

La santé au centre

Coordination : Camille Noûs (Cogitamus), François-Xavier Schweyer (EHESP, CMH) & Nadège Vezinat (Université Paris 8, CRESPPA)

(propositions attendues pour le 08 septembre 2021)

La gestion de la crise sanitaire COVID 19 a révélé les inégalités dans les prises en charge selon les territoires, une action publique centrée sur l'hôpital et plus largement sur l'offre de soins sanitaires, laissant de côté le secteur médico-social. La crise a ainsi montré combien il était nécessaire de replacer la santé, et notamment les soins primaires, au centre. Le système français de soins primaires relève en effet historiquement d'un modèle professionnel dans lequel la structuration est faible et la répartition sur le territoire inégale. L'organisation des soins ambulatoires en France est encore largement déterminée par l'esprit de la charte de la médecine libérale de 1927 (Hassenteufel, 1997), même si ses principes fondateurs ont beaucoup évolué (Hassenteufel, Naiditch, Schweyer, 2020). Le principe de la liberté d'installation explique que, contrairement aux soins hospitaliers, il n'y a jamais eu de planification ni de carte sanitaire en la matière. Même si l'accès aux soins et la continuité des soins (permanence des soins) comptent parmi les priorités des ARS, le modèle français se caractérise par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier (Rapport IGAS 2018). Il est aussi caractérisé par la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée.

Ce dossier de la revue *Sociologies pratiques* propose de déplacer l'analyse d'une problématique classique centrée sur la maladie ou le soin pour étudier comment la santé peut être mise au centre des politiques publiques (par les ARS, les collectivités territoriales, la Délégation interministérielle de lutte contre la pauvreté...) et des territoires. Les conditions de vie, de logement, de travail sont des déterminants de santé importants qu'il est nécessaire de prendre en compte pour réduire les inégalités sociales de santé (cf. le dossier à paraître 2021-3 de la RFAS). Par ailleurs, la prévention devient un enjeu majeur pour faire face aux épidémies d'obésité, de diabète et aux états de comorbidité. Dans cette optique, il s'agit d'analyser comment la réduction des inégalités sociales de santé est pensée, organisée et mise en pratique sur les territoires.

Deux dimensions complémentaires seront explorées dans ce dossier. La première porte sur la transition d'un modèle curatif individuel vers un modèle de santé plus intégré en ce qu'il tend à articuler les différents secteurs sanitaire, médicosocial, social dans une perspective populationnelle et territoriale. Dans un contexte où la santé publique n'a jamais semblé prendre autant d'importance, il nous semble primordial de comprendre ce que signifie mettre la santé au centre. Mettre la santé au centre plutôt que le soin, c'est sortir d'une approche uniquement curative (guérir un malade) pour développer également une approche préventive et populationnelle (c'est-à-dire qui dépasse le seul cadre de sa patientèle et intègre plus largement les conditions de vie d'une population)

relevant de la santé publique. De ce point de vue, les centres de santé font figure de précurseurs. La seconde dimension se penche sur la manière de réduire les inégalités sociales de santé au travers des politiques nationales et territoriales : la politique de la ville, avec la création des ateliers santé ville, a par exemple été un puissant vecteur d'initiatives locales et urbaines. La traduction différenciée de ces dimensions au niveau des villes, des départements et des régions a permis le développement de structures d'exercice coordonné ayant un projet de santé (centres de santé ou maisons pluri-professionnelles de santé) ou encore la mise en œuvre de PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) créées par la loi de 1998 relative à la réduction de l'exclusion par exemple.

Le constat a été fait que la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et sur les modalités d'entente, souvent informelles (Ferrand, 2007), entre les différents professionnels (Bergeron, Castel, 2010). La formation commune initiale, la confiance partagée ou les conventions plus ou moins explicites entre les professionnels de santé participent d'une coordination latente de l'accès aux soins qui prend la forme d'une circulation des patients. Or les capacités à circuler dans le système de soins ne sont pas distribuées de manière homogène dans la population (Mariette, Pitti, 2020), et le report sur le patient de la coordination de son parcours est source d'inégalités. Ainsi la priorité politique donnée au développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) depuis leur légalisation en 2007 (Vezinat, 2019), ou la reconnaissance récente des centres de santé comme acteurs importants en soins primaires cherchent à invalider le constat historique afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins. Reste entière la question de savoir quel est le degré d'institutionnalisation des parcours de santé. Prennent-ils appui sur les réseaux informels pour constituer une carte locale de santé ? Mobilisent-ils l'ensemble des acteurs du territoire, au-delà du secteur sanitaire ? Observe-t-on l'arrivée de nouveaux acteurs ? S'appuient-ils sur la professionnalisation du travail de coordination déployée dans certaines filières (exemple de la cancérologie), ou sur certains territoires (infirmières de santé publique) ? Assiste-t-on à un changement de modèle professionnel ou à une recomposition des conditions de travail des professionnels du premier recours ?

Ce dossier fait donc le pari d'une analyse des formes et logiques organisationnelles qui ont comme projet de participer activement à la réduction des inégalités sociales de santé. Nous proposons aux contributeurs de s'inscrire dans un des trois axes suivants :

Axe 1 : La santé au centre (des politiques publiques)

Un **premier axe** macrosociologique dans lequel pourraient ainsi s'inscrire les contributions se situe au niveau des politiques publiques de santé. La notion de « responsabilité populationnelle » émerge du côté des politiques publiques et est définie dans le rapport « Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » (Devictor, mars 2014) comme la préoccupation que chaque personne puisse sur un territoire (de proximité) trouver *a minima* une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé¹. Les confusions entre ces deux notions révèlent l'importance croissante du rôle de l'État dans le domaine de la santé. Les lois de 2016 et 2019 donnent à l'Etat un rôle central dans la réorganisation des soins primaires et redéfinissent en

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf, p.10

partie le « mandat » de la médecine libérale concernant l'accès aux soins. Mais le rôle de l'Etat est à la fois structurant et ambigu car il agence à la fois les progrès effectifs ou possibles mais aussi l'inertie et les résistances d'une organisation défavorable aux plus défavorisés (les migrants ou les mineurs isolés par exemple).

On pourra aussi s'interroger sur la traduction dans la politique budgétaire du « virage ambulatoire ». Quel lien avec la politique hospitalière, notamment concernant la création « d'hôpitaux de proximité » ou de forfait parcours pour certaines pathologies ? Quelle est la place de la santé dans les politiques publiques ? Comment une approche intégrée se traduit-elle en termes de santé au travail ou de santé environnementale, etc. ? Quel est le lien aujourd'hui entre santé et urbanisme (Barles, 2011) ?

Quelles sont les politiques publiques qui portent les enjeux d'inégalités de santé ? Lesquelles intègrent plus particulièrement des aspects sociaux ? Comment articuler les différentes politiques dont elles relèvent et qui sont fortement liées sous deux angles, d'une part, la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques et, d'autre part, l'aspect interministériel et/ou transversal de leur mise en œuvre ? Que peuvent dire les professionnels de santé de leur manière d'appréhender les politiques publiques ? Comment travaillent-ils sur les enjeux d'inégalité au quotidien ? Telles sont les questions qui pourraient être soulevées dans le premier axe.

Axe 2 : La santé au centre (d'un territoire)

Un **deuxième axe** d'investigation, à un niveau méso-organisationnel, concerne l'importance de l'échelon territorial (régional, départemental, local) pour l'organisation du système de santé qui a été affirmée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009. Le territoire y est mobilisé comme un espace d'intégration (groupements hospitaliers de territoire, communautés professionnelles territoriales de santé, contrat local de santé...). Il est également un échelon concret de repérage des manques (zonage, outils comme l'Accessibilité potentielle localisée APL) publicisés par l'idée des déserts médicaux et de la pénurie (Hassenteufel *et al.*, 2020). Mais aussi un espace d'initiatives, de concertation et de mise en œuvre (conférences de territoires, ateliers santé-ville, création de CDS ...). Avec son pacte national de lutte contre les déserts médicaux et la création des CPTS, la loi de modernisation du système de santé 2016 a encore contribué à développer cette idée d'un maillage territorial à organiser alors même qu'en ambulatoire la liberté d'installation reste un principe fort (Colombani, 2018).

Avec deux enjeux distincts, le territoire suppose de questionner la ville (Bourdelaïs, 2001 et 2007) autant que la place et le rôle des instances locales pour corriger les inégalités sociales de santé mais aussi articuler les actions locales et nationales (Rican, Vaillant, 2009). Sur les ambiguïtés relatives aux processus de déconcentration et décentralisation des politiques de santé publique (Loncle, 2009), territorialiser les soins signifie garantir une égalité sur l'ensemble du territoire mais aussi s'adapter aux besoins de soins au niveau local. Sans que cela n'évince en rien les contributions portant sur le rural et le péri-urbain, un focus sur les « directions de la santé » des villes serait particulièrement intéressant pour identifier et étudier les « figures urbaines de la santé publique » dans les années 2020.¹

Si les inégalités s'expriment différemment, sont-elles traitées de manière différenciée ? Si oui, comment ? Les associations (locales, humanitaires...) sont-elles des

¹ Nous empruntons l'expression à l'ouvrage de Didier Fassin paru en 1998 « Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales », Paris, La Découverte.

parties prenantes ? Certaines communes ou intercommunalités se mobilisent-elles davantage que d'autres pour défendre la santé publique (Fleuret, 2016) ? Les travaux questionnant la problématique de l'attractivité des territoires sur les soignants comme des ethnographies de maisons ou centres de santé seraient les bienvenues pour rendre intelligibles des « écologies » (Abbott, 1988) locales.

Quels instruments sont mobilisés pour favoriser l'accès aux soins (Buzyn, Colombani, Leicher, Gendry, Marissal, 2018) ou la venue d'une offre sur un territoire (zonage des ARS, soutien des collectivités territoriales...) ? Comment s'articulent, sur un même territoire, les différents « opérateurs » (accueil et structures d'urgence, établissements du médico-social, ONG, ...) ? Quelle place et quels usages pour les nouvelles technologies d'e-santé et de télémedecine (Mathieu-Fritz, 2021) ?

Axe 3 : La santé au centre (de santé)

Un **troisième axe** d'investigation, à un niveau micro-organisationnel, concerne les différentes expériences d'organisations collectives, et notamment celles des centres de santé, qui mettent en avant un projet de santé développant des missions de santé publique sur un territoire particulier. Si les maisons de santé ont donné lieu à un certain nombre d'analyse récentes (Schweyer, Vezinat, 2019 ; Hassenteufel, Naiditch, Schweyer, 2020), les centres de santé ont été beaucoup moins étudié par les sociologues.

Juridiquement, ce sont pourtant des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Contrairement aux maisons de santé qui regroupent majoritairement des professionnels de santé libéraux, les centres de santé salarient leur personnel y compris médical. Dans ce paysage, les centres de santé polyvalents pluri-professionnels constituent un contre-point atypique en ce qu'ils agissent depuis longtemps en lien étroit avec les politiques locales de santé publique, dont ils sont souvent un instrument d'intervention privilégié dans les domaines sanitaire et social que certains ont déjà analysé comme « une reconnaissance tardive par l'État d'un service public de proximité » (Le Goff, 2011, p.165). Par leur histoire, comment inscrivent-ils leurs actions dans le domaine de la santé publique et de la prévention ? En quoi contribuent-ils à l'équité dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables et participent à la lutte contre les inégalités sociales d'accès aux soins ? Le développement récent de centres de santé communautaires qui cherchent à dépasser « la différence entre médecine et action de santé » (Véret, 2005, p.489) traduit-il une approche renouvelée ?

Circonscrire précisément la singularité des centres de santé n'est cependant pas chose aisée tant les formes qu'ils peuvent prendre sont multiples (Vigneron, 2014). Cet axe pourra également accueillir des contributions s'intéressant aux professionnels de santé qui y exercent et/ou aux patients qui y sont accueillis, comment se perçoivent-ils les uns et les autres ? En quoi ces structures d'exercice collectif se présentent comme une réponse aux dysfonctionnements liés à l'exercice libéral de la médecine ? Comment interviennent-ils sur les difficultés d'accès aux soins dans un contexte où la liberté d'installation des médecins est responsable de fortes disparités territoriales dans l'offre de soins ? L'exercice coordonné y a-t-il vocation à assurer une plus grande continuité et cohérence du parcours de soins ? Dans le cadre du projet éditorial de *Sociologies pratiques*, nous souhaitons ouvrir cet appel aux témoignages de praticiens qui pourraient documenter ces questionnements, par leur expérience vécue ou un retour sur une action menée.

Références citées

- Abbott A., 1988, *The System of Professions*, University of Chicago Press.
- Barles S., 2011, « Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles », *Les Tribunes de la santé*, N°33, p.31-37.
- Bergeron H., Castel P., 2010, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, n° 52, p. 441-460.
- Bourdelais P., 2001, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIII-XXe siècles)*, Paris, Belin.
- Bourdelais P., 2007, « L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ? » *Les tribunes de la santé*, N°14, Vol.45.
- Buzyn A., Colombani H., Leicher C., Gendry P., Marissal P., 2018, Charte relative à la mise en œuvre du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins.
- Colombani H., 2018, « Une charte pour lutter contre les déserts médicaux », FNCS.
- Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J., 2016, *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan.
- Fassin D., 1998, « Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales », Paris, La Découverte.
- Ferrand A., 2007, *Confidants. Une analyse structurale de réseaux sociaux*, L'Harmattan.
- Fleuret S., 2016, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n°2, p. 107-115.
- Gelly M., Mariette A., Pitti L., 2021, « Santé critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 236-237, n°1-2, p. 4-19.
- Hassenteufel P., 1997, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X., 2020, Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées, *Revue française des affaires sociales*, 2020 n°1, p.11-31
- Hassenteufel P., Schweyer F.-X., Gerlinger T., Reiter R., 2020, « Les 'déserts médicaux' comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, N°1, p.33-56.
- Le Goff E., 2011, « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue Française des Affaires Sociales*, N°4, p.158-177.
- Mariette A., Pitti L., 2020, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, 6 juillet 2020 et « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2/2) : comment le système de santé accroît les inégalités », *Métropolitiques*, 10 juillet 2020.
- Mathieu-Fritz A., 2021, *Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine*, Paris, Presses des Mines.
- Schweyer F.-X., Vezinat N., 2019, « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, N°1, p.3-10.
- Véret J.-L., 2005, « Le centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville », *Santé publique*, N°3, Vol.17, p.485-490.
- Vezinat N., 2019, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, PUF.
- Vignerot E., 2014, *Les centres de santé. Une géographie rétrospective*, Rapport FEHAP.

Articles attendus

Sociologies pratiques s'adresse aux chercheurs académiques et universitaires tout autant qu'aux professionnels, intervenants, consultants qui mobilisent la sociologie pour leurs travaux. Les articles attendus peuvent donc être de deux natures. D'une part, des analyses réflexives et sociologiques fondées sur des recherches empiriques récentes (analyses de témoignages, études de cas, débats critiques, etc.). D'autre part, des analyses de pratiques professionnelles (témoignages de pratiques et réflexion sur les conditions de l'action, les justifications de l'action et les conséquences sur l'action). Dans l'un comme dans l'autre cas, les articles doivent être analytiques et traiter de l'une des questions soulevées dans l'appel. Les articles qui croisent différents axes développés dans l'appel sont les bienvenus.

Procédure de soumission d'article

- Adresser une intention d'article de 5000 signes maximum (espaces compris) avant le **mercredi 08 septembre 2021** par voie électronique à l'adresse suivante : Sociologies.Pratiques.45@gmail.com

Elle devra contenir une présentation du questionnement sociologique, du terrain, de la méthodologie et des résultats proposés.

- La revue retournera son avis aux auteurs dans le courant du mois de **septembre 2021**. L'acceptation de l'intention d'article ne présume pas de l'acceptation de l'article final. Toute intention d'article, comme tout article, est soumis à l'avis du Comité de lecture de la revue, composé des deux coordinateurs, des membres du Comité de rédaction et d'un relecteur externe.
- Les articles (au format de 15000 ou de 27000 signes, espaces compris) seront à retourner à la revue pour le **1^{er} décembre 2021** et donneront lieu à échanges avec le comité de lecture.
- La sortie du numéro est prévue pour **mi-octobre 2022**.
- Plus d'informations sur la revue : www.sociologies-pratiques.com

Présentation de la revue

Sociologies pratiques est une revue de sociologie fondée en 1999 par Renaud Sainsaulieu et l'Association des professionnels en sociologie de l'entreprise (APSE). Elle est intégrée dans la liste des revues scientifiques reconnues par le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES). Elle est répertoriée sur les bases Francis et Cairn. Sociologies pratiques paraît deux fois par an. Ses numéros thématiques (environ 200 pages) donnent la parole à des chercheurs et à des praticiens afin de témoigner de réalités sociales émergentes et de comprendre les mouvements de notre monde. Le projet éditorial de la revue rend compte d'une sociologie appliquée. En ce sens, il recherche un équilibre entre monde académique et monde professionnel, entre compréhension et action, tout en portant un regard clairement sociologique pour comprendre le changement social. La volonté de croiser témoignages d'acteurs de terrain – qui agissent au cœur des transformations – et réflexions de chercheurs – qui donnent les résultats de leurs enquêtes les plus récentes – fait de Sociologies pratiques un espace éditorial et intellectuel original qui s'adresse à tout lecteur intéressé par la sociologie en pratique.

Appel à contribution permanent

Outre le dossier thématique composé des articles retenus à partir de l'appel à contributions, **Sociologies pratiques** propose d'autres rubriques ; par exemple : *Sociologies d'ailleurs*, *Le Métier*, *Lectures*, *Échos des colloques*, *Bonnes feuilles des Masters*. Des varia peuvent aussi être publiés.

- Rubrique *Échos des colloques*

Qui n'est pas un jour passé à côté d'un colloque auquel il serait bien allé ? **Sociologies Pratiques** propose à ses lecteurs une rubrique *Échos des colloques*. Il s'agit d'évoquer, sous une forme concise et personnelle (7000 signes maximum), les colloques auxquels le lecteur, désireux de faire partager à d'autres ses impressions, a participé.

- Rubrique *Le Métier*

La rubrique *Le Métier* est l'un des marqueurs éditoriaux de **Sociologies pratiques**, revue ouverte sur les usages non académiques de la sociologie. En valorisant l'expérience d'une sociologie appliquée (recherche-action, étude, expertise, conseil, évaluation de politiques publiques...), cette rubrique offre à des intervenants qui *font* de la sociologie, mais aussi la *déforment*, du fait de leurs usages, l'opportunité de rendre compte de leur pratique et de signifier ce qu'apporte le détour sociologique aux organisations pour lesquelles ils travaillent. Il est attendu des auteurs qu'ils fassent preuve de réflexivité et qu'ils exposent, outre leur terrain et leurs résultats saillants, les stratégies qu'ils parviennent (ou non) à mettre en place pour faire accepter leur approche sociologique, qui déconstruit souvent les certitudes des commanditaires et va à l'encontre des discours convenus dans les organisations.