



Le concept de santé sociale : une approche collective, méso-sociologique et intégrée du soin

Nicolas Duvoux, Nadège Vezinat

DANS **L'ANNÉE SOCIOLOGIQUE** 2023/2 (VOL. 73), PAGES 393 À 426
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0066-2399

ISBN 9782130843283

DOI 10.3917/anso.232.0393

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2023-2-page-393.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LE CONCEPT DE SANTÉ SOCIALE : UNE APPROCHE COLLECTIVE, MÉSO-SOCIOLOGIQUE ET INTÉGRÉE DU SOIN

Nicolas DUVOUX
Nadège VEZINAT

RÉSUMÉ. – Cet article propose une réflexion sur les conditions épistémiques et politiques d'élaboration, ainsi que sur les caractéristiques et apports, du concept de santé sociale. Il s'intéresse d'abord aux formes successives de problématisation des relations entre la dégradation de l'état de santé des différentes catégories de la population et les réponses qui lui sont apportées. Médecine sociale ; vulnérabilité ; lutte contre les inégalités sociales de santé, autant de formulations d'un mal social qui constituent des appuis pour des pratiques, orientations et normes d'action publique. Dans un deuxième temps, le concept de « santé sociale » sera présenté comme permettant l'élaboration d'un niveau intermédiaire de prise en compte du caractère collectif de la santé : entre la médecine individuelle, curative et isolée d'un côté et les approches populationnelles, préventives et intégrées de l'autre.

MOTS-CLÉS. – Santé ; médecine ; État social ; inégalités ; organisations.

ABSTRACT. – This article examines the epistemic and political conditions under which the concept of social health was developed, as well as its characteristics and contributions. It first looks at the successive ways in which the relationship between the deteriorating state of health of different categories of the population and the responses to it have been problematized. Social medicine; vulnerability; the fight against social health inequalities – these formulations of a social problem all underpin the practices, orientations and standards of public action. Secondly, the concept of “social health” will be presented as enabling the development of an intermediate level of consideration for the collective nature of healthcare: between individual and curative medicine on the one hand and population-based, preventive and integrated approaches on the other.

KEYWORDS. – Health; Medicine; Social State; Inequalities; Organizations.

S'appuyant sur une proposition récente (Duvoux & Vezinat, 2022), cet article entend montrer comment, au carrefour de savoirs,

d'orientations normatives et de pratiques, la médecine, puis la santé publique et enfin ce que nous appelons « la santé sociale » permettent de saisir un ensemble de conceptualisations du rapport entre les conditions sociales de la population et son exposition, différentielle, à la dégradation de la qualité et de la durée de la vie. Ce concept a vocation à faire apparaître un *continuum* de problématisations, d'organisations et de pratiques reliant, de manière étroite, réponses à des enjeux de pauvreté et d'inégalités d'une part, élaboration et diffusion d'un socle de soins primaires en interaction dynamique (et critique) avec les principes directeurs (hospitalo-centré ; libéral pour la médecine ambulatoire dite « de ville » ; et curatif pour l'ensemble) du système de santé d'autre part¹.

Parmi les sociologies de la santé qui ont été développées dans le contexte français, plusieurs tendances appréhendant différemment le monde social se dessinent : une sociologie des rapports sociaux proposant une analyse micro des inégalités (Gelly, Giraud & Pitti, 2016) peut être distinguée d'une « sociologie politique de la santé » (Bergeron & Castel, 2015) qui analyse le niveau macro de l'action publique. La thèse que nous défendons est celle de la fécondité, voire de la nécessité d'un concept méso-sociologique et intermédiaire permettant d'articuler les deux. Malgré leur proximité, ces deux qualifications ne sont pas redondantes. En effet, le terme méso-sociologique décrit un niveau d'analyse² et renvoie aux organisations qui mettent en œuvre un exercice regroupé de la médecine, en interaction étroite avec des normes d'action publique encourageant le développement de l'offre de soins primaires³. Le concept de santé sociale est aussi intermédiaire : il a vocation à mettre en relation pratiques et théorie, et à restituer la logique des liaisons entre santé et social (entre soin et ouverture de droits sociaux par exemple ou dans le dépassement d'une approche clinique et curative). Comment la santé sociale permet-elle d'analyser simultanément le contexte social et l'individu ?

Ce concept sera ici appréhendé d'un double point de vue : le premier temps de notre réflexion portera sur les conditions d'émergence socio-historiques et épistémologiques d'une liaison, encore

1. Il est développé au sein d'un collectif de recherche formé dans le cadre de l'ANR Travail, santé, social (TRASS, ANR-21-CE26-0017), lequel le met actuellement à l'épreuve de terrains empiriques diversifiés.

2. Si le niveau méso-sociologique est producteur d'ordre social, le constat d'une « sous-conceptualisation de l'ordre social mésologique » (Bergeron & Castel, 2016 : 51) conduit à s'inscrire dans cette voie heuristique en l'articulant à un type d'approche qui permet d'appréhender des degrés de collectivisation intermédiaires, ici de la santé. Une approche collective du phénomène sera ainsi rendue possible par des études réalisées au niveau méso-sociologique, dans la seconde partie de cet article.

3. « Proche, mais plus large, que la notion de "soins de premier recours", la notion de soins primaires se distingue plus nettement de celle de médecine ambulatoire car, en

marginale dans la pratique et balbutiante dans la théorie, entre sanitaire et social. Dans une première partie, nous évoquerons le passage d'une manière de dire le social par la médecine, dans le contexte de l'industrialisation et de l'urbanisation du XIX^e siècle, à celle de dire les inégalités par la santé au tournant du XXI^e siècle.

Dans un second temps, nous reviendrons sur l'élaboration du concept de santé sociale pour faire ressortir, d'une part, l'ensemble de normes d'action publique dans lesquelles il s'inscrit et pour analyser les liaisons et tensions qu'il permet de rendre visibles (entre public et privé, entre droits sociaux et soin, entre exercice individuel et coordonné de ce dernier, entre curatif et préventif, etc.) d'autre part. La santé sociale apparaît, à l'horizon de ces analyses, comme un concept méso, médiateur et intermédiaire : médiateur entre pratiques et cadres cognitifs et normatifs ; intermédiaire entre une vision individuelle (voire infra-individuelle, c'est-à-dire organique) du soin et une vision intégrée de la santé, faisant fi des grands partages entre nature et culture comme les approches « One Health » qui mettent en rapport au niveau mondial la santé des humains, celle des animaux et celle de l'environnement (Gardon *et al.*, 2022). La fécondité du concept peut ainsi être évaluée à l'aune des relations qu'il est à même d'établir entre différents aspects et niveaux de ce qui est désigné sous le vocable de santé, en tant que construction sociale récente. Le concept de santé sociale vise à expliciter une rationalité à l'œuvre dans un ensemble de pratiques. En son centre se trouve un décloisonnement entre ce qui relève du curatif (consistant à soigner ou à proposer une prise en charge) et du préventif (agissant avant que la maladie ne survienne). Un de ses effets majeurs est de permettre la remise en cause, en actes, du primat que les médecins entendent s'octroyer sur les questions sociales, pour démedicaliser la santé et penser les conditions d'émergence d'une véritable transversalité, apte à corriger les inégalités sociales et celles créées par le système de santé.

Liaison et déliaison du sanitaire et du social dans l'État social

Cette première partie a vocation à éclairer le contexte d'émergence des pratiques que recouvre la santé sociale. Elle le fait au prisme des problématisations successives qui ont opéré une liaison

France notamment, certaines spécialités sont exercées en ambulatoire alors que dans d'autres pays elles ne relèvent pas du premier recours. » (Hassenteufel, Naiditch & Schweyer, 2020 : 13.)

puis une déliaison des deux pôles de la santé et du social. L'histoire des problématisations que nous souhaitons élaborer, au risque d'une inévitable simplification dans le cadre d'un article (au regard des enjeux traités et de l'étendue de la période), comporte trois moments qui en constituent des jalons. Le premier moment est celui de l'industrialisation et de l'urbanisation naissante, au XIX^e siècle. Il montre comment la médecine a dit le social : de manière très précoce, le vocable de vulnérabilité assurait alors une liaison entre ces deux pôles, et a eu des effets politiques majeurs sous la III^e République. Le deuxième moment est celui d'une forme de déliaison, creusée par le développement de l'État social et l'affirmation, autonome, du système de santé en son sein. Le troisième moment s'opère, à nouveaux frais, par une re-liaison au sein des économies industrielles avancées où perdure, voire ressurgit, un ensemble d'inégalités et où précisément émerge une définition de la santé en termes d'inégalités sociales (voir Encadré 1).

Quand la médecine disait le social

Antérieure à celle de santé sociale, la notion de « médecine sociale » a permis de mettre en rapport l'état sanitaire des populations avec leurs conditions de vie : en considérant le milieu et l'environnement d'une part, en se penchant sur les conditions sociales d'autre part. Alors que l'urbanisation et l'industrialisation transformaient en profondeur la morphologie des sociétés au XIX^e siècle, des initiatives prenaient forme. La médecine sociale a alors pu se développer grâce au libéralisme qui créait les conditions de possibilité du passage d'une médecine privée à une médecine collective : pour Michel Foucault, « c'est seulement sous le régime libéral que la médecine sociale a pu trouver toute son importance sociale » (Renault, 2008 : 196). De manière contre-intuitive, Foucault souligne ainsi qu'en rupture avec une médecine médiévale au caractère individualiste (Bullough, 1966), le capitalisme a ouvert la voie à une médecine collective :

Je soutiens l'hypothèse qu'avec le capitalisme on n'est pas passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais que c'est précisément le contraire qui s'est produit ; le capitalisme, qui se développe à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps. (Foucault, 1994 : 185.)

Selon Foucault, cette médecine sociale se structure autour de trois formes, elles-mêmes rattachées à des histoires nationales différenciées. Leur trait commun est leur rôle dans le processus de médicalisation de nos sociétés et tout particulièrement dans l'affirmation de sa puissance normalisatrice. La médecine sociale est tout autant un instrument de discipline que de libéralisation. Le déplacement opéré par Foucault permet cependant de passer d'un raisonnement sur la maladie à un raisonnement sur la médecine dans une logique de « médicalisation du social », d'un traitement de la maladie à une action sur l'environnement pathogène (avant tout avec la médecine urbaine, en prolongement de l'hygiénisme).

Mais alors que Foucault associe le développement de la médecine sociale à l'essor du libéralisme (dans la mesure où la normalisation décrite s'opère au profit du capitalisme) d'autres auteurs – comme le docteur Jules René Guérin (1848), contemporain des phénomènes analysés par Foucault et auteur du néologisme de « médecine sociale » –, inscrivaient cette notion dans une contestation du libéralisme et de ses effets en reliant l'émergence d'une médecine ouvrière et la « question sociale ». Dans la période récente, Emmanuel Renault s'est appuyé sur les écrits de Guérin pour critiquer la thèse de Foucault. Selon Renault (2008 : 198), Michel Foucault a projeté, de manière rétrospective, une conception de la santé publique datant de la fin du XIX^e siècle sur une période antérieure, celle du développement de l'hygiène publique et de la médecine sociale au début du XIX^e siècle.

Mais Renault s'empresse d'ajouter que le contexte français correspond de manière précise à la thèse foucauldienne :

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. (*Ibid.* : 199.)

Si l'émergence de la médecine sociale correspond à une extension des catégories médicales au social, cette dernière s'opère dans un contexte marqué par des problèmes sociaux de grande ampleur et par l'interdiction, pour des motifs idéologiques, d'interventions directes de l'État en matière sociale, ce que Robert Castel (1995) a désigné par l'expression de « politique sans État », dans laquelle il est possible d'intégrer les interventions relevant de la médecine sociale. Elle s'opère également dans un contexte où ce sont des médecins

qui, sensibilisés à la dégradation des conditions sanitaires des populations laborieuses ont, à l'instar de Louis-René Villermé, alerté et encouragé des réformes sociales (Corteel, 2020). L'élaboration des premières lois sociales sous la III^e République a ensuite mobilisé la notion de « vulnérabilité » comme opérateur de liaison entre les dimensions sociales et sanitaires, raison pour laquelle il convient de s'arrêter sur elle, pour procéder à une analyse de la manière dont l'action publique a lié, puis délié, ces deux pans.

La vulnérabilité comme opérateur de liaison théorique et pratique

Cette façon qu'a eue la médecine de dire les maux sociaux émergents à l'ère de ce qui était nommé le « paupérisme » a connu des prolongements, à l'instar de nombre de technologies issues d'initiatives philanthropiques, dans des formes d'intervention sociale institutionnalisées et progressivement prises en charge par les pouvoirs publics – parfois déléguées à des acteurs privés dans un cadre d'action publique, comme le mouvement mutualiste par exemple (Dreyfus, 2008). Si l'on peut recourir à un anachronisme, l'action sociale, ensemble de mesures et d'interventions aux contours flous (allant de la promotion de la tempérance à la lutte contre l'insalubrité des logements, en passant par une action sur les conditions de travail dans les « fabriques » de la grande industrie) promu par une nébuleuse réformatrice (Topalov, 1999), a été inventée en s'appuyant sur une problématisation en termes de « vulnérabilités ». Dans cette section, nous voudrions montrer comment la vulnérabilité, aujourd'hui considérée comme une « nouvelle catégorie d'action publique » (Brodiez-Dolino, 2015), a contribué, de manière décisive, à opérer une liaison entre les processus de dégradation indissociablement sociaux et physiologiques d'un côté et la construction d'un socle de droits sociaux de l'autre.

La « vulnérabilité » des classes défavorisées est au cœur du « diagnostic » qui peut être établi à leur sujet. Les travaux d'historiens, mais aussi de philosophes, ont documenté les formes et effets de la vie dans un milieu social défavorisé, notamment en ville, et de la confrontation à des conditions de vie précaires et malsaines (alimentation insuffisante ; habitation insalubre ; chômage ; etc.). L'identification des mécanismes et, pour être plus précis, des processus de la « vulnérabilité » a ainsi été faite dès le XVIII^e siècle :

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 victime⁴. (Bourdelaïs, 2005 : 6.)

À cette liaison épistémique, il est possible d'ajouter un croisement politico-institutionnel. Les institutions du social-assistanciel par lesquelles les initiatives privées du XIX^e siècle ont été dépassées (en même temps que leur logique s'est, dans une large mesure, déployée et généralisée dans un nouveau contexte, plus qu'elle n'a été abolie) ont précisément reposé sur un croisement du sanitaire et du social. Ce dernier a été, dans la période d'édification des premiers jalons de la protection sociale – celle qui précède la généralisation des assurances dans le cadre du projet politique de la Sécurité sociale (Bec, 2014) – un puissant instrument de construction de la protection sociale. Ainsi, il a été montré comment la mise en lumière d'une « condition de vulnérabilité sanitaire » a été « nécessaire pour légitimer l'assistance » dès le XIX^e siècle, avant que cette « intrication historique » (Brodiez-Dolino, 2013 : 17) entre les fragilités sociale et sanitaire ne cède la place à leur autonomisation partielle au cours du XX^e siècle.

À ces liaisons épistémiques et institutionnelles, il faudrait ajouter une liaison étroite au niveau des groupes professionnels, les fonctions de soin et d'accompagnement social ne s'étant différenciées que tardivement, au gré de dynamiques d'autonomisation – de professionnalisation donc – des métiers « canoniques » du social et, de manière symétrique, des fonctions paramédicales. En effet les médecins, en tant que profession libérale, ont depuis longtemps conquis et revendiqué une capacité d'auto-représentation qui a eu des effets très importants sur le système de santé (Hassenteufel, 1997). L'affirmation et la capacité à faire respecter les principes de la charte de la médecine libérale adoptée en 1927 continuent ainsi, jusqu'à aujourd'hui, à produire des effets de structure (de par la liberté de choix du patient, mais aussi la liberté de prescription du médecin, le paiement à l'acte et, depuis 1945, la liberté d'installation). Ce sont précisément ces effets que cherchent à corriger les organisations qui mettent en œuvre une forme de liaison entre sanitaire et social, et à laquelle s'attachera la deuxième partie.

4. Le théologien allemand est considéré comme l'auteur du premier traité de démographie de l'histoire européenne. Dans son ouvrage « *L'Ordre divin* » aux origines de la démographie, Johann Peter Süssmilch (1779-1984) étudie les possibilités qu'offrent les instruments politiques de changer les comportements démographiques.

Un ensemble de groupes professionnels ou sociaux – par exemple les visiteuses d'hygiène sociale (Henry, 2012) ou les religieuses (Jusseume, 2018) – portent, jusque dans leur identité, la liaison entre le sanitaire et le social et ils resteront actifs jusqu'à l'après-Seconde Guerre mondiale, quand les cadres du système de sécurité sociale d'un côté, et la réforme de l'aide sociale (qui se substitue à l'assistance sociale dans le contexte des Trente Glorieuses et de l'édification et de la généralisation attendue et souhaitée de la Sécurité sociale) d'un autre côté, se seront stabilisés.

En effet, à cette liaison entre sanitaire et social autour de la vulnérabilité opérée au niveau des municipalités – où des protections ont été élaborées sur cette thématique, en même temps que sur celle du chômage notamment⁵ –, a succédé une forme de déliaison. Celle-ci doit s'analyser comme le produit de la généralisation des assurances sociales en 1945. Les sources de la déliaison viennent, pour partie, de la régulation du social. En effet, Axelle Brodiez-Dolino souligne que :

[...] la substitution de l'« aide sociale » à l'assistance (loi de 1953) a retiré aux municipalités l'essentiel de leur rôle en la matière et la « sanitarisation du social » a alors conduit à différencier de plus en plus interventions médicales et sociales. (Brodiez-Dolino, 2013 : 111.)

Cette mutation s'inscrit dans le contexte d'une affirmation de l'État social 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) et sur une transformation des cibles d'action publique et une marginalisation de la pauvreté (Paugam, 2005). L'inadaptation, le handicap, les marges y sont des espaces de relégation vis-à-vis de la société, mais aussi vis-à-vis du système de protection sociale et de sa dynamique générale.

La déliaison vient ensuite de la structuration du système de santé. Avec la loi Debré du 30 décembre 1958, un ensemble de fonctions est confié à l'hôpital qui s'autonomise et se technicise par la création des Centres hospitalo-universitaires (CHU). Ceux-ci arriment la formation des médecins à l'hôpital public et contribuent à le revaloriser. L'affirmation d'une organisation nationale de l'hôpital, en même temps que son orientation vers la recherche, conduisent à affaiblir la liaison avec le pouvoir municipal et fragi-

5. Voir Françoise de Barros (2001), et l'ensemble du numéro « Le temps des mairies », coordonné par Frédéric Sawicki, auquel appartient cet article, très éclairant sur l'importance sociale et politique des municipalités sous la III^e République.

lisent la prise en compte des problématiques sociales des territoires. Le développement du système de santé et le basculement progressif des dépenses, des indemnités journalières vers les soins de santé, notamment sur les plateaux techniques spécialisés des grands établissements hospitaliers qui soignent les pathologies les plus graves – et les plus coûteuses –, contribuent également à cet éloignement. Un clivage apparaît entre l'hôpital et la médecine de ville à compter de 1958. Ce dernier s'accroît encore quand, à ces autonomisation et technicisation, se greffent d'une part la création des directions départementales des Affaires sanitaires et sociales en 1964⁶, puis d'autre part, à partir de 1970, la planification hospitalière qui rejoint un effort national d'aménagement du territoire et de l'offre de soins par l'instauration d'une carte sanitaire découpant l'Hexagone en secteurs. Au sein de ces derniers, des capacités minimales et des conditions d'autorisation d'équipements lourds sont définies. La notion de « service public hospitalier » s'élabore autour du triptyque « soins, enseignement, recherche ».

Le pan du système de protection sociale rattaché à la santé se structure alors, durant les Trente Glorieuses, autour de ces deux pôles : libéral-ambulatoire d'une part, et hospitalier d'autre part. Le « pauvre » a été supplanté par le « travailleur » auquel des assurances sociales sont adressées pour pallier les accidents du travail, mais aussi, par extension, les accidents de la vie dans une logique construite sur un ensemble de risques (Ewald, 1986) comme la vieillesse, la maladie, la maternité et, dans les années 1960, le chômage. La dualité du sanitaire et du social s'affirme alors de manière irrémédiable, à tel point que le constat d'une fin des évidences en matière de solidarité semble s'imposer, à tout le moins en ce qui concerne le secteur hospitalier (Schweyer, 2011).

Pourtant, à l'intérieur du système social organisé autour de la déliaison des deux pôles, des tensions et contre-tendances sont à l'œuvre. Celles-ci vont aboutir, dans un nouveau contexte, marqué par la crise économique et ses effets sociaux, à une convergence de problématisations de plus en plus affirmée entre santé et social, et à voir s'affirmer une norme d'action publique visant à les relier.

6. Le décret n° 64-783 du 30 juillet 1964 crée les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale qui fusionnent les directions de la Population et de l'Action sociale et les directions de la Santé publique avec les services des préfectures chargés de l'Aide sociale et les services extérieurs du ministère de l'Éducation nationale chargés de l'hygiène scolaire. Dans le cadre de la réorganisation de l'administration territoriale de l'État (RÉATE), les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) disparaissent le 1^{er} avril 2010. Leur champ d'intervention portait sur les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, et la protection des personnes vulnérables.

Quand la santé dit les inégalités

Les sources du renouveau de la liaison entre sanitaire et social sont multiples. Dans cette section, nous aborderons deux points, le premier explicite une forme de problématisation dans laquelle la santé dit les inégalités ; le second souligne les formes de convergence entre des évolutions propres au domaine de la santé et à celui du social (social-assistanciel, pour reprendre la terminologie de Robert Castel) dans l'élaboration d'une norme d'intervention publique valorisant la prévention, l'approche globale et territorialisée et des interventions qui se déplacent vers les populations, ce que l'on appelle « l'aller-vers » (Baillergeau & Grymonprez, 2020). Le rôle joué par la mise à l'agenda du problème des inégalités sociales de santé (Fassin, 2008) pour opérer cette articulation sera ainsi relevé.

Un point majeur dans l'élaboration d'une capacité de la santé à dire les inégalités sociales tient à un ensemble d'évolutions reliant l'état de santé au niveau socio-économique (Jany-Catrice & Marlier, 2013) ainsi qu'à « la subjectivation » de la mesure en santé. Se déployant en plusieurs phases, elles-mêmes liées à des étapes de la structuration des systèmes de santé et des systèmes d'information en leur sein et sur eux, la mesure de la qualité de vie a donné lieu à l'élaboration d'un appareil de mesure permettant des comparaisons, d'autant plus riches et précises qu'elles ont intégré le point de vue des interviewés eux-mêmes (Benamouzig, 2010). Un même développement s'est opéré, plus récemment, en matière de pauvreté (Duvoux & Papuchon, 2018).

Le développement de ces connaissances en santé et en épidémiologie a permis d'élaborer un discours de portée générale sur les inégalités et la société. La prégnance des variables contextuelles et environnementales dans la dégradation de la santé a conduit les analystes à se détourner d'une explication proprement individuelle des inégalités de santé, et à enrichir la compréhension des organisations sociales, en différents lieux et en différentes époques. Les angoisses statutaires et les comportements agressifs corrélés aux niveaux d'inégalités agrégés ont fait ressortir, de manière spectaculaire, la relativité du bien-être social et le décrochage, dans les pays avancés, entre bien-être et prospérité. C'est notamment au Royaume-Uni, pays européen ayant développé un des modèles de protection sociale et notamment de santé les plus universels mais qui partage avec les États-Unis une trajectoire de démantèlement néolibéral de cet État social depuis quatre décennies, que ce type de démarches a trouvé une terre d'élection. Les travaux de Michael Marmot à partir des années 1970 (Marmot, 2010), ceux de Richard Wilkinson (1996, 2000, 2009) à partir des années 1980 et 1990 prennent comme point

de départ le paradoxe d'une progression de la richesse matérielle des sociétés développées concomitant à l'augmentation de la prévalence de maux sociaux comme la criminalité, les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, etc. C'est dans ce contexte que l'existence d'un gradient social a été mise en lumière. La mise en lien de l'état de santé avec le niveau socio-économique a abouti à former la notion de « gradient social de santé », où le terme de « gradient » évoque un *continuum* et le fait que la fréquence d'un problème de santé augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique relevant des déterminants sociaux (revenu, niveau d'études, etc.). Le gradient social implique que la relation entre le niveau socio-économique et la santé soit régulière. Il est invoqué lorsque la prévalence d'un problème de santé augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées (Leclerc, Kaminski & Lang, 2008 : 255).

Pour reprendre une formulation de Didier Fassin, sociologue et anthropologue, mais également médecin, qui a contribué à l'évolution de cette thématique, raisonner en termes d'inégalités consiste à « considérer que c'est la société qui produit les disparités que nous observons, que l'on n'assiste pas à la dérive d'une catégorie précaire ou vulnérable, mais à des évolutions dont tous les groupes sociaux sont, qu'ils le reconnaissent ou non, solidaires » (Fassin *et al.*, 2000 : 15, 16).

**Encadré 1. – Définition des inégalités sociales de santé
par Santé publique France, publiée le 17 mai 2021**

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, [tels] 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 [...] 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.

Source : Santé publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>, consulté le 17 avril 2023.

À l'aune de ces critères d'observation, 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 d'un cadre de 35 ans est de 34 années, alors qu'elle n'atteint que 24 années pour un ouvrier (Lang & Ulrich, 2017 : 8). Ces déterminants de santé mettent au jour le maintien et la reproduction de ces inégalités dans le temps.

Ce constat est d'autant plus problématique qu'il va de pair avec des dépenses de santé importantes et que les comparaisons internationales font ressortir l'envers, en termes d'inégalités, de la possibilité accordée aux patients de circuler dans le système de manière relativement libre, malgré les formes de responsabilisation des patients successivement imposées (ticket modérateur, franchises, etc.) et l'organisation d'un parcours de soin avec un *gate keeper* (médecin traitant, ouvrant accès aux spécialistes) pour bénéficier d'un plein remboursement des soins de santé.

Vers une remise en cause conjointe du cloisonnement entre sanitaire et social

La crise économique et sociale qui trouve son origine dans les années 1970 a progressivement ébranlé les certitudes quant à la pertinence de cette organisation et occasionné, d'abord, un retour de la pauvreté et de l'assistance. La dichotomie entre les deux ensembles, sanitaires et sociaux, s'est prolongée dans des cloisonnements très puissants à l'intérieur de chacun de ces sous-ensembles. Au sein de la lutte contre la pauvreté, une déconnexion entre assurance et assistance fait suite au recours croissant, mais problématique, aux minima sociaux⁷. Au sein de ces derniers dispositifs, l'ampleur des mouvements d'entrée (mais aussi de sortie et les coûts de gestion associés) empêche le plein déploiement des liens avec les actions dans le domaine de la santé, alors même que celle des allocataires est très dégradée, objectivement et subjectivement, et que des effets positifs des mesures d'accompagnement social ou d'insertion ont été identifiés de manière très précoce.

Même si le rapport d'évaluation du revenu minimum d'insertion (RMI), publié en 1992, soulignait que l'accès à cette prestation avait permis à certains publics d'engager des recours aux soins,

7. Environ 4 millions d'allocataires en 2022 selon la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees).

depuis le début des années 2000 – c’est-à-dire après l’adoption de la couverture maladie universelle (CMU), pilier de santé pour les plus modestes, complémentaire du RMI –, la mise en œuvre des politiques d’insertion s’est largement focalisée sur le retour à l’emploi et sur les dimensions monétaires d’intéressement à la reprise d’un emploi, dynamique dont rendent compte l’adoption du revenu de solidarité active (RSA) et sa transformation dans le cadre de la prime d’activité en 2016 (Duvoux, 2020). L’ensemble de ces éléments renvoie à une vision monétaire des inégalités et de la pauvreté, largement insuffisante pour rendre compte des enjeux sociaux des situations et processus de paupérisation à l’œuvre en temps ordinaire comme en période exceptionnelle (Duvoux & Lelièvre, 2021).

L’insuffisance des politiques de solidarité, essentiellement palliatives et de moins en moins acceptées, a contribué à structurer, par contrecoup, une réflexion sur une orientation plus préventive, formulée en termes d’« investissement social » (Palier & Carbonnier, 2022) dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté adoptée en 2018. En matière de santé, la mise en lumière des inégalités conduit à un diagnostic critique sur la nécessité d’une action transversale et plus générale de correction de ces inégalités. Avec le chômage de masse et ses effets en termes de privation de droits pour les personnes qui n’ont pas ou plus accès au marché du travail, les limites du système assurantiel en matière de couverture maladie apparaissent. C’est la raison pour laquelle des mesures ciblées sont élaborées, en complément du RMI et du pilier assistantiel qu’il (ré)introduit dans le système de protection sociale français.

Cependant, comme pour le volet « social » de ce pilier, les limites de ces mesures ciblées – successivement et respectivement la CMU, la protection universelle maladie (Puma) et l’aide à la complémentaire santé (ACS) puis la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les volets de couverture maladie de base et complémentaire – ont été signalées. Parmi celles-ci, les refus de soin et, plus largement, les problématiques d’accès aux soins pour les plus précaires, mais aussi les disparités de l’offre sur le territoire, et l’inaccessibilité encore plus prononcée de la prévention pour ces publics, corrélative de la plus forte prévalence des pathologies chroniques en leur sein constituent des éléments de diagnostic consensuels et stabilisés. L’ensemble de ces constats a été rendu visible par la pandémie de Covid-19 qui a frappé plus durement ces catégories. Comme le souligne Didier Fassin dans une intervention publique visant à tirer les conséquences en termes de santé publique de la pandémie :

Il faudrait pouvoir penser la santé publique à partir des inégalités de santé, ce que très peu semblent prêts à faire. Si l’on adopte

cette perspective, on sort de l'approche médicale, voire sanitaire – même si elle demeure importante –, pour comprendre que les mesures qui ont le plus d'impact sur l'espérance de vie et la qualité de vie dans le moyen et le long terme sont celles qui conduisent à plus de justice sociale dans les domaines du logement, de l'éducation et du travail, mais également de l'environnement. Cette préoccupation est pourtant rarement au premier plan des politiques publiques. (Fassin, 2022 : 18.)

Cette convergence de problématiques dans le domaine de santé et du social donne lieu à un rapprochement des préoccupations : nécessité d'agir par la prévention et accent mis sur l'investissement social, avec l'idée que la correction des inégalités sociales ne peut se faire qu'en intervenant de manière très précoce et tout au long du cycle de vie. Elle donne également lieu, par en bas, à une convergence par les acteurs et les organisations qui mettent en œuvre des principes de décroisement, de liaison, d'intégration des nécessités d'une action préventive et portant sur l'environnement et les parties prenantes agissant à une échelle nationale, régionale ou locale.

Les vocables de médecine et de santé publique sont insuffisants pour décrire ces organisations et les recompositions qui s'y déploient, en interaction avec les instruments d'action publique nationaux, les plans régionaux de santé déployés de manière déconcentrée et les investissements des collectivités locales qui ordonnent différemment les priorités de santé publique. C'est, ainsi, pour rendre compte de la logique sous-jacente (et des tensions inhérentes) à un ensemble d'initiatives articulant sanitaire et social et restituer le type de rationalité qu'elles illustrent et mettent en œuvre, que nous avons forgé le concept de santé sociale.

Le concept de santé sociale pour dépasser la dichotomie entre le sanitaire et le social

Si, comme nous venons de le voir, la liaison suivie d'une déliaison du sanitaire et du social a caractérisé les étapes de la construction de l'État social (Castel, 1995), cette autonomisation, toujours partielle, est aujourd'hui remise en cause par une problématisation commune au sein de ces deux pans. Cette intégration et cette volonté d'agir de manière simultanée et, autant que possible, systématique sur l'individu et son contexte social se concrétisent dans un ensemble d'initiatives sur lesquelles nous allons désormais nous pencher. Dans cette seconde partie, nous montrerons d'abord que

la santé sociale se matérialise dans des organisations et initiatives qui, principalement inscrites dans le domaine des soins primaires, placent les objectifs sociaux au cœur de leur finalité. L'élaboration du concept de santé sociale fait ressortir la manière dont un ensemble d'acteurs cherchent à dépasser des tensions dans le système de santé et comment cette volonté de dépassement s'opère à un niveau méso-sociologique. Ce niveau d'observation et d'analyse correspond à un niveau d'agrégation intermédiaire, entre l'analyse des pratiques médicales individuelles et celle de la santé intégrée et globale. Il permet un rapprochement – et marque en même temps une différence – avec le mouvement « One Health » (Atlas & Maloy, 2014).

Organisations et initiatives relevant de la santé sociale

La remise en cause de la rupture entre sanitaire et social a ouvert un espace pour des pratiques de remédiation établissant des liens entre ces deux univers. Parmi celles-ci, certaines ont été portées par des agences régionales, des conseils départementaux, d'autres sont passées par des professionnels de santé, par des élus locaux, voire sont survenues à la suite de mobilisations sociales d'habitants. Ces pratiques de remédiation ont, à leur tour, ouvert une fenêtre d'opportunité pour que des organisations aux statuts variés puissent apparaître (et se présenter) comme des vecteurs de dépassement d'un certain nombre de contradictions non résolues du système de santé. Certaines organisations mettant en œuvre un exercice regroupé de la médecine – notamment les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les Centres de santé (CDS) – établissent ainsi une forme de liaison entre le soin et le social en se positionnant dans un espace laissé vacant pour participer « à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales » (Code de la santé publique, art. L. 6323-1 et L. 6323-3).

L'analyse socio-historique des CDS montre qu'entre le dispensaire lié à une association caritative, une fondation philanthropique ou une congrégation religieuse, et celui qui émane d'un mouvement ouvrier, la grande plasticité des structures a permis que des enjeux d'intégration sociale soient développés (Schweyer, Vezinat & Nous, 2022). Les préoccupations médico-sociales y sont toujours mises en avant, même si les composantes historiques, attachées aux dimensions sociales de l'exercice regroupé de la médecine, côtoient maintenant, sous le même vocable, des acteurs à but lucratif (Carini-Belloni, 2022) et connaissent un tournant depuis 2018 quand une

ordonnance a rendu facultatives des actions de santé publique auparavant obligatoires⁸.

Moins critiques des principes dominant l'organisation du système de santé, mais faisant état de préoccupations proches, les MSP⁹ regroupent des professionnels de santé libéraux dont au moins deux médecins généralistes. Légalisées en 2007, les MSP ouvrent aux professionnels de santé libéraux un mode d'exercice collectif et coordonné de la médecine sur un territoire. Elles ont construit leur légitimité en s'appropriant l'objectif de lutte contre la désertification médicale, pour contenir une volonté politique de régulation de l'installation des médecins. Derrière un consensus permettant un alignement des intérêts des différents acteurs (autour d'un droit à la santé pour tous, de la nécessité d'un accès aux soins, du bien-fondé de la pluri-professionnalité, d'une réponse à apporter aux déserts médicaux...), ces structures préemptent des normes d'action publique dont elles percevaient que l'État était sur le point de les leur imposer (Vezinat, 2019a). Ce faisant, elles participent d'une forme d'action publique rétablissant une liaison entre les deux pôles dont nous avons évoqué les formes de déliaison dans la partie précédente. Elles se différencient toutefois des maisons médicales qui regroupent des professionnels en un même lieu, mais en y exerçant séparément et en ne partageant que des locaux.

Malgré des statuts d'emploi différents (avec des libéraux d'un côté et des salariés de l'autre), les centres et maisons de santé présentent trois caractéristiques communes. D'une part, ces structures ont une existence juridique, ce qui permet de les étudier comme des organisations indépendantes de leurs membres, lesquels ne relèvent pas des mêmes métiers (d'où les termes « pluri-professionnelle », « pluridisciplinaire » ou « polyvalent » souvent accolés à leur nom). Dotées d'une personnalité morale, elles peuvent avoir un budget propre et recruter, afin de mettre en œuvre le « projet de santé » défini par chaque structure. D'autre part, leur reconnaissance officielle implique des échanges avec plusieurs entités étatiques (le suivi du cahier des charges du ministère de la Santé, l'élaboration d'un projet de santé conforme au schéma régional d'organisation des soins, la transmission des projets aux Agences régionales de santé [ARS] ou encore une possible contractualisation avec la Caisse primaire d'assurance maladie par le biais de l'accord conventionnel

8. Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

9. Les MSP sont au nombre 240 en 2013, et dépassent les 2 000 en fonctionnement en 2022.

interprofessionnel¹⁰⁾ qui leur permettent de percevoir en retour des financements afin d'organiser un exercice coordonné des soins (Vezinat, 2020). Enfin, une partie de leurs missions peut relever de l'intérêt général par la mise en œuvre d'actions de prévention et/ou de santé publique. Le plus souvent, leur projet de santé garantit l'accès de tous à la santé, avec la présence de médecins conventionnés en secteur 1, il propose le tiers payant (dans certaines MSP, systématiquement dans les CDS), voire travaille parfois aux ouvertures de droits.

Si l'exercice regroupé de la médecine n'est plus en France un phénomène marginal, avec l'organisation en cabinet de groupe qui se généralise¹¹⁾, ce phénomène croise des enjeux de plusieurs ordres : d'abord un souhait de partager des coûts d'installation, de structure et de gestion administrative (partage du loyer et des charges, des frais de secrétariat), également une volonté de rompre l'isolement caractéristique des professions de santé libérales, mais aussi le cloisonnement très fort qui rend la mise en commun avec des collègues, l'échange, voire l'interdépendance féconds. Si le regroupement est une condition nécessaire, il s'avère non suffisant, car s'ajoute à l'exercice collectif la nécessité de coordonner les actes effectués par les uns et les autres (pour éviter les redites, les redondances, mais aussi les angles morts et les manques, chacun pensant que l'autre s'en charge).

Ces structures ne sont cependant pas isolées et participent d'une logique de recomposition plus globale : ainsi les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)¹²⁾, initialement développées au sein de l'hôpital public pour constituer « un espace du soin de la précarité dans le champ hospitalier » (Geeraert, 2022 : 91), ont été déployées également en ambulatoire afin d'organiser une « assistance socio-médicale en médecine de ville » (Aranda, 2022). Des centres sociaux « cantonnés à un rôle de prestataires de services » (Coti, 2016 : 81) ont été incités par des habitants à créer un centre de santé communautaire. Des réseaux de prévention de l'obésité prescrivent de l'activité physique (Gasparini & Knobé, 2021). De nouvelles fonctions, comme celle de médiateur de santé (Haschar-Noé & Basson, 2021) ou de coordinatrice de parcours pour organiser les prises en charge

10. Toutes les MSP n'adhèrent pas à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Au 30 mai 2022, 1 597 avaient signé un contrat ACI (source : <https://www.avec-sante.fr/bilan-de-laci-msp-une-montee-en-puissance-qui-doit-etre-davantage-accompagnee/>, consulté le 18 avril 2023).

11. Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en effet en groupe (Drees, 2022).

12. Les Pass permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais aussi du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières.

de la dépendance, du grand âge, du handicap, des maladies chroniques (Bloch & Hénaut, 2014), relèvent aussi de cette remédiation tout à la fois sanitaire et sociale. De même, sur des terrains que nous avons récemment explorés, il a été observé que le rattachement d'un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) permettait, par le biais des aides-soignantes, de renforcer cette articulation entre des volets sanitaires et proprement sociaux, qui sont d'ordinaire très fortement cloisonnés.

Avec un nombre et une diversité croissante d'acteurs impliqués, soignants et non-soignants, bénévoles, élus ou patients, la liaison du sanitaire et du social s'inscrit dans un contexte de complexification du travail en santé (avec une plus grande division du travail, une spécialisation des tâches et un recours croissant à l'expertise) qui n'empêche pas les rapports de force entre groupes professionnels ou l'absence de collaboration interprofessionnelle dans ces structures (Vezinat, 2019b). La logique d'investissement de ces professionnels n'est pas alors de transférer au système médical – même partiellement – la réponse aux demandes sociales, mais d'agir de manière plus transversale. La santé sociale recouvre non seulement des engagements et modes de pratique de la médecine générale des « médecins de la cité » (Joubert, Bouhnik & Bertolotto, 1998 ; Pitti, 2021) ou des médecins de « l'homme total » (Baszanger, 1981), mais également le rattachement de ces dispositions à des organisations qui mettent en œuvre une approche collective autorisant la mise en commun des préoccupations en même temps que des réponses. Cette conception de la santé – prenant en compte les asymétries sociales, mais aussi celles engendrées par le système lui-même (Da Silva, 2022) – ne découle donc pas uniquement de l'« ethos » des professionnels, mais procède d'une inscription dans un ensemble de collectifs qui permet de faire de la santé sociale une norme d'action publique.

Une norme d'action publique pour sortir des antinomies

La liaison entre l'ouverture de droits sociaux, et l'accompagnement social, et le soin constitue la caractéristique qui distingue la santé sociale de la santé publique, celle-ci mobilisant le plus souvent une approche collective de la santé centrée sur la prévention, mais difficile à mettre en œuvre (Loriot, 2002). Nous proposons de les saisir à partir des grands déplacements de frontières qui s'y jouent : entre le sanitaire et le social, mais aussi entre le privé et le public, l'individuel et le collectif, le curatif et le préventif, le biologique et l'épidémiologique. Participent de la santé sociale les initiatives qui

cherchent ainsi à convertir la tension entre ces pôles en une ressource pour l'action.

Le principal déplacement analytique permis par le concept de « santé sociale » est de rendre visible l'articulation des questions sociales et sanitaires, quand des projets formalisés et des organisations régulatrices de pratiques cherchent à sortir d'une culture de la thérapeutique et de la prescription¹³. Aller de la « médecine » sociale vers la santé, c'est se détacher de la médecine seule, ne pas se limiter à sa dimension curative et, en intégrant plusieurs principes de la santé publique, sortir de plusieurs couples d'opposition, non opérants, mais qui hiérarchisent néanmoins : entre médecine et santé publique, entre individuel et collectif, comme entre public et privé ou entre les niveaux local et national.

Théoriquement, le glissement entre médecine et santé est central, car, proche de la notion de santé publique, le concept de « santé sociale » ne s'y réduit pas. Il a l'avantage de lever un certain nombre de confusions. Il fait d'abord largement écho à une conception élargie de la santé, déjà intégrée dans la définition qu'en a donnée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 en évoquant « un état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹⁴. » Ce déplacement permet ensuite de considérer que la politique de santé ne se résume pas à soigner, mais aussi à promouvoir et prévenir au sens de la charte d'Ottawa – adoptée en 1986 pour porter une approche globale axée sur l'éducation et l'*empowerment* des patients autant que sur une réorientation des services de santé vers plus d'intersectorialité. Il ne place par ailleurs pas la santé publique dans une position inférieure et subordonnée aux soins – comme c'est le cas aujourd'hui avec l'idée encore répandue que la prévention relève « plutôt du côté du sale boulot » (Bloy, 2015 : 58), et ce, malgré une institutionnalisation croissante, dont témoigne son inscription dans la désignation du ministère : Monsieur François Braun a significativement été nommé ministre de la Santé et de la Prévention le 4 juillet 2022.

La santé sociale permet de saisir, de désigner et d'analyser, l'ensemble de ce qui se développe hors du soin à proprement parler,

13. La France fait en effet partie des pays qui prescrivent le plus de médicaments et où la consultation d'un médecin signifie quasi systématiquement la délivrance d'une ordonnance puisque « 90 % des consultations de généraliste se concluent par la prescription d'une ordonnance de médicament [...], résultat massif [qui] contraste avec ce qui est observé chez nos voisins européens : en Allemagne, par exemple, la proportion de consultations avec ordonnance est de 72,3 % et de 43,2 % seulement aux Pays-Bas. » (Sermet & Pichetti, 2012 : 25.)

14. Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les

de donner à voir et à comprendre le rôle des activités qui revalorisent et reconnaissent le travail de prévention permettant une appropriation durable des normes sanitaires. Une prise en charge élargie du patient permet en effet d'y associer, par exemple, le sport santé (Gasparini & Knobé, 2021) ou l'activité physique adaptée (Hénaff-Pineau, 2014) comme un travail de médiation culturelle par le biais d'un interprétariat (Wang, 2012) – fût-il mis en place à travers un bricolage – quand des structures, comme les Pass s'adressent à des populations en situation de grande précarité et en situation de migration (Aranda & Duvoux, 2022).

Cette capacité du concept à rendre visible et à analyser la réalité des organisations et des pratiques apparaît à propos d'un autre couple d'oppositions, entre le public et le privé, qui traverse (et travaille) en profondeur le système de santé. En effet, la santé publique est associée, de manière assez systématique en France, à l'État alors que dans d'autres contextes, ce champ renvoie à « l'approche populationnelle des problèmes de santé, quel qu'en soit l'acteur » (Dab, 2009 : 93). Le concept de santé sociale permet de dépasser la dichotomie entre « public » et « privé », pour comprendre comment des structures publiques (hôpitaux ou centres de santé municipaux) comme privées (maisons de santé libérales, centres de santé associatifs ou mutualistes) peuvent mettre au cœur de leurs organisations – dans leurs projets de santé comme dans les actions menées – des objectifs sociaux (accès aux droits ; lutte contre la désertification médicale ; permanence et continuité des soins ; accent mis sur la prévention, etc.). Dans le secteur médico-social également, largement privé, il y a moins une logique de manques à compenser qu'une conception transversale des actions à penser, ce qui plaide pour étendre le concept à ce secteur.

Concernant enfin la confusion entre individuel et collectif, les représentations de la médecine s'inscrivent dans un « colloque singulier » avec le patient (Bloy & Schwyer, 2010). Elles se situeraient dans une approche nécessairement individuelle, alors que la santé publique n'agirait qu'à une échelle collective. Or, la pandémie de Covid-19 a avivé la nécessité de raisonner non plus au seul niveau individuel du patient, mais à celui, collectif, de la population (Lefrançois *et al.*, 2022). Si la médecine générale promeut déjà une approche « populationnelle » et « globale », c'est-à-dire « bio-psycho-sociale », cette dernière demeure néanmoins centrée sur le patient pris en charge (Sarradon-Eck, 2010). La « santé sociale » maintient cet intérêt pour la globalité au sens où la santé est, par

construction, multidimensionnelle et qu'elle s'édifie en relation avec un environnement élargi, mais elle lui ajoute une dimension collective et inter-reliée. On retrouve ces caractéristiques, à une échelle plus large encore, dans les approches « One Health » qui lient la santé des humains, des animaux et de l'environnement dans une approche intégrée (Atlas & Maloy, 2014). Sans aller jusqu'à franchir la barrière de l'espèce (notamment parce qu'elle n'est, à tort peut-être, pas pensée par les acteurs ni formalisée dans les organisations étudiées), il s'agit de réinscrire les soins, primaires notamment, dans une dynamique populationnelle tout en mettant en lumière des prises en charge globales, mais qui tiennent compte de la situation concrète des personnes comme de leur environnement : la précarité socio-économique ; l'absence de diplôme ou de maîtrise de la langue française voire l'absence de statut légal de résidence sur le territoire ; l'isolement ; la difficulté à se déplacer ou encore le fait d'habiter dans un quartier paupérisé ou ségrégué ; autant d'obstacles à une prise en charge suivie et coordonnée en santé.

Il s'agit tout à la fois de reconnaître les réceptions différenciées des prescriptions sanitaires, par exemple nutritionnelles (Schlegel, 2022), mais aussi de restituer la logique de fonctionnement d'organisations qui visent, très concrètement, à prendre en compte les conditions de vie dans l'observance – ou l'inobservance – d'un traitement et d'amener le social dans le soin en se situant au niveau méso-sociologique par le biais de choix collectifs réalisés aux niveaux des groupes professionnels, des ordres ou autres associations professionnelles (Abbott, 1988). L'identification d'une rationalité propre au développement d'un ensemble de pratiques, au niveau d'organisations, justifie de caractériser le concept de santé sociale, qui les subsume, comme un concept méso-sociologique.

Une approche méso-sociologique pour la santé sociale

Le niveau méso-sociologique de la santé sociale permet en effet de relier des travaux classiques de sociologie de la santé ou de la médecine, qui se développent le plus souvent de manière parallèle et disjointe. Des enquêtes micro-sociologiques (privilégiant le recours à l'ethnographie) portent sur le médecin et sa pratique individuelle de la médecine, sa formation de médecin ou sa relation aux patients, voire ses dispositions sociales (Baszanger, 1981 ; Muel-Dreyfus, 1984 ; Arliaud, 1987 ; Lapeyre & Robelet, 2007 ; Bloy & Schweyer, 2010 ; Bloy, 2014). Elles n'entrent que trop rarement en dialogue avec les enquêtes macro-sociologiques qui se centrent sur les politiques publiques et l'organisation – souvent comparée – des

systèmes de santé (Hassenteufel, Genieys & Smyrl, 2008 ; Palier & Bonoli, 1999).

Par rapport à ces grandes perspectives de travaux de recherche, notre approche permet de se situer sur un *continuum* où des prises en charge globales, mais qui tiennent compte du patient, tendent à être organisées en développant une forme de réflexivité critique sur les effets inégalitaires des principes dominants du système. Un des principaux apports de ce que l'on pourrait désigner comme une sociologie des rapports sociaux est en effet de montrer que les différentes catégories de la population (que les divisions sociales soient analysées par les catégories de classe, de race, ou de leurs effets croisés, souvent cumulatifs) ne recourent pas de la même manière aux soins, et que ceux-ci ne sont pas non plus organisés de la même façon, selon la classe à laquelle ils s'adressent. En ce sens, loin de corriger les inégalités entre groupes sociaux, l'organisation du système de soins et les pratiques des professionnels de santé les aggravent puisque la prise en charge médicale s'avère moins bonne quand le patient a des difficultés à interagir avec les soignants, à expliquer sa pathologie, ou à verbaliser tout simplement. Une étude de la qualité des soins prodigués permet de ne pas limiter l'analyse à la question de l'accès et de saisir la « différenciation de la qualité des soins selon les groupes sociaux » (Gelly & Pitti, 2016 : 13). Cette priorité analytique donnée aux inégalités et aux rapports entre les groupes sociaux conduit à appréhender l'interaction entre le médecin et le patient à partir des relations de pouvoir, de classe, de sexe et de race qui s'y entrecroisent, s'y renforcent et l'influencent.

D'un autre côté, la sociologie politique de la santé s'intéresse à l'émergence d'un « espace européen de la santé », analyse comment les politiques de santé publique travaillent de plus en plus le rapport aux risques (épidémies, pathologies chroniques, styles de vie particuliers...) et étudie les réformes qui ont « conduit au renforcement du rôle de l'État dans le pilotage des établissements et politiques sanitaires, et ce, par le truchement d'un recours massif au marché » (Bergeron & Castel, 2015 : 71). Cette forme de raisonnement intègre bien sûr les mutations observables au niveau des organisations, mais elle les saisit à partir du prisme comparatif de la régulation. Partant de questionnements différents, les auteurs peuvent d'ailleurs porter leur intérêt successivement ou simultanément sur les niveaux macro- et méso-sociologique (Benamouzig, Bergeron & Segret, 2021 ; Borraz, 2022). Les grandes orientations législatives, concernant les modalités de financement et d'évaluation de l'activité, constituent l'intérêt prioritaire de cette sociologie. Particulièrement attentive au gouvernement de la santé, elle est, par

construction et par nécessité, moins intéressée par les dynamiques minoritaires que nous avons associées aux « contre-conduites » (Foucault, 1994) qui offrent une réponse aux dysfonctionnements de l'exercice libéral de la médecine (Vezinat, 2021). Ces dernières sont porteuses de critiques des impasses et angles morts du système de santé (paiement à l'acte, médecin traitant, responsabilisation des patients, protection sociale dualisée¹⁵, polarisation du système de santé...) en même temps qu'elles constituent une forme de gouvernement des populations vulnérables participant d'une gestion stratifiée du social.

La justification d'un concept méso-sociologique tient au fait qu'il se situe dans l'angle mort des analyses micro- des inégalités sociales de santé comme des analyses macro- de l'action publique, qui peinent à saisir les constructions territorialisées et ascendantes de régimes alternatifs d'organisation des soins et de liaison avec les politiques sociales. Le niveau méso-sociologique donne à voir une telle articulation avec les deux autres niveaux, supérieur et inférieur. Il permet de s'intéresser aux tensions existant entre le local et le national qui se concrétisent par la nécessité, pour les acteurs, de savoir comment travailler ensemble quand deux systèmes de régulation – l'un décentralisé, car relevant des collectivités locales, et l'autre déconcentré, car relevant des ARS – coexistent. Il permet d'analyser un registre d'élaboration collective de la santé, registre développé de manière incrémentale pour mettre en place à la fois du lien entre santé et social (en sortant d'une logique en silo) et de la pluri-professionnalité (en organisant une transversalité). Les recherches portant sur les centres de santé municipaux, par exemple, montrent en quoi ces structures, en lien avec des collectivités territoriales, les écoles, le Centre communal d'action sociale (CCAS)..., sont bien positionnées dans leur écosystème pour apporter des réponses socialement utiles (Martinache & Vezinat, 2022).

L'appropriation du caractère collectif de la santé par ces structures apporte un éclairage sur le rôle, croissant, dévolu aux collectivités locales : grâce à la clause générale de compétence de 1884, celles-ci peuvent financer des centres ou maisons de santé sur leurs territoires, développer des Pass ou des centres participatifs. Ces initiatives sont souvent justifiées à l'aune de la vulnérabilité des populations qu'elles ciblent ou du développement, en leur sein, de pratiques spécifiques relevant d'un universalisme « proportionné »

15. L'expression « protection sociale dualisée » signifie qu'il existe une polarisation du système de santé entre un panier de soins minimal constituant un « filet de sécurité » étatisé et un recours individuel aux assurances complémentaires de plus en plus important.

ou « sélectif » (Jacques & Noël, 2021)¹⁶. Elles sont encore censées conduire à un positionnement particulier vis-à-vis de la régulation d'ensemble du système, en constituant à la fois son aboutissement et en lui donnant un retentissement critique (Gelly, Mariette & Pitti, 2021). Manque à ces perspectives celle que la santé sociale permet de rendre visible et dont elle rend compte, à savoir l'existence d'un ensemble d'organisations en lien avec les patients – les structures participatives étant encore assez rares –, et impliquant médecins et autres professions médicales et paramédicales, en interaction avec les cadres régulateurs du système de santé et des politiques sociales.

Dans la santé sociale, et, en cela, contrairement aux approches dites « One Health » qui se situent au niveau des politiques publiques et se penchent prioritairement sur les liens entre crises et processus de mise à l'agenda vues « d'en haut », les enjeux de santé transversaux et territorialisés sont observés plutôt par le bas (par les programmes mis en place, les projets portés, les structures existantes, les professionnels impliqués et les pratiques concrètes). Cette approche méso-sociologique se situe au niveau de l'organisation collective des professionnels concernés, et porte non sur l'analyse des professions médicales ou paramédicales qui sont déjà très largement étudiées individuellement, mais sur les modes d'organisation de l'offre de soins primaires, sur la régulation des organisations – celle-ci pouvant se faire à plusieurs niveaux – mais également sur la lutte contre les inégalités sociales comme principe essentiel des politiques de santé.

Sans s'y rattacher exclusivement, puisque la santé sociale vise à avoir une dimension intégratrice d'une palette d'initiatives et de structures, les « soins primaires » constituent un lieu d'investigation de ces problématiques d'accès (financier, social, géographique, etc.) aux soins tout autant qu'un révélateur d'enjeux saillants pour des prises en charge pluri-professionnelles et coordonnées faisant intervenir des acteurs diversifiés sur une pluralité de rôles sociaux (Hassenteufel, Naiditch & Schwyer, 2020). Ils représentent une entrée pertinente pour analyser la santé sociale, d'abord parce qu'ils donnent à voir comment l'enchevêtrement des niveaux (locaux, régionaux, nationaux, voire européens) contraint les acteurs étudiés (médecins généralistes et spécialistes parfois, professions paramédicales et du médico-social, mais aussi patients, médiateurs ou aidants) à travailler concomitamment sur différentes formes de vulnérabilités. Il existe donc un recouvrement entre la santé sociale et une perspective globale développée en médecine générale, où il s'agit d'avoir

16. Nous raisonnons ici à une échelle méso-sociologique (les structures et leurs relais, etc.) et non macro-sociologique comme Olivier Jacques et Alain Noël (2021).

une approche holistique des soins. Mais la santé sociale s'en distingue en dépassant le seul point de vue des médecins.

La santé sociale pour sortir d'une médicalisation du social ?

Concilier droits sociaux et soins ne signifie pas pour autant médicaliser le social, c'est-à-dire étendre le domaine d'application de la médecine à des questions qui se posent dans le monde social, mais bien élargir le périmètre d'action et la liaison entre des secteurs qui fonctionnent séparément, et dont la séparation constitue justement un problème du point de vue des institutions régulatrices (ARS notamment, mais aussi collectivités territoriales) comme de celui des acteurs concernés.

La médicalisation du social – qui invite à donner aux soins un rôle élargi en leur proposant parfois de devenir une solution aux problèmes qui ne relèvent pas du médical (Arliaud, 1987) – s'oppose, en tant que domination de la science médicale, à l'enjeu de transversalité. Ce mécanisme contribue même à déplacer le problème, davantage qu'à le résoudre : en réponse à l'insalubrité des logements, la médicalisation du saturnisme a ainsi pu être analysée comme traitant les effets de la maladie plutôt que les causes sociales et structurelles qui en sont à l'origine (Dourlens, 2009 ; Fassin, 2004). Plusieurs travaux portant sur la médicalisation des inégalités sociales montrent également comment la dyslexie s'apparente à une forme de médicalisation des difficultés scolaires (Morel, 2014 ; Garcia, 2013) ou comment les rééducations post-AVC dépendent en grande partie du rapport entretenu aux modalités scolaires d'apprentissage (Darmon, 2021). Selon certains chercheurs, l'approche territoriale des inégalités de santé est historiquement « souvent conduite par les médecins eux-mêmes sous la forme d'observations » (Vigneron, 2013 : 41), et la mise en cause de savoirs établis dans l'expertise sanitaire est inséparable « de stratégies de certains groupes professionnels » (Gardon *et al.*, 2022 : 19). La santé devient alors sociale par un ensemble d'évolutions incrémentales qui conduisent à réfléchir aux conditions de possibilité d'une lutte effective contre les inégalités de santé et leurs manifestations les plus évidentes (Basson *et al.*, 2022).

En ce sens, la santé sociale permet une recomposition et un nouveau partage des domaines d'intervention : le centre de santé associatif qui met en place des portages de repas à domicile, celui, mutualiste ouvrier, qui se spécialise sur les maladies professionnelles, la maison de santé qui développe des activités physiques adaptées ou des projets centrés sur l'alimentation et la prise en charge de l'obésité, les maladies chroniques, le maintien à domicile ou la santé

mentale, tous s'inscrivent dans une logique d'action irréductible à la médicalisation du social.

Cette dernière présente d'ailleurs deux écueils, celui de l'omniscience et celui de la responsabilisation accrue des soignants face aux défaillances du système. Dans le premier cas, les soignants interviennent en dehors de leur ressort, en outrepassant peu à peu leur « mandat » (Hughes, 1996) et leurs « juridictions » professionnelles (Abbott, 1988) ce qui ne manque pas de créer des tensions avec d'autres groupes professionnels plus ou moins éloignés. Les difficultés de l'intersectorialité (Schlegel, 2021) sont ainsi régulièrement analysées en pointant les cloisonnements dans la prise en charge des troubles psychiques par exemple (Demailly, 2005 ; Demailly & Autès, 2012) ou encore les injonctions contradictoires du programme national Nutrition-Santé (Sallé, Honta & Haschar-Noé, 2021).

Dans le second cas, les soignants, confrontés à des demandes fortes et répétées lors des consultations, culpabilisent de ne pouvoir résoudre les situations qui leur sont présentées, ce qui crée épuisement professionnel et mal-être au travail. Cette situation est causée par la centralité forte des médecins pour lesquels le constat d'une « dominance professionnelle » (Freidson, 1984) se maintient, y compris au travers d'une recherche en soins primaires qui investit le champ des questions sociales (Gautier *et al.*, 2021). En effet, le « développement de l'activité de recherche clinique dans les établissements de santé »¹⁷ paraît nécessaire aux pouvoirs publics, mais est aussi crucial dans la reconnaissance de la médecine générale, devenue une spécialité en 2002, comme un lieu de recherche (Levasseur & Schweyer, 2003).

Ramener le social dans le soin c'est aussi contester cet ordre des choses et donner toute sa dimension à un processus de démedicalisation de la santé qui suppose une forme de décentrement et de déhiérarchisation. Ce processus n'est pas sans rencontrer de fortes limites, y compris dans des structures remettant en cause la centralité d'une approche individuelle et curative de la médecine dans le système de santé, au nom de la dénonciation de ses effets inégalitaires.

Conclusion

Considérant qu'un détour historique permet d'éclairer les enjeux du présent, nous avons cherché à comprendre comment les

17. Circulaire DGOS/PF4 n° 2011-329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique.

ambivalences du XIX^e siècle autour de la médecine sociale se retrouvent, sous une nouvelle forme, dans le concept de « santé sociale ». Comme la médecine sociale de Michel Foucault qui n'a pas permis de résoudre la tension du « trop » ou « pas assez » d'État, c'est-à-dire de clarifier l'alternative entre interventionnisme et « laisser-faire » chez les hygiénistes du XIX^e siècle, la santé sociale n'est pas non plus sans ambivalence. Elle s'inscrit dans une tension entre correction des asymétries et universalité en posant la question de l'objectif de ces organisations, actions et professionnels. Sa fonction de contrôle en fait un auxiliaire du libéralisme quand l'approche critique en souligne plutôt les potentialités subversives.

Cette ambivalence est loin d'être résolue, car non seulement les initiatives qui se rattachent à la santé sociale se situent bien dans une tension entre émancipation et normalisation par rapport à l'État, mais elles jouent, de plus, un rôle qui les réinscrit pleinement – et aujourd'hui peut-être plus fortement qu'hier – dans les formes institutionnalisées de la solidarité. Si le concept de santé sociale devait n'avoir qu'une seule vertu, ce serait d'explorer cette forme de critique interne d'un système de santé à la fois très structuré, mais inégalitaire, critique stabilisée et portée par des organisations et donnant lieu à des déploiements très différenciés selon les structures.

Articulant approches curative et préventive, populationnelle et individuelle, soins et ouverture de droits sociaux, le concept de « santé sociale » s'accorde bien avec la définition de la santé produite par l'OMS. Néanmoins, conservant un ancrage dans un système de santé territorialisé et dans l'étude d'un ensemble d'organisations, il tient son unité d'une forme de problématisation et d'élaboration collective et intégrée de la santé. Se situant à un niveau intermédiaire, cette conception collective de la santé construit une mise en relation de la santé et du social qui, d'une part, ne relève pas uniquement des valeurs individuelles et du sens que chacun donne à son travail, mais, d'autre part, ne pense pas seulement le collectif à une échelle globale.

Pour conclure, il nous semble important de mentionner que des approches plus larges encore ont émergé pour penser la santé en termes de « santé globale », tenant compte de la soutenabilité de notre environnement ; de « pleine santé » selon Éloi Laurent (2022) qui considère que le bien-être n'est pas un concept individualiste et doit se substituer à la croissance comme norme de référence ; de « One Health », concept qui assure une liaison simultanée et réciproque entre la santé des humains, des animaux et des écosystèmes dans une approche intégrée de la santé, de « Planetary Health » (initiative lancée par la fondation Rockefeller et la revue *The Lancet*),

etc. Sans nier l'importance de ces courants et élaborations centrés sur des enjeux de durabilité, globalité et transversalité, la santé sociale propose de saisir des tensions et des formes de reproblématisation à un niveau plus resserré (mésosociologique plutôt que macrosociologique), mais qui constitue un chaînon fondamental pour appréhender comment la santé peut s'extraire de la médecine et, à terme, sortir d'elle-même pour fournir un cadre régulateur en même temps que moins inégalitaire au fonctionnement de notre société.

Nicolas DUVOUX

Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris, LabTop
nicolas.duvoux@univ-paris8.fr

Nadège VEZINAT

Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris, GTM
nadege.vezinat@univ-paris8.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A., 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Aranda M., 2022, « Soigner les “exclus” dans les centres et réseaux de santé : des formes d’institutionnalisation différenciées de l’assistance socio-médicale en médecine de ville », *Sociologies pratiques*, 45, 2, p. 53-62. DOI : 10.3917/sopr.045.0053.
- , Duvoux N., 2022, « Les Pass ou l’extension de l’assistance dans le système de santé » dans N. Duvoux, N. Vezinat (dir.), *La Santé sociale*, Paris, Puf, p. 73-86.
- Arliand M., 1987, *Les Médecins*, Paris, La Découverte.
- Atlas R. M., Maloy S., 2014, *One Health. People, Animals, and the Environment*, Washington, DC, ASM Press.
- Baillergeau É., Grymonprez H., 2020, « “Aller-vers” les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d’un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 117-136. DOI : 10.3917/rfas.202.0117.
- Basson J.-Ch., Haschar-Noé N., Honta M., Kelly-Irving M., Delpierre C., 2022, « Towards a Political Sociology of Social Health Inequalities », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 213-229. DOI : 10.3917/rfas.223.0213.
- Baszanger I., 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 22, 2, p. 223-245. DOI : 10.2307/3321002.

- Bec C., 2014, *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard.
- Benamouzig D., 2010, « Mesures de la qualité de vie en santé. Un processus social de subjectivation ? », *Les Cahiers du centre Georges Canguilhem*, 4, 1, p. 135-176. DOI : 10.3917/ccgc.004.0135.
- , Bergeron H., Segret A., 2021, « La Fondation de France et les soins palliatifs. Une action publique *under cover* », *Gouvernement et action publique*, 10, 3, p. 95-117. DOI : 10.3917/gap.213.0095.
- Bergeron H., Castel P., 2015, *Sociologie politique de la santé*, Puf, Paris.
- , 2016, « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? La redécouverte de l'ordre mésologique et de l'*agency* », *L'Année sociologique*, 66, 1, p. 31-72. DOI : 10.3917/anso.161.0031.
- Bloch M.-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.
- Bloy G., 2014, « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, p. 169-191. DOI : 10.3917/rfas.141.0169.
- , 2015, « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, 33, 4, p. 41-66. DOI : 10.3917/sss.334.0041.
- , Schweyer F.-X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Borraz O. (dir.), 2022, *La Société des organisations*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Bourdelaïs P., 2005, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? "Un petit coup renverse aussitôt la personne" (Süssmilch) », *Annales de démographie historique*, 110, 2, p. 5-9. DOI : 10.3917/adh.110.0005.
- Brodiez-Dolino A., 2013, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS éditions.
- , 2015, « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, 188, 2, p. 10-18. DOI : 10.3917/inso.188.0010.
- Bullough V. L., 1966, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*, New York, Hafner Publishing.
- Carini-Belloni B., 2022, « Une médecine mutualiste de transformation sociale au service du mouvement ouvrier à l'épreuve du tournant "lucratif" de la mutualité », *Sociologies pratiques*, 45, 2, p. 29-40. DOI : 10.3917/sopr.045.0029.
- Castel R., 1995, *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

- Corteel M., 2020, « Extension du domaine pathologique », *Le Hasard et le Pathologique*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 149-168.
- Coti G., 2016, « Faire “avec” les habitants. “Pouvoir d’agir” et renouvellement des pratiques des centres sociaux », *Mouvements*, 85, 1, p. 80-86. DOI : 10.3917/mouv.085.0080.
- Da Silva N., 2022, *La Bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*, Paris, La Fabrique.
- Dab W., 2009, « Médecine, santé publique et précaution » dans D. Lecourt, *La Santé face au principe de précaution*, Paris, Puf, p. 91-105.
- Darmon M., 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte.
- De Barros F., 2001, « Secours aux chômeurs et assistances durant l’entre-deux-guerres. Étatisation des dispositifs et structuration des espaces politiques locaux », *Politix*, 53 : « Le temps des mairies » coordonné par F. Sawicki, p. 117-144. DOI : 10.3406/polix.2001.1140.
- Demailly L., 2005, « Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », *L’Information psychiatrique*, 81, 4, p. 337-343.
- Dourlens C., 2009, « “La construction” des problèmes fluides. À propos du saturnisme infantile » dans C. Gilbert, E. Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, p. 131-153.
- Drees, 2022, « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe », *Études et résultats*, 1229.
- Dreyfus M., 2008, « Les grands jalons de l’histoire mutualiste », *Vie sociale*, 4, 4 : « La mutualité : enjeux passés, défis actuels et perspectives d’avenir », p. 11-26. DOI : 10.3917/vsoc.084.0011.
- Duvoux N., 2020, « La révolution silencieuse de la prime d’activité », *La vie des idées.fr* [en ligne], <https://lavedesidees.fr/la-revolution-silencieuse-de-la-prime-d-activite>, consulté le 20 avril 2023.
- , Lelièvre M., 2021, *La Pauvreté démultipliée. Processus, dimensions et réponses (printemps 2020-printemps 2021)*, Paris, CNLE.
- , Papuchon A., 2018, « Qui se sent pauvre en France ? Pauvreté subjective et insécurité sociale », *Revue française de sociologie*, 59, 4, p. 607-647. DOI : 10.3917/rfs.594.0607.
- , Vezinat N. (dir.), 2022, *La Santé sociale*, Paris, Puf.
- Ewald F., 1986, *L’État providence*, Paris, Grasset.
- Fassin D., 2004, « Public Health as Culture. The Social Construction of the Childhood Lead Poisoning Epidemic in France »,

- British Medical Bulletin*, 69, 1 : « Cultures of Health, Cultures of Illness », p. 167-177. DOI : 10.1093/bmb/ldh017.
- , 2008, « Les impensés des inégalités sociales de santé » dans C. Niewiadomski, P. Aïach (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 19-28.
- , 2022, « Penser la santé publique à partir des inégalités sociales », *Droits et libertés*, 199, p. 17-19.
- , Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), 2000, *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- Foucault M., 1994, « La naissance de la médecine sociale », *Dits et écrits*, III, Paris, Gallimard (conférence originale de 1974).
- Freidson E., 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- Garcia S., 2013, *À l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?* Paris, La Découverte.
- Gardon S., Gautier A., Le Naour G., Morand S., 2022, *Sortir des crises. One Health en pratiques*, Versailles, Éditions Quae.
- Gasparini W., Knobé S. (dir.), 2021, *Le Sport-Santé : de l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg.
- Gautier S., Ray M., Rousseau A., Seixas C., Baumann S., Gaucher L., Le Breton J., Bouchez T., Saint-Lary O., Ramond-Roquin A., Bourgueil Y., 2021, « Soins primaires et Covid-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs », *Santé publique*, 33, 6, p. 923-934. DOI : 10.3917/pub.216.0923.
- Geeraert J., 2022, *Dans la salle d'attente du système de santé. Enquêtes dans les permanences d'accès aux soins de santé*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Gelly M., Pitti L., 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, n° 58 : « Quand la santé décuple les inégalités », dossier dirigé par M. Gelly, B. Giraud, L. Pitti, p. 7-18. DOI : 10.3917/agone.058.0007.
- , Mariette A., Pitti L. (dir.), 2021, « Santé critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237 : « Santé critique 1 », 1-2, p. 4-19. DOI : 10.3917/arss.236.0004.
- Guérin J., 1848, « Médecine sociale. Au corps médical de France », *Gazette médicale de Paris*, Troisième série, 3, p. 183-185.
- Haschar-Noé N., Basson J.-Ch., 2021, « Devenir médiateur·rice dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur·rice·s pair·es de la Case de Santé de Toulouse »,

- Revue française des affaires sociales*, 3, p. 253-273. DOI : 10.3917/rfas.213.0253.
- Hassenteufel P., 1997, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- , Genieys W., Smyrl M., 2008, « Reforming European Health Care States: Programmatic Actors and Policy Change », *Pôle Sud*, 28, 1, p. 87-107. DOI : 10.3917/psud.028.0087.
- , Naiditch M., Schweyer F.-X., 2020, « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 11-31. DOI : 10.3917/rfas.201.0011.
- Hénaff-Pineau P.-C., 2014, « Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? », *Retraite et société*, 67, 1, p. 131-155. DOI : 10.3917/rs.067.0131.
- Henry S., 2012, « Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938) », *Recherche en soins infirmiers*, 109, 2, p. 44-56. DOI : 10.3917/rsi.109.0044.
- Hughes E. C., 1996, *Le Regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par D. Chapoulie*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Jacques O., Noël A., 2021, « Targeting within Universalism », *Journal of European Social Policy*, 31, 1, p. 15-29. DOI : 10.1177/0958928720918973.
- Jany-Catrice F., Marlier G., 2013, « Évaluer la santé sociale des régions françaises : entre enjeux économiques, épistémologiques et politiques », *Revue d'économie régionale & urbaine*, 4, p. 647-677. DOI : 10.3917/reru.134.0647.
- Joubert M., Bouhnik P., Bertolotto F. (dir.), 1998, *Quartier, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan.
- Lang P., Ulrich V. (dir.), 2017, *Les Inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, Paris, Drees.
- Lapeyre N., Robelet M., 2007, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, 14, 1, p. 19-30. DOI : 10.3917/sopr.014.0019.
- Laurent É., 2020, *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*, Paris, Les Liens qui libèrent.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T., 2008, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte.
- Lefrançois T., Malvy D., Atlani-Duault L., Benamouzig D., Druais P.-L., Yazdanpanah Y., Delfraissy J.-F., Lina B., 2022, « After 2 Years of the COVID-19 Pandemic, Translating One Health into Action is Urgent », *The Lancet*, mis en ligne le 24 octobre. DOI : 10.1016/S0140-6736(22)01840-2.

- Levasseur G., Schweyer F.-X., 2003, « La recherche en médecine générale, à travers les thèses de médecine », *Santé publique*, 15, 2, p. 203-212. DOI : 10.3917/spub.032.0203.
- Loriot M., 2002, *L'Impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Érès.
- Marmot M., 2010, *Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review)*, Londres, Institute of Health Equity.
- Martinache I., Vezinat N., 2022, « La santé est-elle l'affaire des municipalités ? » dans N. Duvoux, N. Vezinat (dir.), *La Santé sociale*, Paris, Puf, p. 43-57.
- Morel S., 2014, *La Médicalisation de l'échec scolaire*, Paris, La Dispute.
- Muel-Dreyfus F., 1984, « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 54, p. 70-71.
- Palier B., Bonoli G., 1999, « Phénomènes de *Path Dependence* et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue française de science politique*, 49, 3, p. 399-420.
- , Carbonnier C., 2022, *Les Femmes, les jeunes et les enfants d'abord : investissement social et économie de la qualité*, Paris, Puf.
- Paugam S., 2005 *Les Formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Puf.
- Pitti L., 2021, « Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 305-317. DOI : 10.3917/rfas.213.0305.
- Renault E., 2008, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, 34, 3, p. 195-205. DOI : 10.3917/mult.034.0195.
- Sallé L., Honta M., Haschar-Noé N., 2021, « Les injonctions contradictoires à l'intersectorialité dans l'action publique sanitaire. L'exemple du programme national Nutrition Santé », *Sciences sociales et santé*, 39, 3, p. 79-105.
- Sarradon-Eck A., 2010, « “Qui mieux que nous ?” Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins » dans G. Bloy, F.-X. Schweyer, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 253-270.
- Schlegel V., 2022, « Le bon, le sucré et le patient : les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires », *Sociologie*, 13, 4, p. 381-398.
- Schweyer F.-X., 2007, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences » dans S. Paugam (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Puf, p. 721-754.
- , Vezinat N., Noûs C., 2022, « Penser la santé autrement : le défi de l'intégration sociale », *Sociologies pratiques*, 45, 2 : « La santé

- au centre : politiques publiques, territoires, centres de santé », p. 1-7. DOI : 10.3917/sopr.045.0001.
- Sermet C., Pichetti S., 2012, « Une prescription sous influence(s) », *Après-demain*, 22, 2 : « Médicaments : progrès et profits ? », p. 25-27. DOI : 10.3917/apdem.022.0025.
- Süssmilch J. P., 1799-1984, « *L'Ordre divin* » aux origines de la démographie, tr. fr. M. Kriegel, Paris, Ined/Puf, 3 vol. (éd. originale : *Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts, aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben erwiesen*, Berlin, Verlag des Buchladens der Realschule, 1761-1762, 2 vol.).
- Topalov C. (dir.), 1999, *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880-1914)*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Vezinat N., 2019a, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, Puf.
- , 2019b, « L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluri-professionnelles » dans F. Dubet (dir.), *Les Mutations du travail*, Paris, La Découverte, p. 117-134.
- , 2020, « La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une “communauté d'intérêts” entre association professionnelle et autorités sanitaires », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 79-101. DOI : 10.3917/rfas.201.0079.
- , 2021, « Les maisons et centres de santé comme “contre-conduites” pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 293-304. DOI : 10.3917/rfas.213.0293.
- Vigueron E., 2013, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, 38, 1, p. 41-53. DOI : 10.3917/seve.038.0041.
- Wang S., 2012, « Analyses sociologiques des pratiques de l'interprétariat-médiation en pédopsychiatrie : l'exemple des familles d'origine chinoise à Paris », *Enfances & Psy*, 56, 3, p. 136-145. DOI : 10.3917/ep.056.0136.
- Wilkinson R. G., 1996, *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge.
- , 2000, *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*, Londres, Weidenfeld and Nicolson.
- , Pickett K., 2009, *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*, Londres, Penguin.