidade de São Paulo*. São Paulo: Secretaria da Saúde; Instituto Via Pública.
- Silva, Z. P. da, Ribeiro, M. C. S. de A., Barata, R. B., & Almeida, M. F. de. (2011). Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9), 3807-3816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>
- Spedo, S. M., Pinto, N. R. da S., & Tanaka, O. Y. (2010). O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 20 (3).
- Théry, H. (2014). Les embarras de São Paulo. Consulté 14 novembre 2018, à l'adresse <https://braises.hypotheses.org/558>
- Théry, H. (2016). Portrait de São Paulo (1) : une capitale du Brésil [Document]. Consulté 18 février 2019, à l'adresse <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/de-villes-en-metropoles/corpus-documentaire/portrait-sao-paulo-1-capitale-section-0>
- Vignerón, E. (2001). *Distance et santé : La question de la proximité des soins*. Paris: Presses universitaires de France.
- Wang, C. (2016). The impact of car ownership and public transport usage on cancer screening coverage: Empirical evidence using a spatial analysis in England. *Journal of Transport Geography*, 56, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2016.08.012>
- Zandonade, P., & Moretti, R. (2012). O padrão de mobilidade de São Paulo e o pressuposto de desigualdade. *EURE (Santiago)*, 38 (113), 77-97. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612012000100004>

NOTES

1. Selon Medina & Fleuret (2011) l'intégralité est un principe qui recoupe : la prise en compte par le système de santé de l'intégralité de la personne, l'intégralité des niveaux d'intervention (de la prévention à la réhabilitation) et l'accès à l'intégralité des niveaux de soin (des soins primaires à spécialisés).
 2. Le portugais a été appris dans le cadre de cette recherche, afin de pouvoir mener les entretiens directement et éviter les biais liés à la présence d'un intermédiaire.
 3. Données générales sur le quartier : GISA 2012-2013 – disponible en ligne, URL : <http://areasdeabrangencia.blogspot.com/>
-

RÉSUMÉS

L'objectif de cet article est d'identifier le rôle des transports dans les difficultés d'accès aux soins des populations ainsi que leur contribution aux inégalités de santé, à partir d'entretiens menés avec des usagers et avec le personnel en charge de la régulation de l'accès aux soins dans un quartier central de São Paulo. Les résultats sont triples : d'abord, l'action des régulateurs pour favoriser l'accessibilité des structures de santé en transports publics ne suffit pas à réduire les barrières d'accès aux soins existantes. Ensuite, les transports sont une contrainte qui, combinée à d'autres facteurs, peut devenir une barrière d'accès pour les usagers. Finalement, deux alternatives améliorant les mobilités ou la localisation des soins sont étudiées : la possession d'une voiture individuelle et d'un plan de santé privé, toutes deux liées au niveau socio-économique des populations. L'accessibilité des structures de santé en transports participe donc à la reproduction d'inégalités de santé à São Paulo.

This paper aimed to identify the role played by transportation and distance in access to health care for the population using the Brazilian public health care system and to assess the impact on health inequalities in the city of São Paulo.

The data come from a qualitative study carried out in a central area of São Paulo in 2017-2018. Interviews were led with the regulatory staff of the regional and local health administration, and with 37 users of the public health system.

In São Paulo, access to specialized care is regulated by administrators of the primary health care facilities, who are in charge of taking all of the users' appointments in specialized public health care. The users' health mobilities are thus constrained, in an urban context already constrained by transportation and traffic issues.

The interviews with regulators revealed that they try as much as they can to take into account accessibility to specialized health care by public transportation. This adaptation occurs by two means: by trying to choose the best locations when negotiating with the municipal administration, and by knowing the physical abilities of their patients. However, their own representation of acceptable distance is not necessarily the same as the users', and the spatial barriers to mobility that are considered in the regulatory process do not acknowledge the existence of mental barriers. Thus, the regulators' practices, though helping to organize a theoretically accessible health care system, are not sufficient to lower the very high absenteeism in specialized consultations.

The impact of transportation on the representation of proximity and distance to health care was then evaluated, in order to identify possibly remaining barriers in term of access. The users' interviews enabled us to conclude that public transportations were used by local populations to assess the distance to a health care facility, and that transportation could be an obstacle to access and was a potential source of discontent. However, it only became a real access barrier when associated with other factors, like waiting time for consultations, the urgency of the health care problem, the acceptability of the facility or of the doctor, or the location of the facility.

Finally, we tried to study the impact of two alternatives on health mobility. The first one was the availability of a personal or a family car. Even though it does not change the perception of distance, having access to a private car allows users to have better mobility options and less restrictions on access to health facilities they preferred or where they were sent. The second one was paying for a private health plan: users that had access to private care generally used it in order to get consultations in locations of their choice, either in areas close to their home or workplace, or in locations considered as accessible given their own mobility capacities.

These alternatives were not equally distributed amongst the interviewees, and previous studies showed that these alternatives are more frequently available to the more affluent and educated population, proving that accessibility and mobility to health care are reproducing health inequalities. Moreover, these results allow us to infer that these prior inequalities contribute to various urban health trajectories. These trajectories appear to be more constrained for those with less health care or mobility options, thus accentuating health inequalities in São Paulo.

INDEX

Mots-clés : accessibilité, santé publique, transports, inégalités sociales et territoriales de santé

Index géographique : Brésil, São Paulo

AUTEUR

PAULINE IOSTI

Doctorante, Université Lyon 3 Jean Moulin - UMR 5600 Environnement Ville société