



**Nadège Vézinat,**  
professeure de sociologie  
à l'Université Paris 8

**Nicolas Duvoux,**  
professeur de sociologie  
à l'Université Paris 8

## Comment passer de la médecine à la santé sociale ?

Dans un ouvrage passionnant, les chercheurs Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat s'interrogent sur la manière de faire converger les politiques sociales et sanitaires. Une occasion de repenser un système de santé en pleine crise et de dresser quelques perspectives d'avenir...

**Union Sociale : Qu'est-ce qui vous a poussé à écrire ce dernier ouvrage intitulé « La santé sociale » ?**

**Nicolas Duvoux :** Notre constat est le rapport très étroit qui existe entre la santé et la précarité et le fait que ce lien d'interdépendance marche dans les deux sens. Si vous êtes en situation d'exclusion, il y a de fortes chances que cela ait un impact sur votre santé. De la même manière, un grave problème de santé ou une santé dégradée conduit bien souvent à des formes de précarité sociale. Il est donc nécessaire d'avoir une vision globale sur ces deux vulnérabilités

potentielles. Pourtant, on constate que les politiques de santé et solidarité sont de plus en plus cloisonnées et disjointes, ce qui conduit à une dégradation de l'action publique dans les deux domaines. Ce livre est donc une occasion de dresser un certain nombre de constats, de prendre du recul historique et de présenter plusieurs initiatives et solutions pour tenter de changer la donne.

**Union Sociale : Quelles sont les leçons que nous pouvons tirer de la crise sanitaire en matière de santé publique ?**

**Nadège Vézinat :** L'une des premières leçons de cette crise, dont j'espère que nous sommes presque sortis, est que de nombreuses dépenses auparavant considérées comme impossibles, sont devenues possibles, notamment pour soutenir les entreprises lors de la période du confinement. Ce constat est assez encourageant car il montre bien que des investissements fondamentaux en direction de notre système de solidarité et de santé sont désormais légitimes, du moins en théorie. Le deuxième grand constat de cet épisode est à quel point le lien entre la

santé et la précarité est important. Durant la crise en effet, les personnes les plus fragiles économiquement ont été bien souvent les premières victimes du virus à cause de leur santé globalement plus fragile que la moyenne du pays, mais aussi en raison du fait qu'elles ont souvent été contraintes de continuer à travailler. Enfin, ces dernières ont vécu le confinement dans des conditions de logement qui les protégeaient moins de la circulation du virus. Les plus modestes ont également subi bien plus fortement les conséquences de cette crise sanitaire, notamment les travailleurs les plus précaires ou encore les jeunes, pour lesquels la souffrance psychique a été massive. La crise nous a fait prendre conscience de l'ampleur de toutes ces inégalités et de la nécessité d'agir pour tenter de les corriger.

### **Union Sociale : Quel impact global de la précarité sociale sur la santé des individus ?**

**Nicolas Duvoux** : Ce lien a été depuis bien longtemps objectivé par de très nombreuses études sur l'état de santé des bénéficiaires du RSA. Les chiffres dont nous disposons actuellement sont particulièrement marquants pour ce qui concerne la durée de vie et l'espérance de vie sans incapacité. Ainsi, sur la période allant de 2012 à 2016, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 84,4 ans parmi les 5 % les plus aisés contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus modestes, soit un écart de 13 ans. Ces différences sont évidemment liées aux conditions de vie, aux contraintes subies et aux manières d'y répondre, par la consommation de tabac par exemple, mais également au capital culturel plus faible dont bénéficient les plus modestes. Ils sont souvent éloignés, de par leur niveau de diplôme, des grands messages de prévention et de santé publique, d'où le développe-

ment de techniques d'« aller-vers » spécifiques pour ces populations.

### **Union Sociale : Comment expliquer dès lors que les politiques sociales, médico-sociales et sanitaires demeurent autant cloisonnées ?**

**Nadège Vézinat** : Il s'agit d'un phénomène qui paraît aujourd'hui établi mais pas inéluctable. Car ce cloisonnement n'a pas toujours été une réalité en France. Il résulte avant tout d'un postulat de départ qui, depuis les lois Debré de 1958, a fait de l'hôpital l'épicentre de la santé en France. De la même manière, à partir des années 1970, une grande part des prestations sociales a été progressivement déconnectée de la Sécurité sociale et nous avons assisté à un morcellement des opérateurs chargés d'octroyer les minimas sociaux, avec par exemple, une montée en puissance du département pour ce qui est de la distribution du RSA ou de l'APA. Ce phénomène fait coexister des acteurs qui travaillent avec des règles et des modes de fonctionnement très différents, ce qui contribue à une certaine confusion dans le parcours des personnes. Mais ce cloisonnement n'est pas une fatalité. De nombreuses initiatives dans les territoires montrent que des collaborations originales sont possibles, comme celles par exemple dans lesquelles les départements



© Michel Le Moine

*L'un des facteurs de lutte contre ces inégalités d'accès aux soins passe globalement*

*par une réduction des inégalités de revenus.*

soutiennent la création de maisons ou centres de santé. Si cette dynamique est positive, un véritable changement d'échelle ne pourra avoir lieu que par le haut et les grandes administrations centrales doivent sans doute opérer leur révolution.

### **Union Sociale : Notre pays est marqué par de profondes inégalités en matière d'accès aux soins au détriment des plus vulnérables. Comment tenter de les atténuer ?**

**Nicolas Duvoux** : L'un des facteurs de lutte contre ces inégalités d'accès aux soins passe globalement par une réduction des inégalités de revenus pour toutes les raisons que nous avons déjà évoquées plus haut. Pourtant, il est aussi possible de changer notre approche de la santé qui demeure actuellement très centrée sur le soin, pour s'inscrire dans une perspective bien plus préventive, en s'intéressant à la situation de tout un bassin de

### **Qui sont-ils ?**

**Nicolas Duvoux** est professeur de sociologie à l'université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, chercheur au Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA-LabTop), spécialiste des questions de pauvreté, d'inégalités sociales et des politiques publiques. Éditeur aux Presses Universitaires de France, il y publie des recherches en sociologie et en science politique.

**Nadège Vézinat** est professeure de sociologie à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis (CRESPPA-GTM) et directrice du projet de recherche ANR « Travail, Santé, Social ». Ses recherches portent sur les recompositions de l'État et l'organisation des services publics. Elle notamment l'auteure de « *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France.* »



© Michel Le Moine

**À partir des années 1970, une grande part des prestations sociales a été progressivement déconnectée de la Sécurité sociale et nous avons assisté à un morcellement des opérateurs chargés d'octroyer les minimas sociaux.**

▷ population et en veillant à ce que celui-ci bénéficie de politiques de santé publique efficaces comme la lutte contre la consommation d'alcool par exemple. Il s'agit d'un changement de philosophie qui va impliquer de nombreux investissements et un vrai choix politique.

**Union Sociale : Les inégalités territoriales sont également très marquées en matière de santé. Comment sortir de l'impasse actuelle ?**

**Nicolas Duvoux :** Ces inégalités sont en effet très importantes et ne vont sans doute pas cesser de s'aggraver au regard de la démographie médi-

cale de notre pays. Le phénomène des déserts médicaux pose la question de la liberté d'installation des médecins qui est régulièrement discutée mais jamais appliquée, en raison de la très forte opposition de la profession sur le sujet. Il existe cependant des motifs d'espoir et c'est ce que nous tentons de montrer dans notre ouvrage, en mettant en valeur toutes ces initiatives comme les centres ou les maisons de santé qui permettent d'offrir aux populations des territoires les moins bien desservis une certaine continuité des soins. Ces groupements de professionnels sont également le signe d'une époque avec des médecins de plus en plus attirés par le salariat, une formule qui leur permet de mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Il s'agit sans doute d'une vision plus collective de la santé qui tend à s'imposer dans certains territoires.

**US : Vous défendez dans votre ouvrage le concept de santé sociale. Quelles pourraient être les vertus de cette approche ?**

**Nadège Vézinat :** La santé sociale est envisagée dans cet ouvrage non seulement comme une façon de tra-

vailer l'articulation des questions sociales et sanitaires, mais également comme une norme émergente d'action publique favorisant l'« interprofessionnalité » pour faire face à des situations médicales complexes. Il y a donc un double déplacement qui justifie de recourir à ce concept qui ne renvoie pleinement ni à la médecine sociale, ni à la santé publique. Le premier déplacement consiste, dans un contexte de transformation de l'État social, à réintégrer le social dans le soin, en liant davantage ouverture des droits sociaux et accompagnement social avec la thérapeutique. Le second déplacement s'inscrit à la périphérie du soin et réside dans le fait de sortir de la médecine seule pour aller vers la santé, en opérant un déplacement de la médecine sociale à la santé sociale. Ce glissement conduit à considérer que la santé ne se résume pas aux soins, eux-mêmes focalisés sur la prescription de médicaments, mais s'étend à la promotion et à la prévention. Il s'agit de ne plus placer la santé publique dans une position inférieure et subordonnée aux soins.

**Propos recueillis par Antoine Janbon**

## Santé : comment changer de logique ?

Maisons et centres de santé, permanences d'accès aux soins et approches communautaires ont pour visée commune de mettre en œuvre les principes de la santé sociale. À rebours de la santé publique, qui repose sur une logique purement curative, la santé sociale défend une conception du soin attentive à l'intrication des fragilités sociales et sanitaires. « *La santé sociale* », l'ouvrage coordonné par Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat, rassemble cinq contributions qui analysent ces initiatives et pointent l'amélioration de l'accès aux soins qu'elles permettent. Dans leur texte introductif, les deux auteurs dressent un tableau socio-historique de l'émergence de la santé sociale comme catégorie d'action publique. Si la découverte de la « question sociale » au XIX<sup>e</sup> siècle impose un traitement conjoint du sanitaire et du social, ces deux problématiques s'autonomisent partiellement au cours du

XX<sup>e</sup> siècle. Plusieurs contributions de cet ouvrage portent sur les initiatives en cours pour faire vivre ce concept de santé sociale dans les territoires, comme les maisons de santé qui favorisent une prise en charge globale des personnes, les maisons de santé pluriprofessionnelles, qui se situent à mi-chemin entre la médecine de ville traditionnelle et les centres de santé ou encore les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) analysées comme le symptôme de l'extension de l'assistance dans le système de santé. Bref autant d'initiatives qui pourraient poser les prémices de la santé de demain...

**Pour plus d'informations :**

*La santé sociale*, Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat (dir.), La vie des Idées, Presses universitaires de France, janvier 2022, 110 pages.