

# **Santé populationnelle : vers une réhabilitation de la médecine sociale ?**



**Nadège VEZINAT**



**Nicolas DUVOUX**

**Professeurs des universités en sociologie Université de PARIS 8**

Avec l'accroissement des inégalités de santé liées à la pandémie, la démonstration que la santé publique n'était encore pas en ordre de marche a été faite. La Covid 19 a cependant permis de réactiver l'idée d'une médecine sociale qui trouve une actualité dans le contexte de paupérisation et d'intensification des dynamiques ségrégatives sur les différents territoires. Les effets cumulatifs des fractures, numérique et vaccinale, particulièrement visibles à l'échelle de l'Ile-de-France, avivent la nécessité de raisonner non plus au seul niveau individuel du patient mais à celui, collectif, de la population. En mettant en lien une médecine populationnelle avec des politiques sociales, n'est-ce pas à une réhabilitation de la médecine sociale que nous assistons ?

## **L'émergence de la médecine sociale au XIX<sup>ème</sup> siècle**

Le développement de la médecine sociale a mis en rapport les conditions de vie avec l'état sanitaire des populations : en considérant le milieu et l'environnement d'une part, en se penchant sur les conditions sociales d'une population d'autre part. La médecine sociale a une histoire longue, qui la rattache à des initiatives développées au cours des XVIII<sup>ème</sup> et surtout des XIX<sup>ème</sup> siècles, au moment où l'urbanisation et l'industrialisation transforment en profondeur la morphologie des sociétés. Pour Michel Foucault, la médecine sociale se structure autour de trois formes, elles-mêmes rattachées à des histoires nationales différenciées qui ont chacune apporté des strates qui se sont sédimentées au fil du temps. La première de ces formes concerne la santé publique en tant que médecine d'État et se traduit, dans un contexte allemand, par la mise en place d'un dispositif centralisé s'appuyant sur les hôpitaux, le contrôle des

professionnels de santé et l'intégration de ces derniers dans une organisation médicale répartie sur le territoire par régions : le SROS (schéma régional d'organisation des soins) relève de cette forme.

La deuxième étape du développement de la médecine sociale a lieu en France et concerne la médecine urbaine. Elle vise à lier ingénierie urbaine et hygiénisme au XIX<sup>ème</sup> siècle, afin de contrôler le développement des microbes, pathologies, épidémies en pensant la ville et la santé ensemble (par le déplacement des abattoirs ou des cimetières en dehors des centres-villes par exemple). Le passage de l'hygiénisme à la médecine sociale consiste à continuer de considérer les enjeux de santé, de sécurité et de salubrité liés au milieu et à l'environnement mais à y intégrer également les conditions sociales d'une population. L'ouverture de centres de vaccination COVID portés par des centres de santé ou des CPTS afin d'organiser sur un territoire un « aller-vers » la population relève de cette deuxième forme. Elle a notamment été portée par des communes qui ont décidé politiquement d'en assumer le coût.

La troisième étape renvoie à l'élaboration, en Angleterre, d'une médecine de la force de travail qui consiste en « un contrôle de la santé et du corps des classes nécessiteuses pour qu'elles soient plus aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches » (Foucault, « La naissance de la médecine sociale », *Dits et écrits*, p.227). La médecine du travail est l'héritière de cette dernière forme et considère la santé de tous, et notamment des travailleurs, comme une préoccupation qui concerne la société dans son ensemble.

### **Une médicalisation de la société : dimensions politiques de cette médecine**

En n'oubliant pas que « veiller sur », même de manière bienveillante, c'est aussi « surveiller », il est important de signaler l'ambivalence du développement de la médecine sociale vis-à-vis du libéralisme dans lequel sa naissance et son essor s'inscrivent. Les potentialités subversives de la médecine sociale vis-à-vis du libéralisme donnent en effet à voir comment une critique a pu aboutir à l'émergence d'une médecine ouvrière et d'une médecine du travail en même temps qu'elle comporte une dimension normative forte.

La puissance normative de la médecine conduit à décliner la « santé publique » autour de deux dimensions : la prévention et le développement d'une approche populationnelle. La première, la prévention, s'entend au sens de

prophylaxie, c'est-à-dire de processus – actif ou passif – ayant pour but de prévenir l'apparition, la propagation ou l'aggravation d'une maladie, par opposition à la thérapie curative, qui vise à la guérir. La seconde, l'approche populationnelle, induit, pour les professionnels de santé, de se préoccuper non plus seulement de leur (seule) patientèle mais plus largement de la population qui vit sur un territoire donné. Elle implique par conséquent de prendre en charge des gardes médicales (pour assurer une continuité des soins) mais aussi de gérer le risque épidémique de façon collective, de socialiser le financement des soins ou encore de prendre en charge des problèmes de santé au travers la prise en compte de déterminants sociaux de l'état de santé.

Quand le curatif consiste à soigner ou à proposer une prise en charge, le préventif agit avant que la maladie ne survienne. La crise sanitaire a montré le besoin de penser autrement qu'individuellement la pandémie. Or peu de structures sont en mesure de mettre en œuvre des actions de santé publique préventive et collective. La mise en place de centre de dépistage et/ou de vaccination en urgence a donné à voir quelles organisations étaient aptes à proposer des solutions opérationnelles : parmi les [structures d'exercice coordonné](#), maisons, centres de santé ou CPTS (communautés professionnelles et territoriales de santé) ont joué un rôle qui permet de les réinscrire pleinement dans les formes institutionnalisées de la solidarité.

### **Réinscrire les centres de santé dans les formes institutionnalisées de la solidarité**

Il est de plus en plus manifeste qu'une protection sociale dualisée, essentiellement curative et qui répercute sur les plus vulnérables l'essentiel du coût de coordination entre des acteurs qui restent organisés autour d'une logique de silo est porteuse de difficultés. Pour aller contre ce constat, certaines structures ont fondé leurs projets de santé sur la pluri-professionnalité, la coordination et l'accessibilité avec une organisation des soins intégrée et centrée sur la [lutte contre les inégalités sociales](#). Parmi elles, les « centres de santé » occupent une place particulière. Véhiculant encore l'image du dispensaire qui propose des consultations charitables pour le malade pauvre au XVII<sup>ème</sup> siècle, les centres de santé recouvrent des réalités professionnelles et une offre de soins variables. Entre le dispensaire lié à une association caritative, une fondation philanthropique ou une congrégation religieuse, et celui qui émane d'un mouvement ouvrier, la solidarité a peu à peu remplacé la

charité et, parmi les permanences qui demeurent encore entre ces structures, les préoccupations médico-sociales peuvent être mises en avant.

Les centres de santé recouvrent une variété d'activités (médicale, dentaire, infirmière) et de formes gestionnaires importantes. Si les formes associatives et municipales sont les plus fréquentes pour les centres à dominante médicale en 2020 (chiffres 2019), l'hétérogénéité des statuts donne à voir une histoire, des valeurs et des pratiques qui peuvent différer d'un endroit à l'autre. Par exemple, l'orientation stratégique pour ces structures consiste à trancher entre une accessibilité réservée aux plus vulnérables ou un accueil offert à une population diverse socialement pour éviter – justement – l'étiquetage lié à la spécialisation sur les populations pauvres. Ce ciblage, porteur de stigmatisation, peut s'apparenter, comme l'assistance en matière sociale, à un renoncement. Pour éviter cet écueil, le développement de dispositifs et de structures qui permettent un accès aux soins sans rompre avec un principe d'universalité, seul à même d'éviter de renforcer une segmentation déjà très avancée de l'offre de santé apparaît comme une nécessité. Cette solution de continuité entre médecine générale et médecine sociale, entre exercice individuel et pluriprofessionnalité, est la seule en mesure d'assurer une effectivité, dans le contexte actuel, au principe de solidarité qui doit régir l'organisation du système de protection sociale, si celui-ci se veut universel.

## **Conclusion**

Si la crise a permis de démontrer que l'hôpital ne peut agir seul et travailler efficacement sans la médecine de ville, nos recherches, et notamment [le rapport pour l'Institut Jean-François Rey paru récemment sur « Santé, population, territoires »](#) (en écho au cours au Collège de France « Sécurité, territoire, population » de Michel Foucault), rappellent que l'articulation entre les deux appelée de leurs vœux par les acteurs politiques comme par les professionnels ne pourra se faire qu'en réinscrivant les structures de soins primaires dans un triptyque (fondé sur la prévention, la territorialisation et la participation) défendant la solidarité.

Le manque d'articulation entre le sanitaire et le social, qui reste un des écueils de la rénovation des formes d'intervention, ouvre un enjeu de professionnalité pour les métiers qui se déclinent autour de l'assistance sociale ou de la médiation en santé mais aussi un enjeu de positionnement pour les structures aptes à s'en saisir. Avec

une place du patient de plus en plus questionnée au nom de la « démocratie sanitaire » qui - même si elle relève en partie de la fiction – suscite une nouvelle relation avec les usagers, la médecine sociale réinvente des formes d'action et se conjugue aujourd'hui avec un « aller-vers » le patient.

Si la médecine sociale fut par le passé un des éléments sur lesquels a pu s'appuyer une contestation du libéralisme et de ses effets sociaux, ne peut-elle pas constituer dans le futur une alternative à un système de protection sociale profondément dualisé ? Cette réhabilitation temporaire que la crise a permise amorcera-t-elle une refondation pérenne des soins primaires et de la médecine de ville ? Les fonctionnements coordonnés et collectifs qui ont été mis en avant pendant la pandémie pourront-ils être maintenus, au-delà de l'urgence et de la crise, dans l'intérêt de tous ?