

Séminaire « *Les territoires de la santé* »

Traces et bilan scientifique

par **Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat**

Cinq séances - Janvier à décembre 2023 – Mardis de 11h à 13h – Zoom

Le séminaire de recherche « *Les territoires de la santé* » poursuit l'analyse initiée en 2020-2021. Dans une approche pluridisciplinaire, des études universitaires portant sur la « santé sociale » telle que défendue dans l'ouvrage collectif paru aux Presses Universitaires de France en 2022 sont présentées et confrontées aux approches des professionnels des structures coordonnées. Ce séminaire, soutenu par l'Institut Jean-François Rey, s'est organisé autour de 5 séances thématiques.

1/ Rapports sociaux de domination et modèle sanitaire – 17 janvier 2023

Sophie Divay, maîtresse de conférences à l'Université de Reims-Champagne Ardenne, CÉREP, membre ANR TRASS

2/ Médicalisation des inégalités sociales – 14 Mars 2023

Sandrine Garcia, professeure de sociologie à l'Université de Bourgogne, IREDU

Marianne Woollven, maîtresse de conférences à l'Université Clermont-Auvergne, LESCORES

3/ Indicateurs de qualité en santé – 30 Mai 2023

Hugo Bertillot, maître de conférences à l'Université catholique de Lille, HaDéPaS

Anne-Laure Beaussier, chargée de recherches CNRS, Sciences Po-CSO

4/ Santé et gouvernance à l'échelle globale – 03 Octobre 2023

Jean-François Havard, maître de conférences en science politique à l'Université de Haute-Alsace, SAGE

Auriane Guilbaud, maîtresse de conférences à l'Université Paris CRESPPA-LabTop

5/ Repenser l'intégration sociale : perspectives quantitatives et qualitatives – 05 Décembre 2023

Tommaso Vitale, Sciences Po, CEE, Doyen de l'École Urbaine

Jérémy Fouliard, administrateur de l'Insee, research fellow à la London Business School, Éléonore Richard, doctorante à l'EHESS et à l'École d'économie de Paris

Séance 1/ Rapports sociaux de domination et modèle sanitaire **– 17 janvier 2023**

- **Sophie Divay**, maîtresse de conférences à l'Université de Reims-Champagne Ardenne, CEREP, membre ANR TRASS, « Infirmières & médecins : évolutions d'une indissociabilité asymétrique sous contrôle de l'État »

La contribution de Sophie Divay a d'abord porté sur sa lecture de l'ouvrage « La santé sociale ». Elle est revenue sur l'importance d'une approche socio-historique et d'une étude du temps long en pointant tout l'intérêt qu'il y aurait à se pencher sur les questions de religion, qu'elle considère être une variable absente qui n'est pourtant pas sans lien avec l'organisation de la santé en France. Elle aborde le rôle joué par Léonie Chaptal (et la cite « pauvres atteints de pleins de vices par leurs conditions sociales d'existence ») et par Anna Hamilton dans la constitution de la profession infirmière.

La place en creux des infirmières constitue un second axe : la « permanence des soins », telle que conçue aujourd'hui, peut difficilement se faire sans ce groupe professionnel qui doit se positionner dans un « territoire » professionnel (au sens d'Andrew Abbott) où se développent et parfois meurent des professions. Sociologue des groupes professionnels, Sophie Divay les appréhende comme des « écologies liées » c'est-à-dire qu'elle se penche plus particulièrement sur leurs interdépendances en notant que des mouvements significatifs se déroulent aux frontières.

Si pour certains auteurs (comme Eliot Freidson) le travail des infirmières a pu se légitimer par rapport à la médecine, Sophie Divay préfère considérer que la relation n'est pas à sens unique et qu'il s'agit davantage d'une « indissociabilité asymétrique » qui est à l'œuvre. Asymétrie que les infirmières déplorent vis-à-vis des médecins mais reproduisent en partie avec les aides-soignantes.

La constitution du groupe et son renforcement progressif se sont réalisés sur plusieurs batailles : en premier lieu, celle de leur formation initiale qu'il leur a fallu retirer des mains des médecins pour mettre en place une formation par les pairs (une fabrication des infirmières par des infirmières) ; celle de la création de spécialisation infirmières donnant lieu à un diplôme d'Etat, pour les puéricultrices, les infirmières anesthésistes (IADE), et les infirmières de bloc opératoire (IBODE) ; celle de la reconnaissance de leur rôle propre, en 1978, visant le développement de savoirs infirmiers ; ou encore, celle de la mise en place d'une ligne hiérarchique infirmière hospitalière, située entre le pouvoir administratif et médical (même si Sophie Divay note que l'institutionnalisation de fonctions d'encadrement infirmier, puis paramédical, a plus servi la managérialisation de ces cadres que leur possibilité de défendre leur groupe professionnel d'origine)

Le « champ de bataille » sur lequel l'intervention d'aujourd'hui se penche est celui des infirmières de pratiques avancées (IPA) qui vise la reconnaissance d'une spécialité clinique donnant lieu à la naissance d'un nouveau segment du groupe professionnel des infirmières. En se référant entre autres aux travaux d'Evelyne Diebolt et Nicole Fouché (2011)¹, elle s'interroge sur les enjeux de la formation et la signification de la création d'une identité clinique pour le millier d'IPA diplômées à ce jour sur les 600 000 à 700 000 IDE.

Deux points apparaissent cruciaux :

¹ Diebolt E., Fouché N., 2011, Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938), Paris, Ed. Publibook

- Les progressives conquêtes sur le territoire des médecins (prescription, accès direct),
- la difficulté après la période de formation à mettre en place de véritables emplois et postes d'IPA dans les organisations, notamment à l'hôpital.

L'acte de prescription peut-il être analysé comme une autonomisation de la profession ? Quelles sont les entités sociales collectives en mesure de se faire les porte-parole des revendications de ce segment encore émergent ? Les voix de ces porte-parole sont-elles concordantes, ou bien observe-t-on d'ores et déjà des dissensions, voire des conflits et des rivalités de légitimité entre eux ?

Le CNP-IPA (Conseil National Professionnel des IPA) intéresse particulièrement Sophie Divay sur ce point car ce Conseil développe différents arguments pour asseoir ses revendications. Parmi ceux-ci, elle aborde les valeurs infirmières propres au métier (qui consistent à « ne pas devenir de 'petits médecins' »), l'argument du temps médical gagné (qui est à double tranchant car laisse penser qu'en absence de pénurie de médecins ce développement d'une activité clinique pour les infirmières n'aurait pas nécessairement eu lieu), celle de la minimisation des empiètements du territoire médical, celui de l'accès direct (déjà autorisé pour les kinés) permettant d'améliorer l'accès aux soins en déplaçant le « gate-keeper ».

Sophie Divay termine son intervention en citant une IPA, en reliant son discours avec les idées-clés développées par le concept de « santé sociale » (interdisciplinarité, articulation du curatif et du préventif) et en se demandant si l'indissociabilité des infirmiers et médecins (les uns ne pouvant pas exister sans les autres) ne se fait pas un peu moins asymétrique ?

La discussion s'engage alors. Sans pouvoir restituer l'ensemble des échanges et la richesse des interventions, les questionnements principaux ont porté sur :

- un éventuel retournement du rapport de force entre médecins et infirmiers (de la dominance médicale à la dominance paramédicale ?),
- la possibilité de mettre en place des binômes IDE-MG pour une prise en charge alternée du patient (équipe resserrée avec alternance du suivi patient sur le modèle de la Catalogne)
- les lieux d'intégration des IPA diplômées (à l'hôpital ou en première ligne ?)
- les rapports entre IPA/IDE asalées
- les liens entre les IPA et le LMD avec une universitarisation et une domination médicale des formations en sciences infirmières (avec un enseignement encore de nature très (trop ?) médicale et peu de doctorants en sciences infirmières)
- les frottements avec les autres professions paramédicales que donnent à voir l'ouverture de la prescription (compétition sur la prescription plutôt que volonté de travailler ensemble)
- la reconnaissance d'une spécificité IPA en secteur hospitalier au retour des formations (les formations IPA sont bien payées mais sans changement dans le travail à faire à leur retour, d'où démotivation et question sur son intérêt)
- la création de cette spécialisation comme une professionnalisation au sens de débouché et carrière offerte aux IDE
- l'usage mou et idéologique du terme de « professionnalisation » utilisé pour faire adopter à un groupe une autre identité que celle qu'elle a déjà (et suggère ainsi une potentielle instrumentalisation du terme)

- l'impossibilité de « monter en grade » en libéral pour les infirmières en ville
- les enjeux de la primo-prescription et de l'accès direct au travers l'existence de 2 courants qui se traduisent par 2 métiers, les infirmières cliniciennes spécialisées, nos IPA françaises, et les nurses practitioners anglo-saxonnes
- la place de chacun dans l'équipe (problématique dans les structures de soins primaires qui amène des réflexions sur les fiches de poste)
- l'indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) pour mieux prendre en compte la qualification des personnes
- la place du religieux (devenu invisible mais présent) dans les organisations et pratiques de santé (qui invite à déconstruire la place de la religion en se penchant sur les effets de cloisonnement à l'œuvre : cf. Revue *Genèses*, N° « Philanthropie et prestige d'État »)

Séance 2/ Médicalisation des inégalités sociales – 14 Mars 2023

- **Sandrine Garcia**, professeure de sociologie à l'Université de Bourgogne, IREDU, « Effets redoublés des caractéristiques des publics dans un contexte d'austérité. Le cas des médecins et des enseignants »

L'intervention de Sandrine Garcia vise à établir une comparaison entre les médecins et les enseignants. Elle commence par évoquer la littérature qui porte sur les processus de catégorisation des usagers et l'influence de leurs caractéristiques sur les conditions d'exercice des professionnels. Elle souligne l'importance des catégories de bons et mauvais usagers en remarquant comment ils peuvent conduire à invisibiliser les conditions de travail et les enjeux matériels du travail. Son propos s'appuie sur trois enquêtes menées auprès d'enseignants et de médecins généralistes.

Sandrine Garcia évoque les travaux du sociologue américain Howard Becker sur « le client idéal ». Il montre que les élèves de classes sociales supérieures canalisent leur agressivité dans la réussite dans les études. Elle souligne également que les professionnels du travail sur autrui sont en souffrance parce qu'ils subissent à la fois une austérité budgétaire et une augmentation des charges. Elle insiste sur l'importance de réintégrer le contexte d'exercice pour tenir compte des dimensions matérielles du travail et éviter l'écueil d'une vision moralisante.

La radicalisation des politiques de maîtrise des dépenses des années 2000 va de pair avec une multiplication des missions des enseignants, parmi lesquelles l'inclusion des élèves en situation de handicap. Puisque les aides prévues pour leur prise en charge ne sont pas toujours disponibles ou effectives, cette nouvelle mission est source de complexification du travail, que Sandrine Garcia illustre à travers les profils d'enseignants rencontrés en entretien.

Cette politique inclusive constitue une condition objective de dégradation des conditions de travail des enseignants – alourdissement de la charge de travail, maintien du nombre d'élèves par classe – mais ces dimensions matérielles sont occultées par un travail d'enjolivement et la vision enchantée de certains militants, qui empêchent de penser ces nouvelles conditions d'exercice en termes de pénibilité.

Contrairement à des médecins davantage dotés en ressources, les enseignants disposent d'une faible marge de manœuvre et d'un éventail limité de stratégies : tractations pour déscolariser les élèves (mais manque de place en établissements spécialisés), passage à mi-temps, mutation en REP, formes de démission (réelle ou de

l'intérieur)... La satisfaction professionnelle se retrouve compromise en contexte contraint, lorsque la gestion à flux tendu redéfinit les objectifs du travail – il s'agit désormais de *tenir la situation* en classe – et impose des calculs pour prioriser les élèves à aider. Pour les enseignants, l'autocontrainte face aux éléments perturbateurs est l'élément principal de la souffrance professionnelle.

Sandrine Garcia passe au cas des médecins, qui ont des contraintes proches, la sous-densité médicale créant des conditions de travail dégradées. Elle analyse les cas de différentes situations de médecins, notamment leur sentiment d'impuissance. Une des réponses est un changement de posture. Le contexte d'austérité se traduit différemment dans le cas des médecins généralistes, à travers un sous-équipement en milieu rural, qui pèse sur l'attractivité de l'exercice et la densité médicale ; un report sur les généralistes de la prise en charge des difficultés psychologiques qui alourdit les consultations alors même que la sous-densité médicale accroît le nombre de patients ; un contrôle accru des arrêts maladie et de leur légitimité perçue.

Les trajectoires des médecins enquêtés donnent à voir les ambivalences de l'exercice médical auprès d'une patientèle populaire : à la fois source de satisfaction professionnelle, d'un sentiment d'utilité sociale, mais aussi d'une remise en cause perçue de l'autorité médicale et d'une charge de travail plus importante, pouvant *in fine* conduire au surmenage et à la recherche de nouveaux modes d'exercice. Celle-ci se déploie dans diverses stratégies, par exemple le choix d'un exercice dans une commune mixte socialement ou l'investissement de consultations à l'hôpital pour diversifier la patientèle. L'investissement professionnel excessif ainsi que le sentiment d'impuissance et l'insécurité des revenus constituent des motifs d'entrée en Centre Municipal de Santé. Les centres de santé, en salariant les médecins, permettent de rendre compatibles le souhait d'engagement auprès des classes populaires et la préservation de la santé des professionnels en « bornant » les horaires de travail et en sécurisant les revenus qu'une patientèle davantage demandeuse de soins et sujette à des difficultés sociales multiples fragilise.

Sandrine Garcia clôt son propos en évoquant la charge émotionnelle accrue qui accompagne, tant pour les enseignants que pour les médecins, le travail auprès de publics précaires, vulnérables ou « perturbateurs ».

Les questions portent sur le soutien social, la dimension collective et notamment la réassurance apportée par la direction ou par l'équipe qui ne sont pas mentionnées dans l'enquête. La satisfaction par rapport aux échanges interdisciplinaires est mentionnée mais pas le soutien apporté par le collectif, ce qui constitue une limite de la capacité des centres à apporter ce type de soutien.

La discussion s'ouvre sur le lien avec le milieu du « travail protégé » (institutions type IME, ESAT) dans lequel les freins et réticences à la politique d'inclusion sont également observées.

Dans le cas des professionnels de santé scolaire, les « pressions » pour le retour à un cadre normal et la sortie des dispositifs d'accompagnement spécialisé constituent une autre source de souffrance pour les professionnels, par ailleurs en tension entre les missions obligatoires imposées par le code de l'éducation et la perception d'un métier centré sur l'activité de prévention.

Le croisement des dimensions individuelles et des stratégies organisationnelles est interrogé dans le cas des centres de santé : la recherche d'une patientèle mixte socialement peut-elle dès lors également relever d'un choix organisationnel ? Si la mixité sociale est essentielle à l'attractivité de l'exercice pour éviter un épuisement

émotionnel des soignants, Sandrine Garcia met l'accent sur le salariat qui permet de borner le temps de travail et d'intégrer les temps « non rentables » (type concertation) aux horaires de travail, évitant la concurrence avec les temps « rentables » (de consultation). Ceci dit, les centres n'échappent pas aux logiques de rationalisation et des conflits entre direction et équipes professionnelles peuvent éclater suivant les rapports de force locaux.

- **Marianne Woollven**, maîtresse de conférences à l'Université Clermont-Auvergne, **LESCORES**, « Diagnostiquer la dyslexie : les enjeux sociaux d'un processus de qualification »

Marianne Woollven développe dans son intervention une approche sociologique du diagnostic de la dyslexie au sens de difficultés durables et quantifiables dans le domaine des apprentissages, qui ne peuvent pas être expliqués par d'autres causes (troubles sensoriels ou enseignement inadéquat).

Qu'est-ce que le diagnostic de dyslexie nous apporte comme information sur l'ordre social ? Les troubles spécifiques de l'apprentissage sont reconnus comme « handicap » depuis 2005 et peuvent donner lieu à une reconnaissance, notamment dans l'institution scolaire. En termes d'inclusion, l'enjeu est de savoir comment on applique ce diagnostic à des cas individuels et comment on pense l'ordre social à partir de la définition de la place des dyslexiques dans la société.

Puisque la catégorie diagnostique de la dyslexie correspond à l'identification d'un trouble spécifique dans un domaine des apprentissages, elle répond à une approche neuropsychologique et son essor est indissociable de l'émergence du paradigme du handicap dans les politiques publiques, contribuant à occulter les dimensions sociales qui entrent en jeu dans la définition de la dyslexie. Elle fait référence notamment à Stanislas Morel, qui situe un mouvement d'essor des sciences neurocognitives comme schème d'interprétation des questions scolaires, et Sandrine Garcia, qui analyse les dys- comme des catégories qui font l'objet d'usages parentaux (et notamment de revendications de reconnaissance). Dans une logique analogue à l'autorité médicale que confère le diagnostic, le diagnostic de la dyslexie confère une certaine autorité à d'autres groupes professionnels. Pour l'appréhender, Marianne Woollven mobilise la distinction par Anne-Marie Jutel du diagnostic comme catégorie (étiquette) et comme processus (étiquetage).

Le processus diagnostique, en tant qu'opération de qualification qui se double d'enjeux symboliques, est au cœur du propos de Marianne Woollven qui a mené une enquête de 2007 à 2012 pour montrer comment le diagnostic nous dit quelque chose de la place des « dys » dans la société. Ce processus a été étudié à travers des entretiens auprès des professionnels à l'origine du diagnostic (orthophonistes en France, psychologues scolaires au Royaume-Uni) et une analyse des outils et tests qu'ils mobilisent.

La première caractéristique de ces outils est de proposer une évaluation selon des critères scolaires. Ils évaluent un rapport à la forme scolaire, un rapport réflexif au savoir, à la pratique, et cherchent à mesurer les écarts à la norme. Marianne Woollven distingue deux types de jugements diagnostiques qui n'accordent pas la même place au diagnostic ni aux institutions :

- Le jugement clinique, dans lequel le regard du professionnel prévaut sur les tests mobilisés. La qualification de « dyslexique » n'est pas au cœur du

processus, qui porte plutôt sur l'identification des besoins de rééducation et de remédiation. L'enjeu est d'abord pédagogique. Quel est l'enseignement approprié à l'élève ? Pendant toute cette démarche diagnostic, les personnes sont des élèves qui sont là pour apprendre.

- Le jugement procédural, dans lequel les tests psychométriques sont centraux : il s'agit d'une procédure dépersonnalisée visant à déterminer le caractère pathologique ou non des difficultés observées selon un critère d'intelligence. La question de la remédiation y est quasi absente : la finalité du processus est de différencier dyslexiques et non dyslexiques dans une démarche d'authentification. Puisque la question de l'aide n'est pas centrale et que le trouble est une entrave à l'expression de l'intelligence, on peut y voir une mise en cause de l'institution scolaire comme seule instance de l'évaluation des enfants.

À travers ces deux jugements se donnent à voir deux types de rapports à la société et aux institutions : dans le premier, il s'agit de légitimer un traitement spécifique par l'institution scolaire et les aides mobilisées s'appuient sur des financements publics (assurance maladie finance les diagnostics en France ; au Royaume-Uni, les psychologues sont salariés des collectivités) ; dans le second se déploie une vision plus libérale de l'ordre social avec un rapport marchand à une « clientèle » et une forme de mise en cause de l'institution scolaire comme seule instance légitime de jugement des enfants.

Les questions portent sur la construction des normes professionnelles, l'utilisation des tests, les pratiques pédagogiques, le handicap comme une catégorie d'exception légitime, la reconnaissance de la dyslexie par celle du handicap. Plus spécifiquement, la discussion porte sur les frontières de la médicalisation, ses rapports au fonctionnement des institutions, les rapports des groupes sociaux aux institutions et donne l'occasion à Marianne Woollven de préciser que le jugement procédural, dans lequel la procédure importe davantage que le regard du professionnel, est la forme minoritaire du jugement diagnostique, bien que les professionnels soient de plus en plus outillés ;

Les travaux d'Olivier Martin sur le développement de la psychométrie sont évoqués pour interroger la réflexivité, le regard critique des professionnels sur les tests employés. Marianne Woollven observe une démarche réflexive dans le jugement clinique, là où la légitimité de l'outil n'est pas interrogée dans le jugement procédural : c'est le diagnostic qui compte, ce qui en est fait importe peu ;

Une question porte sur le positionnement des élèves dyslexiques comme « élèves » en France et au Royaume-Uni. Des traditions historiques nationales expliquent des pratiques de différenciation plus ancrées au Royaume-Uni, là où la conception républicaine à la française légitime plus difficilement l'exception – même si c'est aujourd'hui le cas du handicap, dont la reconnaissance pour les élèves dyslexiques permet une légitimation de leur statut et des pratiques pédagogiques autres ;

La finalité et la coordination des traitements (médical et scolaire) sont interrogées. La dimension de remédiation y est centrale et se déploie, en France, en majorité dans la rééducation orthophonique. L'articulation santé – scolaire pose question : les orthophonistes, professionnels de santé financés par l'assurance maladie, travaillent *in fine* sur des savoirs scolaires, même si la distinction entre ce qui relève du soin et de l'école est claire du point de vue administratif. Il s'agit en quelque sorte de travailler sur du scolaire, mais en-dehors de l'école ;

Les questions d'inégalités sociales dans l'accès au diagnostic et aux dispositifs d'aménagement et d'aide sont soulevées. Un processus de ségrégation peut être observé, d'autant que le caractère hétérogène ou non des performances scolaires conditionne le diagnostic : des élèves des classes populaires, parce que « mauvais partout », peuvent y échapper, et un effet naturalisant peut avoir cours dans les décisions d'orientation vers un bilan orthophonique.

Séance 3/ Indicateurs de qualité en santé – 30 Mai 2023

- **Hugo Bertillot**, maître de conférences à l'Université catholique de Lille, HaDéPaS
- **Anne-Laure Beaussier**, chargée de recherches CNRS, Sciences Po-CSO

Séance 4/ Santé et gouvernance à l'échelle globale – 03 Octobre 2023

- **Jean-François Havard**, maître de conférences en science politique à l'Université de Haute-Alsace, SAGE
- **Auriane Guilbaud**, maîtresse de conférences à l'Université Paris CRESPPA-LabTop

Séance 5/ Repenser l'intégration sociale : perspectives quantitatives et qualitatives – 05 Décembre 2023

- **Tommaso Vitale**, Sciences Po, CEE, Doyen de l'École Urbaine
- **Jérémy Fouliard**, administrateur de l'Insee, research fellow à la London Business School, **Éléonore Richard**, doctorante à l'EHESS et à l'École d'économie de Paris