

Nicolas Duvoux
Nadège Vezinat

La santé
sociale



Santé sociale & inégalités sociales de santé



Nicolas Duvoux & Nadège Vezinat
Professeurs des universités en sociologie
Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis



D'où je parle?

- 
- 
- 
- Position d'universitaire, enseignant-chercheur à l'Université Paris 8, Saint-Denis, chargé, au sein de cette Université, d'une charge de mission sur l'accompagnement social des étudiants;
 - Position d'expert, en tant que Président du Comité scientifique du Conseil National des politiques de Lutte contre l'Exclusion (CNLE), haut conseil rattaché aux services du Premier ministre.
 - Double point de vue de chercheur et d'observateur (participant) ou de participation (observante) sur l'action publique en train de se faire.



Ce qu'induit cette position

- 
- Réflexions sur des tendances et évolutions observées, parfois de manière scientifique et systématique, grâce à la construction et à l'application d'un protocole empirique;
- 
- Parfois de manière plus exploratoire, au gré de la compréhension des jeux d'acteurs et des luttes pour la construction des cadres de politique publique.
- 
- Partage d'un questionnement, plus que d'une certitude, un questionnement étayé sur des constats et analyses de longue portée mais aussi dans un horizon temporel plus court.
- 



Plan de l'intervention

- 
- I. Inégalités sociales de santé : état des lieux
 - II. Liaison et déliaison de la santé et du social dans l'intervention sociale au cours de l'histoire
 - III. Vers la santé sociale
- 
- 
- 



Nicolas Duvoux, Paris 8 (Cresppa-LabTop); Comité scientifique du
Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion



I. Inégalités de santé : état des lieux





Les inégalités sociales de santé



« Les inégalités de santé sont des ‘différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé’ observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d’une inégalité de distribution d’une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d’autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales. Les déterminants sociaux sont à l’origine des inégalités sociales de santé, définies comme « toute relation entre la santé et l’appartenance à une catégorie sociale ». Ces inégalités s’accompagnent d’inégalités territoriales d’accès à des services ou à l’emploi selon les territoires. Elles s’accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d’environnement et de travail. »





Les inégalités contextuelles de santé



- La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années, contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé.
- En 2009-2013, un cadre masculin de 35 ans peut espérer vivre 49 ans, un ouvrier 42,6 ans. Mais cette espérance de vie n'a pas la même qualité.
- L'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de 34 ans alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier.



(Lang, 2017, 8)



Les déterminants de santé



- Ces déterminants de santé sont multiples. Ils peuvent être distingués selon trois grandes familles qui répondraient à des interventions de nature assez différente :



- les déterminants socio-économiques, parmi lesquels peuvent être cités l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes ;



- les comportements de santé (consommation de tabac et d'alcool, nutrition...), qui ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais dépendent aussi de la catégorie sociale ;

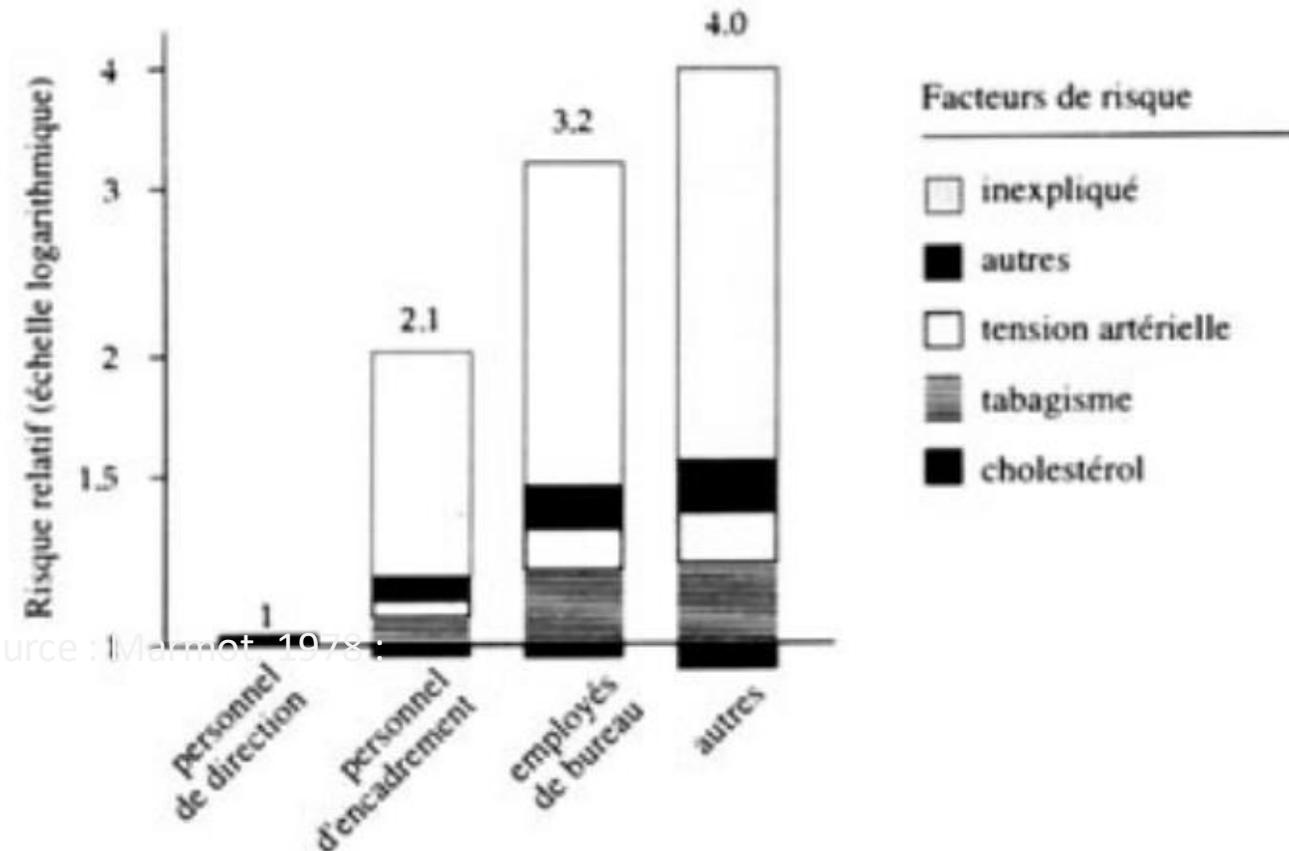


- le système de soins et de prévention médicalisée.

L'idée de gradient social

Exemple issu des travaux épidémiologiques de la cohorte de Whitehall

Risque relatif de mortalité (ajusté par âge) par maladie cardiovasculaire et par facteur de risque selon la position hiérarchique. Source : Marmot, 1978 : 248



Source : Marmot, 1978 :



L'idée de gradient social



- Le terme « gradient » évoque un continuum, le fait que la fréquence (par exemple : un problème de santé) augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique (revenu, niveau d'études, etc.).
- - On parle d'un gradient social lorsque la prévalence ou l'incidence (par exemple : un problème de santé) augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.
- - Implique que la relation entre le niveau socio-économique et la santé est nivelée. Plus un individu se trouve au bas de l'échelle sociale, où les conditions quotidiennes de vie sont mauvaises, moins bonne sera sa santé.

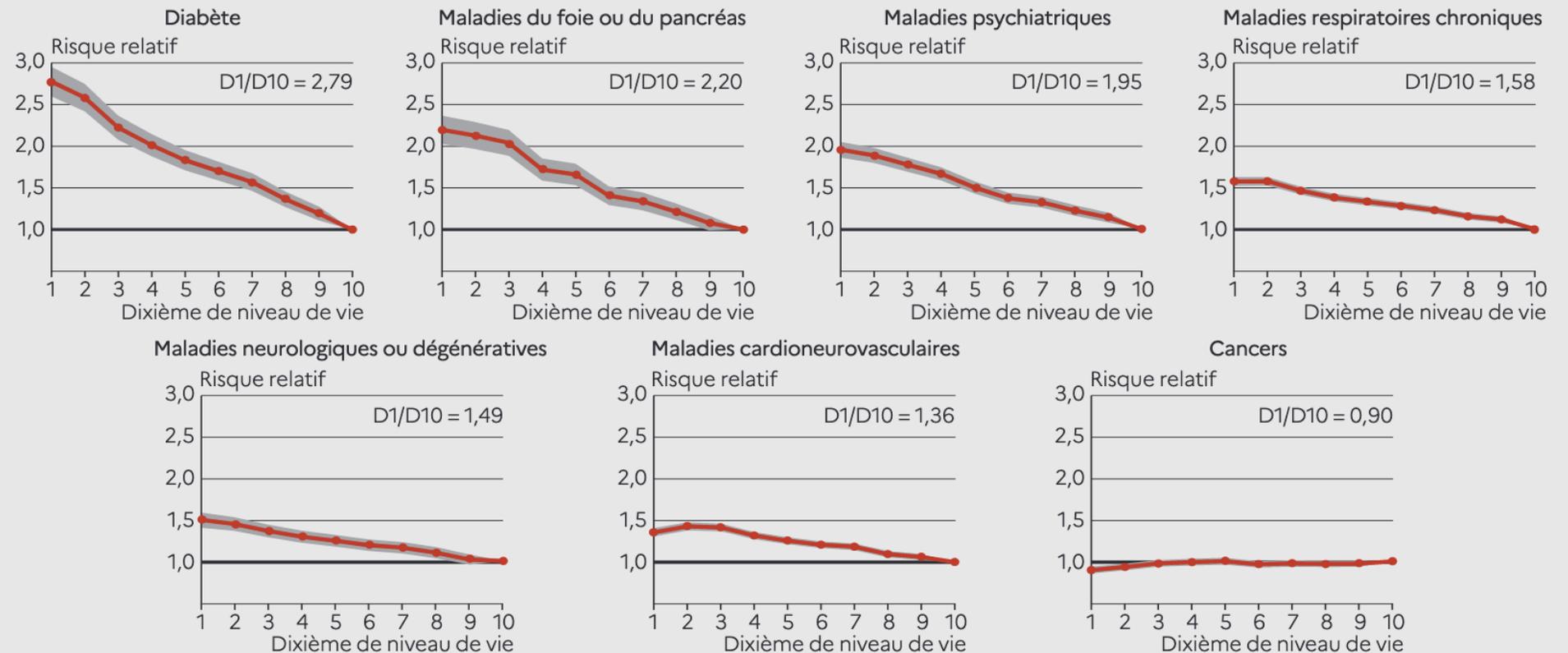


(Lang, Leclerc, Kaminski, 2008, 255)

Les inégalités sociales de santé

Source : DREES, 2022

Graphique 1 Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

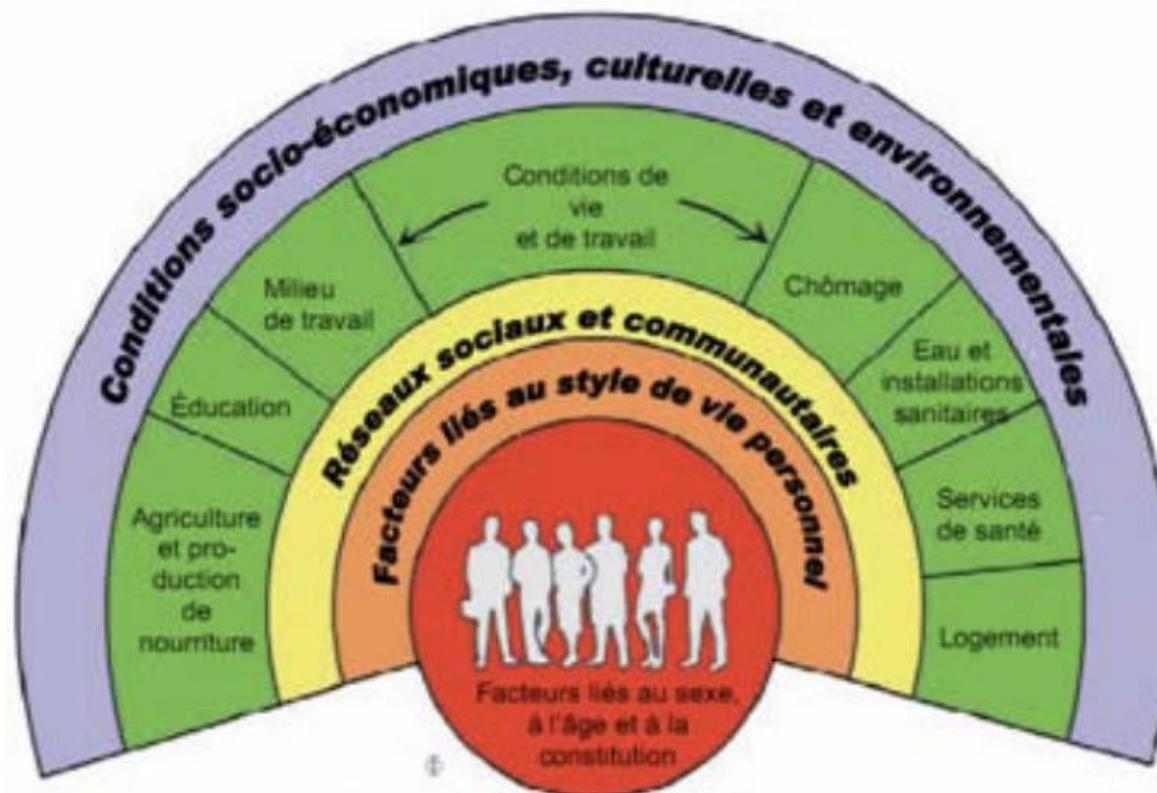
Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

Les déterminants sociaux de la santé

Le **modèle de Dahlgren et Whitehead** (en arc en ciel) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent (Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.)





Inégalités territoriales de santé

- 
- Concentration spatiale et sociale des problèmes sanitaires;
 - Facteurs matériels : environnement bâti; environnement d'établissements; offre de soin : accessibilité (géographique et financière) à laquelle il faut ajouter les problématiques qui déterminent le non-recours : absence d'information, stigmatisation, complexité, dématérialisation;
 - Facteurs psycho-sociaux (normes individuelles et collectives);
 - Effets des facteurs contextuels qui interagissent avec des facteurs individuels, qui parfois renforcent, parfois contrebalancent les effets de contexte. L'analyse souligne :
 - L'hétérogénéité des quartiers, y compris de la Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville;
 - Cumul d'exposition pathogènes;
 - Dimension subjective de l'appartenance au territoire.
- 
- 
- 

Pierre Chauvin, 2009

Des inégalités très précoces

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance

Mathilde Gaini, Nathalie Guignon, Stéphane Legleye, Muriel Moisy, Stanislas Spilka, Annick Vilain*

3. Indicateurs de santé et habitudes de vie des élèves de grande section de maternelle selon l'origine sociale en 2012-2013

	Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Ensemble
Surcharge pondérale	13,8	7,2	10,2	14,3	15,6	11,9
<i>dont obésité</i>	4,8	1,3	2,4	4,8	5,8	3,5
Part des enfants qui...						
... ont un écran dans leur chambre	25,0	9,0	17,3	31,3	33,7	22,7
... passent plus d'une heure par jour devant un écran les jours de classe	44,9	25,4	37,7	51,8	59,0	42,9
... prennent un petit-déjeuner quotidien	91,2	97,4	95,0	90,7	85,4	92,5
... consomment tous les jours des boissons sucrées	20,1	8,0	13,0	23,1	31,4	18,2
... ont des dents indemnes de caries	80,8	92,2	89,7	81,4	69,5	84,0
... se brossent les dents plusieurs fois par jour	49,8	59,8	59,6	53,1	46,9	55,1
... n'ont jamais consulté un dentiste ¹	52,7	44,4	50,4	58,5	60,2	53,2
... ont reçu quatre doses de vaccin DTP ²	98,1	97,8	98,3	98,1	97,0	97,8

1. En dehors du cadre scolaire et des consultations sans avance de frais proposées par l'assurance maladie.

2. Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Note : l'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle des parents (*encadré 2*).

Lecture : en grande section de maternelle, 7,2 % des enfants de cadres présentent une surcharge pondérale contre 15,6 % des enfants d'ouvriers.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Drees-Dgesco, enquête nationale sur la santé des élèves scolarisés en grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

Source : Insee, 2020



Principes d'intervention

- 
- L'ensemble des acteurs doivent s'approprier l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (ISS), mais leur formation n'aborde qu'à la marge cette question;
 - Toute politique ou intervention devrait viser simultanément deux objectifs : l'amélioration globale de la santé pour l'ensemble de la population et la réduction ou –au grand minimum – l'absence de creusement des ISS;
 - Les politiques de l'enfance doivent être classées prioritaires, car les ISS se construisent dans les premières années de vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles;
 - La modification des comportements devraient cibler à la fois l'individu, en prenant en compte ses caractéristiques sociales et ses conditions de vie, et aussi créer un environnement – économique, réglementaire, institutionnel ou social – favorable à la santé.
- 
- 
- 



Nicolas Duvoux, Paris 8 (Cresppa-LabTop); Comité scientifique du
Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion



II. Liaison et déliaison de la santé et du social dans la protection sociale





La liaison initiale : le paupérisme du dix-neuvième siècle



- La prise de conscience de la réalité du ‘paupérisme’ du dix-neuvième siècle est ancrée dans une réalité sanitaire, qui est la préoccupation la plus immédiate des réformateurs sociaux.
- La ‘vulnérabilité’ des classes défavorisées est au cœur du ‘diagnostic’ qui peut être établi à leur sujet. Les sciences sociales ont, au cours des dernières années, particulièrement étudié cette liaison.
- Les travaux d’historiens, mais aussi de philosophes, ont documenté cette liaison entre le fait de vivre dans un milieu social défavorisé, notamment en ville, et d’être confronté à des conditions de vie précaires et malsaines (alimentation insuffisante; habitation insalubre; chômage, etc.)



La liaison initiale : l'identification des mécanismes

- 
- Identification des mécanismes de la 'vulnérabilité', dès le XVIIIe siècle (Patrice Bourdelais, 'Qu'est-ce que la vulnérabilité? Un petit coup renverse aussitôt la personne (Süssmilch)', *Annales de démographie historique*, 2005/2, n°110.



« Lorsque la cherté s'ajoute à la pauvreté, la mortalité ne peut que décimer les démunis. » (Süssmilch, 1758, 10-52)



« Les principaux mécanismes de la vulnérabilité économique et sociale ainsi que les conséquences qu'ils entraînent sont décrits de façon très précise. L'importance décisive du contexte économique et social qui fait de la personne pauvre une victime potentielle des aléas de la conjoncture, climatique ou économique, est parfaitement cernée, ainsi que le risque qui menace la survie. Il n'est donc guère surprenant que des auteurs contemporains aient tenu à souligner que la pauvreté et la vulnérabilité interagissent étroitement. Pour Süssmilch, les conditions sociales de la population pauvre créaient la vulnérabilité traduite par la surmortalité dont elle était victime.





La liaison initiale : lectures du mouvement de l'hygiénisme et de la réforme sociale



- Identification de la dimension de souffrance individuelle d'origine sociale inhérente à la condition ouvrière dans les concentrations urbaines du XIXe siècle et redécouverte de la médecine sociale (Emmanuel Renault, *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, 2008).



- Discussion de la thèse de Foucault sur la lecture normalisatrice de la « naissance de la médecine sociale » et mise en lumière de sa dimension émancipatrice. Renault reproche à Foucault d'avoir plaqué sur le XIXe siècle une lecture de la santé publique qui caractérise le XXe. Lecture en un double mouvement.





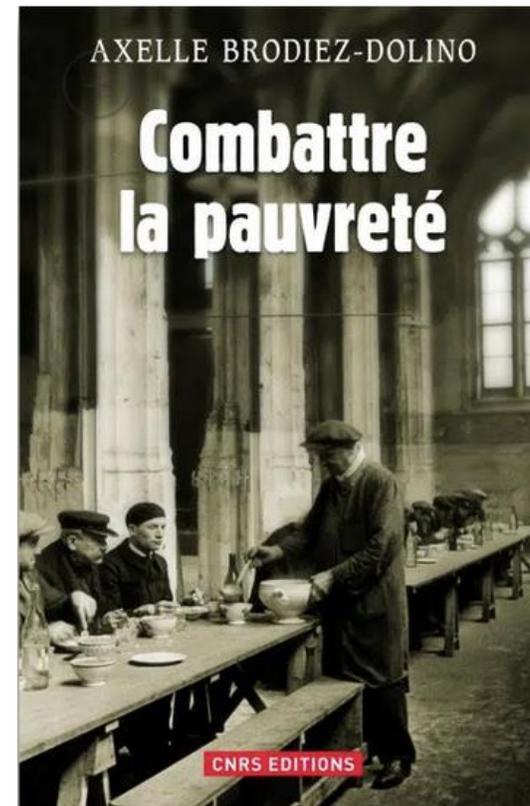
- « Par illusion rétrospective, Foucault interprète le développement de l'hygiène publique et de la médecine sociale du point de vue de la santé publique du XX^e siècle comme celui d'une branche du savoir médical caractérisée par son approche préventive et sociologique de la santé, associée de surcroît à des techniques administratives. Or, c'est seulement à la fin du XIX^e siècle que cette conception de la santé publique a émergé et trouvé son institutionnalisation médicale et administrative. »
- « La version française du mouvement de réforme sanitaire semble plus conforme encore que la version anglaise à l'interprétation foucauldienne : dotée d'une institutionnalisation à la fois médicale et administrative, elle procède en effet d'une extension des catégories médicales au social. Cependant, cette version française, à l'inverse de l'anglaise, est médicale et non prescriptive. »



La liaison initiale : les jalons d'action publique



- Santé et pauvreté ont été liées dans la construction des premiers jalons de l'État social. Axelle Brodriez-Dolino, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Cnrs-éditions, 2013.



L'ALARME

Président d'Honneur
M^r RAYMOND POINCARÉ



Société Française d'Action
CONTRE L'ALCOOLISME



Ce que nous n'avons pu faire l'Alcool le fera

AUX FRANÇAISES ET AUX JEUNES FRANÇAIS

L'Alcool est votre ennemi aussi redoutable que l'Allemagne...

Il a coûté à la France depuis 1870, en hommes et en argent, bien plus que la guerre actuelle.

L'Alcool flatte le palais; mais, véritable poison, il détruit l'organisme.

Les buveurs vieillissent vite. Ils perdent la moitié de leur vie normale et sont la proie facile d'infirmités et de maladies multiples.

Les "PETITS VERRES" des parents se transforment en GRANDES TARES héréditaires chez les descendants. La France leur doit environ deux cent mille fous, le double de poitrinaires, sans compter des goutteux, des ramollis avant l'âge et la plupart des criminels.

L'alcoolisme diminue des deux tiers notre production nationale, augmente la cherté de la vie et la misère.

A l'instar du Kaiser criminel, l'alcoolisme décime et ruine la France, à la plus grande joie de l'Allemagne.

Mères, jeunes gens, jeunes filles, épouses, agissez contre l'alcoolisme en souvenir des blessés et des morts glorieux pour la Patrie.

Vous accomplirez ainsi une tâche grandiose, égalant celle de nos héroïques soldats.

L'ALARME, Siège Social : PARIS, 45, rue Jacob

176520

176520

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



**LES ASSISTANTES SOCIALES
APPORTENT AUX FAMILLES
JOIE ET SANTÉ**



La déliaison : autonomisation des assurances sociales et retour de la pauvreté et de l'assistance



- Les sources de la déliaison viennent de l'affirmation même de l'État social et de l'efficacité de son organisation et de son déploiement. L'État social est :

- centré sur la construction d'assurances sociales, dont l'assurance maladie;
- sur la figure du « travailleur » dont la vulnérabilité sociale est euphémisée et limitée par la protection sociale elle-même;
- sur une transformation des cibles d'action publique et une marginalisation de la pauvreté (Paugam, 2005). L'inadaptation, le handicap, les marges sont un espace de relégation vis-à-vis de la société mais aussi vis-à-vis du système de protection sociale et de sa dynamique générale.

- La crise économique et sociale et la grande transformation qui trouve son origine dans les années 1970 va ébranler, progressivement, les certitudes et occasionner, d'abord, un retour de la pauvreté et de l'assistance.





La déliaison : pourquoi le retour de la vulnérabilité à grande échelle va de pair avec le maintien d'un cloisonnement



- La dichotomie entre les deux ensembles, sanitaires et sociaux, va de pair avec des cloisonnements internes très puissants à chacun des sous-ensembles.



- Au sein du système de santé :
 - Clivage entre l'hôpital et la médecine de ville;
 - Entre la médecine libérale, curative et payée à l'acte, et la santé publique, étatique et préventive.



- Au sein de la lutte contre la pauvreté :
 - Déconnexion entre assurance et assistance;
 - Recours croissant, mais problématique, aux minima sociaux (4 millions d'allocataires, Drees, 2022);



- Difficulté de mise en œuvre des politiques d'insertion, focalisation sur le retour à l'emploi et dimensions monétaires au centre des enjeux d'action publique (RSA – Prime d'activité).



La remise en cause de la déliaison : versant social



- La problématique de l'accès au soin a émergé comme un élément, inscrit dans la lutte contre l'exclusion, mais ferment d'un redéploiement de la protection sociale de manière plus générale. La transformation de la CMU en Puma et aujourd'hui la CSS est une évolution, en cours, à documenter.
- L'insuffisance des politiques de solidarité, essentiellement palliatives et de moins en moins acceptées, a contribué à structurer une réflexion sur une orientation plus préventive, formulée en termes d'investissement social dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. La nomination de Marine Jeantet, médecin de santé publique, a rendu plus évidente une liaison déjà établie.



Une convergence multiforme... mais limitée par le maintien d'un fonctionnement en silos

- 
- Convergence de problématisation : nécessité de la prévention et intervention dès la petite enfance (pour la réduction des ISS et pour l'égalité des chances;
- 
- Cette convergence de problématisation donne lieu à une convergence d'instruments d'action publique : intégration au sein de stratégies à l'échelle nationale ou locale;
- 
- Convergence des acteurs : nécessité de décroiser les secteurs (Départements, métropoles, communes, etc.)
- 

SANTÉ

Le travail social : un atout pour la santé

Publié le 26/02/2021 • Par [Laure Martin](#) • dans : [A la Une santé social](#), [Actu expert santé social](#)



francescoridolfi.com

Le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques et des facteurs de risques liés à certains modes de vie s'entremêlent à des situations sociales elles aussi de plus en plus complexes : précarité, problèmes de logement... Cette imbrication entre les problématiques sanitaires et sociales amène à des modifications de pratiques

de la part des professionnels de santé. Les médicaux et paramédicaux interagissent de plus en plus au sein de structures regroupées qui s'ouvrent aux métiers du secteur social, pour une prise en charge globale des patients et une lutte contre le renoncement aux soins. Mais l'appréhension des deux univers est parfois problématique.

Centres de santé : une réponse à des besoins

Sur le terrain, cette collaboration est portée par la politique nationale, qui incite au déploiement des structures regroupées, notamment dans le cadre du plan Ma Santé 2022. Mais l'arrivée des métiers du social dans la sphère sanitaire est aussi liée à l'identification des besoins par une structure donnée sur un territoire donné, nécessitant des compétences spécifiques pour y répondre. À titre d'exemple, au sein du CDS La Place Santé à Saint-Denis, la médiation fait partie intégrante des soins. Dès 1985, un poste de médiateur a été créé par les médecins, afin d'aider les patients confrontés à des difficultés socio-économiques ou à des incompréhensions en lien avec une difficile maîtrise de la langue française. À l'origine, les médecins s'appuyaient sur les habitants du quartier puis, les postes ont évolué. Autre exemple : la MSP de Neuhof à Strasbourg (Bas-Rhin) a intégré un écrivain public depuis décembre 2017 pour aider les personnes dans leurs démarches administratives dans le domaine de la santé. Ce sont les professionnels de santé de la structure qui ont réfléchi à la création de ce poste pour se dégager du temps qu'ils consacraient à cette tâche administrative.



III. Vers la santé sociale



Nicolas Duvoux
Nadège Vezinat

La santé sociale

la vie des
idées.fr

puf



Table des matières



- De la médecine à la santé sociale, *par Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat*
- La médecine de ville en France, la grande transformation ?, *par Nicolas Da Silva et Maryse Gadreau*



- La santé est-elle l'affaire des municipalités ?, *par Igor Martinache, Nadège Vezinat*
- Quand les libéraux refondent la santé : l'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles, *par Nadège Vezinat*



- Les Pass ou l'extension de l'assistance dans le système de santé, *par Mauricio Aranda et Nicolas Duvoux*
- Quand la santé sociale devient politique. La raison communautaire de la Case de Santé de Toulouse, *par Jean-Charles Basson*



***La santé sociale*, livre paru en février 2022
aux Presses Universitaires de France**

Les PASS : permanences d'accès aux soins de santé

430 sur toute la France

Les permanences d'accès aux soins de santé - PASS - permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières.



Les MSP: un modèle marginal mais dynamique

Date	Nombre de MPS labellisées par les ARS
Janvier 2012	235 structures
Mars 2013	240 structures
Mars 2014 – congrès Tours	436 structures
Mars 2015 – congrès La Rochelle	616 structures
Mars 2016 – congrès Nancy	750 structures
Mars 2017 – congrès Lyon	910 structures
Mars 2018 – congrès Nantes	950 structures
Mars 2019 – congrès Dijon	1200 structures (dont 943 ACI)
Fin 2020	1617 structures
Septembre 2021 – congrès Bordeaux	1889 structures
Mars 2022 – congrès Lille	2018 structures (au 31/12/21), (1747 ACI)
Mars 2023 – congrès Saint Malo	2300 structures

Données: Observatoire des MPS, DGOS, chiffres donnés aux congrès



Les centres de santé: des formes hétérogènes (1/2)



Tableau Répartition des centres de santé, selon le type

Types de CDS	Effectifs	Pourcentage
Centre de santé dentaire	1114	42,0 %
Centre de santé infirmier	520	19,6 %
Centre de santé médical	273	10,3 %
Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux	588	22,2 %
Centre de santé polyvalent Sans auxiliaires médicaux	157	5,9 %

Source : Base E-CDS (ATIH-DGOS). Travail de la base : Samia Benallah (Université de Reims)
Champ : Ensemble des centres de santé enregistrés fin février 2022.

Lecture : En 2022, on dénombre 588 centres de santé polyvalents avec auxiliaires médicaux, soit 22 % de l'ensemble des centres de santé.



Les centres de santé: des formes hétérogènes (2/2)



Nombre de centres de santé selon le type de gestionnaire

Statut agrégé	Effectifs	Pourcentage
Associations	1671	58,8
Mutualistes	556	19,6
Collectivités locales	272	9,6
Organismes de Sécurité sociale	189	6,6
Autres établissements publics	64	2,2
Fondations	36	1,3
Privé lucratif	20	0,7
Hopital	18	0,6
Autre	11	0,4
Congregations	6	0,2

Source : Base E-CDS (ATIH-DGOS).

Champ : Ensemble des centres de santé enregistrés fin février 2022.



Un tournant social et préventif ?

- 
- Pour sortir d'une logique individuelle et curative
 - Pour prendre en compte les dimensions sociales et structurelles
 - Pour relier des sphères restées trop longtemps séparées



➤ Le concept de santé sociale au cœur de deux déplacements de problématique





- 1^{er} déplacement :



Sortir de la médecine pour aller vers la santé

- 
- Déplacement de la « médecine sociale » (Michel Foucault) vers la « santé sociale » (Nicolas Duvoux, Nadège Vezinat)
 - Développer des actions en dehors du soin (l'APA par exemple)
 - La « santé sociale » comme norme émergente d'action publique où la santé publique n'est pas subordonnée aux soins
- 



Le concept de santé sociale pour résoudre plusieurs confusions et méprises



- Une « **confusion entre médecine et santé publique**, entre approche individuelle et populationnelle » (Dab W., 2009, « Médecine, santé publique et précaution », in Lecourt D., *La santé face au principe de précaution*, Paris, PUF)



- Une conception élargie de la santé qui s'inscrit dans la définition donnée par l'OMS



En 1946, le Préambule de la constitution de l'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »



Répondre aux dysfonctionnements dans l'offre de soins primaires



- Prise en compte du patient dans sa globalité
- Décloisonnement du sanitaire et du social : sport santé, ateliers cuisine, etc.
- Articulation de la médecine de ville et hospitalière (« virage ambulatoire »)
- Prises en charge à domicile maintenues
- Refus des dépassements d'honoraires (secteur 1)
- Acceptation des patients CMU et AME
- Sortie du paiement à l'acte (mixité des rémunérations)
- Pluriprofessionnalité effective
- Prévention comme activité à part entière du travail médical





- Une **confusion entre individuel et collectif**

Une dynamique populationnelle qui propose des prises en charge tenant compte de la situation concrète des personnes comme de leur environnement.



- Une **méprise entre public et privé**



Une santé publique fortement liée à l'Etat en France
Des acteurs et des statuts divers pour agir ?



Quid des organisations associatives, mutualistes, libérales ou municipales ?



- Une tension entre l'échelle locale et nationale

Deux systèmes de régulation

- l'un décentralisé, relevant des collectivités territoriales : définition locale des enjeux prioritaires
- l'autre déconcentré, relevant des ARS : politiques publiques nationales à appliquer



Des problématiques territoriales

- l'accès aux soins médicaux (offre insuffisante, problèmes d'accessibilité répartition inégalitaire sur le territoire)
- la continuité des soins médicaux (gestion de l'afflux de patients, cohérence des parcours, prise en charge adaptée aux pathologies)



Comment agir ?

- La clause générale de compétences (supprimée pour les départements et les régions par la loi Notre, maintenue pour les communes) permet d'intervenir sur toute question présentant un intérêt public local non attribuée à un autre échelon d'action publique





- 2nd déplacement :

Amener le social dans le soin

- 
- Mieux lier ouverture de droits sociaux et accompagnement social avec la médecine
 - Travailler sur les différents types d'accessibilité
 - Passer d'un acte médical à une activité de soins
 - Considérer les patients « dans leur globalité »
 - Une prise en compte des problématiques sociales :
- *« une insuffisance respiratoire n'est pas en soi un cas complexe à traiter mais, si le patient habite au 6^{ème} étage sans ascenseur, alors là ça devient complexe ! »*



Attention à la médicalisation du social

- 
- Médicalisation du sociale = extension du domaine d'application de la médecine à des questions sociales
 - Une logique en silo porteuse de difficultés : s'agit-il de traiter la maladie uniquement ou les causes (non médicales) à l'origine de la maladie?
 - Risque de transfert sur les soignants de questions non médicales
 - Deux écueils à éviter pour les professionnels de santé =
 - L'intervention tout azimut : en dehors de leurs compétences et juridictions professionnelles
 - Le sentiment d'impuissance : conduisant à une culpabilisation face à des demandes fortes et répétées des patients
- 
- 
- 



La santé sociale comme proposition de liaison : une place à prendre dans les formes institutionnalisées de la solidarité ?

- 
- Décloisonnement et articulation du curatif et du préventif



Corriger l'écueil du manque d'articulation entre les mondes du social et du sanitaire par une offre de soins plus intégrée (avec des assistants sociaux, des médiateurs, des administratifs ouvrant des droits)

- 
- L'heure des choix : quels patients accueillir ?
 - soit universalité (accessibilité pour tous) = visée correctrice
 - soit ciblage (accessibilité réservée aux plus vulnérables, risque de stigmatisation et de segmentation) = visée réparatrice



Perspective correctrice ou réparatrice ?
Agir en amont ou en aval des inégalités ?



Valeur individuelle ou rôle social ?

- 
- Une correction collective des asymétries qui s'inscrit dans une conception collective de la santé, et implique une régulation d'ensemble du système de santé



Une santé sociale qui n'est pas sans ambivalence

- 
- Viser l'équité ou l'égalité ?
 - Ciblage ou « universalisme proportionné » *versus* universalisme : réduire les inégalités ou améliorer les soins pour tous ?
- 



Une ambivalence entre le « trop » et « pas assez » d'Etat qui demeure

- 
- Une médecine sociale chez Foucault qui alterne entre interventionnisme (normalisation) et « laisser-faire » (libéralisme) chez les hygiénistes du XIX^e siècle.
 - **Prolongement du système *versus* pôle critique** pour la santé sociale
 - Une santé sociale qui oscille entre changer le système et le maintenir, entre porter des critiques sur les angles morts du système de santé et participer d'une gestion stratifiée du social (avec une protection sociale dualisée, essentiellement curative et qui segmente les patients et les soins)
- 
- 
- 



Conclusion

- 
- La crise sanitaire comme démonstration de penser la santé collectivement
 - Quelles organisations offrant des soins primaires sont en mesure de se saisir de ces approches (préventives et populationnelles)?
 - Quelles organisations pour défendre la solidarité et donner toute sa place à la médecine de ville grâce au triptyque – prévention, territorialisation, participation ?
 - La piste des « SEC » (structures d'exercice coordonné) à suivre !
- 
- 
- 



Cresppa

Centre de Recherches
Sociologiques et Politiques
de Paris

Genre, Travail, Mobilités



Nadège Vezinat

Pour aller plus loin :

- *Vers une médecine collaborative. Politiques des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, 2019, Presses Universitaires de France

- *La santé sociale*, (avec Nicolas Duvoux), 2022, PUF

Merci de votre attention !

nicolas.duvoux@univ-paris8.fr

nadege.vezinat@univ-paris8.fr

Vers une médecine
collaborative

Politiques des maisons
de santé en France

Nicolas Duvoux
Nadège Vezinat

La santé
sociale

puf

la vie des
idées.fr puf