



**HAL**  
open science

# Carrière et travail dans le domaine de la santé : des aides soignantes hospitalières aux professions libérales de santé

Anne-Marie Arborio

► **To cite this version:**

Anne-Marie Arborio. Carrière et travail dans le domaine de la santé : des aides soignantes hospitalières aux professions libérales de santé. 2002. halshs-00005652

**HAL Id: halshs-00005652**

**<https://shs.hal.science/halshs-00005652>**

Preprint submitted on 15 Nov 2005

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Séminaire du 16 décembre 2002

### Carrières et travail dans le domaine de la santé : des aides-soignantes hospitalières aux professions libérales de santé

*Le texte ci-dessous est la version quasi-intégrale du projet de recherche intitulé "Les professions de santé dans l'espace urbain" que j'ai présenté en vue de l'obtention d'une délégation au CNRS. C'est sur la base de ce projet que j'ai rejoint le LEST depuis le 1er septembre 2002.*

*Au cours du séminaire, je propose de présenter d'une part une synthèse mes recherches passées sur les aides-soignantes hospitalières (je n'ai pas prévu de rédiger un texte spécifique sur la question : les publications associées à ces recherches sont à votre disposition au centre de documentation) et leurs prolongements actuels, et d'autre part ce nouveau projet de recherche en détaillant les chantiers en cours auxquels il donne lieu.*

## Introduction

### *Genèse du projet*

Mes travaux de recherche ont jusqu'ici porté principalement sur une catégorie de personnel des hôpitaux, les aides-soignantes, catégorie intermédiaire entre l'infirmière à laquelle est reconnue une compétence soignante et les agents de service hospitaliers principalement en charge de l'entretien des locaux. Définies d'abord par cette position dans la hiérarchie, elles ont peu à peu trouvé une place dans la division du travail hospitalier qui les amène à prendre en charge les tâches qui permettent au malade hospitalisé de voir assurés tous les gestes quotidiens qui lui sont devenus difficiles ou impossibles. La reconstitution du processus historique d'invention de la catégorie montre comment l'unité des tâches très diverses qui lui ont été peu à peu attribuées vient surtout de leur caractère délégué par les catégories supérieures dans la hiérarchie comme les infirmières, ce dont rend compte la notion de "dirty work" empruntée à Everett C. Hughes (1996). Cette même notion permet également d'éclairer les "carrières" des aides-soignantes reconstituées par entretiens biographiques : en dehors de rares passages dans la catégorie supérieure d'infirmière, les carrières des aides-soignantes se jouent essentiellement au sein de la même catégorie, ce qui amène à observer les parcours professionnels à un niveau plus fin : passage d'un établissement à l'autre, d'un poste à l'autre, d'une équipe à l'autre, avec parfois pour effet l'évitement du "dirty work", la prise en charge de tâches plus nobles ou l'exercice du métier dans des conditions plus favorables. Réalisée dans le

cadre d'une thèse de sociologie soutenue en 1996, cette recherche a servi de base à l'essentiel des publications présentées dans ce dossier, parmi lesquelles un livre paru en juin 2001 chez Anthropos, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, qui constitue une synthèse de ces travaux.

En 2000, Pierre Fournier (Université de Provence, LAMES) et Sylvie Mazzella (CNRS-LAMES) m'ont sollicitée pour participer à un programme d'enquêtes sur les dynamiques urbaines dans le centre historique et populaire de Marseille, à partir de l'examen monographique d'une percée haussmannienne datant du Second Empire, pour le PUCA (Ministère de l'Équipement) et pour le programme "villes" du Conseil régional PACA (Fournier et Mazzella, 2001a et b). Deux thèmes s'offraient à moi pour inscrire cette contribution dans la continuité de mes travaux antérieurs : le premier, autour des équipes chargées du nettoyage des immeubles de la rue, population proche de celle que j'avais enquêtée sous certaines caractéristiques (une population de femmes, ayant converti des compétences domestiques en compétences professionnelles) mais exerçant sous un tout autre statut, dans des conditions bien différentes ; et le deuxième, autour des professionnels de santé nombreux à être installés dans cette longue artère du centre-ville, avec à nouveau des interrogations au croisement entre sociologie de la santé et sociologie des professions mais concernant des professions de statut plus élevé, exercées dans le cadre libéral. Dans les deux cas, compte tenu de l'orientation du programme de recherche de l'équipe, il s'agissait de prendre en compte une dimension nouvelle, l'ancrage urbain, dans l'examen de l'exercice professionnel. Avec une problématique d'ensemble du programme de recherche collectif ordonnée autour de la mixité sociale, c'est le deuxième thème qui m'a semblé le plus pertinent, d'autant que, pour les professionnels de santé, il pouvait donner lieu à une approche socio-historique commune à un grand nombre de contributions. Le projet de recherche présenté ici s'appuie sur les premiers matériaux recueillis concernant les professions de santé installées rue de la République à Marseille depuis la fin du Second Empire et sur les premières analyses en cours pour proposer une réflexion plus large sur l'inscription des professions de santé dans l'espace urbain.

### *Objectifs de l'étude*

S'interrogeant sur les professionnels de santé dans l'espace urbain, cette étude se donne au moins deux objectifs. D'une part, approcher de manière fine les carrières de ces professionnels de santé dans un contexte local, en essayant de comprendre les effets sur ces carrières des liens particuliers entretenus avec l'espace lui-même (à travers l'inscription résidentielle par exemple) et avec tels ou tels groupes présents dans cet espace (patients ou autres professionnels de santé par exemple). D'autre part, analyser les effets de structuration de l'espace urbain auxquels conduit la présence de professionnels de santé concentrés (ou non) dans certains quartiers, sur certaines artères de la ville. La distribution de la profession dans l'espace urbain n'a pas de raison d'être privilégiée ici par rapport aux effets de structuration de l'espace induits par la présence de professionnels de santé dans un lieu. Ce qu'on a commencé à observer sur une rue particulière s'étendrait ici à l'ensemble de la ville de Marseille, et par comparaison à au moins deux autres grandes villes de province, à

préciser, dont la densité médicale serait globalement plus élevée pour l'une et plus faible pour l'autre.

Dans cette double perspective, la profession médicale est au cœur de l'étude. S'ils se trouvent aujourd'hui entourés de nombreuses professions paramédicales, exerçant aussi dans le cadre libéral mais sous leur contrôle et sur leur prescription, les médecins ont longtemps été dominants dans l'espace urbain, d'abord par leur nombre et par leur prestige. La mise en œuvre de l'enquête nécessite cependant de prendre en compte d'autres professions du secteur de la santé du fait de la perspective socio-historique adoptée. D'une part, les contours flous de la profession, au moins jusqu'à la fin du XIXe siècle, amènent à considérer ses franges, ces "auréoles paramédicales, abandonnées à des techniciens dont l'Etat ne vérifie pas la compétence, [et qui] attirent des vocations incontrôlables : dentistes, masseurs, pédicures, bandagistes, orthopédistes..." (Léonard, 1981 : 71). D'autre part, la présence de médecins dans tel ou tel quartier doit peut-être s'analyser en lien avec la présence d'autres professionnels : pharmaciens, laboratoires d'analyse, ou infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, etc... Que leurs pratiques soient directement liées ou pas, ils contribuent sans doute à orienter les pratiques sanitaires dans un quartier et l'image sociale du quartier.

## **I. Enjeux sociaux et scientifiques d'une recherche sur les professions de santé dans la ville**

Médecin de quartier, médecin de campagne : l'idée d'une inscription locale de la pratique médicale, d'un exercice de cette profession contraint par le lieu d'implantation du professionnel, est présente dans des expressions courantes qui séparent différents modes dans l'exercice de la médecine. Cette idée parcourt certains débats publics actuels sur la profession médicale. Alors que la densité médicale atteint en France des niveaux jamais égalés, le discours ne semble plus à la dénonciation globale de la "pléthore médicale" comme au XIXe siècle (Bungener, 1984), mais plutôt à l'expression de craintes quant à l'inégale répartition des praticiens sur le territoire qui pose la question de l'accès aux soins en faisant de certaines zones de (relatifs) déserts médicaux. Il en résulte un discours sur la "pénurie" de médecins dans certaines régions, fondé sur les inégalités régionales, argument utilisé aujourd'hui en faveur d'un relâchement du *numerus clausus* instauré dans les facultés de médecine en 1971<sup>1</sup>. Le même type de constat au niveau plus fin du quartier, conduit à des propositions visant à favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones réputées "difficiles"<sup>2</sup>. Il semble donc qu'il y ait un enjeu pour le débat public à disposer d'informations issues

---

<sup>1</sup>. Cela fait partie par exemple des conclusions du récent rapport de Guy Nicolas et Michèle Duret pour la Direction Générale de la Santé, *Sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, juin 2001, 21 p. C'est l'orientation qui semble d'ailleurs prise par le Ministère de l'Éducation Nationale pour la rentrée 2002 d'après les déclarations de Jack Lang lors de la dernière rentrée universitaire (*Le Monde*, 5 octobre 2001).

<sup>2</sup>. C'est le sens des propositions que contient le plan d'action qui avait été présenté par les ministres délégués à la ville et à la santé Claude Bartolone et Bernard Kouchner, pour améliorer la sécurité des

de recherches qui, tout en prenant appui sur les études socio-démographiques de la distribution spatiale des professions médicales (Bui Dang, 1984), acceptent de se concentrer sur quelques terrains particuliers pour comprendre les processus d'installation des médecins en même temps que ceux des autres professions de santé qui gravitent autour de la profession médicale. Cela suppose de bien repérer les contraintes, les enjeux de carrière ou de pratiques, qui entourent ces "choix" d'adresse d'exercice.

Du côté de la sociologie, l'inscription locale des pratiques professionnelles a été étudiée pour différentes catégories de salariés, par exemple les employés de banque incités à la mobilité entre agences par leur employeur (Grafmeyer, 1992). La question a aussi été posée pour des indépendants, en particulier pour des professions exerçant dans un cadre libéral comme celles qui nous intéressent ici, que ce soit dans des études consacrées à certaines de ces professions comme les commissaires-priseurs (Quemin, 1997 : 123-127) ou dans des recherches dans lesquelles les indépendants ont été isolés des salariés pour certaines particularités, comme par exemple à propos des trajectoires résidentielles familiales (Bertaux-Wiame, 1999). Concernant les professions de santé, c'est surtout la profession médicale qui a donné lieu à des recherches où l'inscription locale des pratiques a été prise en considération : par exemple pour le rôle de la mobilité géographique dans les carrières des médecins (Herzlich *et alii*, 1993, ch. IV), pour leur participation aux actions de santé publique locale (Fassin, 1998), pour les effets de l'implantation locale des médecins généralistes (qui se joue à travers leur installation, n'impliquant pas forcément résidence, ou à travers leur implication dans la vie associative locale) en termes de connaissance de l'environnement et les activités des malades (Baszanger, 1983). Dans son étude sur les médecins de Dijon, Marie Jaisson met en évidence l'importance de l'ancrage local des pratiques médicales pour analyser les "structures sociales de la médecine", dont le caractère local lui semble provenir "des caractéristiques des systèmes de reproduction des milieux médicaux propres aux villes universitaires" (Jaisson, 1995 : 6).

La sociologie de la médecine est particulièrement féconde sur la pratique en institution hospitalière, notamment dans de grandes institutions<sup>3</sup>, et a déjà apporté des résultats importants sur la structure de la profession et sur les carrières à un niveau global (Herzlich *et alii*, 1993). Il semble maintenant qu'il y ait place pour une recherche qui mette en relation l'univers de la pratique professionnelle de médecins libéraux avec d'autres aspects de leur vie sociale : leur domicile familial par exemple, qui n'est plus aussi systématiquement qu'autrefois confondu avec leur cabinet médical, les conditions d'engagement extraprofessionnel qu'offrent, voire qu'imposent la ville et les formes de

---

professionnels de santé dans les quartiers dits "sensibles", prévoyant notamment la création de "maisons de santé" ou "maisons médicales" censées faciliter l'accès aux soins pour les habitants et donner aux professionnels de santé de meilleures conditions de travail (*Le Monde*, 3 avril et 13 juillet 2001).

<sup>3</sup>. C'est du moins le constat qui est fait par Jean Peneff (1992 : 14, 235-236). Il faut peut-être l'imputer au fait qu'il semble plus difficile d'enquêter sur ces pratiques atomisées que sur les pratiques institutionnalisées dans les grands centres hospitaliers.

classement social qui s'y font jour. C'est une manière d'approcher le rôle social du médecin et de repérer comment est prise en charge la santé au niveau local. La pratique de ces médecins doit pour cela être mise en rapport avec la présence d'autres professionnels de santé dont l'activité dépend *a priori* en grande partie de l'activité des premiers, notamment pour tous ceux qui exercent dans le secteur paramédical, définis par leur dépendance au médecin (Freidson, 1984). Les effets en retour de cette présence paramédicale, sur l'activité médicale et sur la prise en charge de la santé au niveau local, ne sauraient être ignorés.

C'est par une interrogation sur l'implantation des professionnels de santé dans un milieu urbain caractérisé par la multiplicité et la diversité des lieux d'exercice possible, que ces différents aspects de la profession médicale peuvent être abordés : c'est en ville que peut s'observer le "poly-exercice" de la médecine ou la "différenciation accrue des pratiques généralistes et spécialisées" (Herzlich *et alii*, 1993). Combinant de nombreuses dimensions, une telle étude suppose la connaissance précise d'un contexte professionnel et urbain local. C'est à condition de prendre une échelle moins large que celle de la socio-démographie médicale qu'elle peut apporter quelque contribution aux interrogations sur les professions dans la ville. En dépit des limites qu'a une approche de type monographique, notamment en termes de généralisation des résultats, c'est celle qui est privilégiée ici pour décrire des processus sociaux en actes, à partir d'un premier travail mené sur la ville de Marseille qui pourrait se prolonger par d'autres monographies menées dans d'autres villes. Sur ces différents terrains sera mise en œuvre une perspective socio-historique dont d'autres travaux de sociologie médicale ont montré qu'elle pouvait être combinée de manière féconde avec une approche ethnographique (Dodier, Camus, 1997).

## **II. Les grands axes de cette recherche**

### *Une recherche socio-historique sur la présence des professionnels de santé dans la ville*

Dérivé d'un programme de recherche socio-historique reconstituant les étapes du peuplement de la rue de la République, percée haussmannienne dans le centre populaire de Marseille, le projet garde cette double dimension en l'étendant à l'ensemble de la ville et en organisant la comparaison de plusieurs villes caractérisées par des structures de soins différentes. Il s'agit de repérer dans leurs grandes variantes les mécanismes sociaux d'inscription dans l'espace urbain des professions de santé. Les différents lieux d'exercice et de résidence de ces professionnels en sont les indices, à mettre en relation avec leurs caractéristiques et avec celles de ceux qui les fréquentent.

Les médecins semblent concentrés massivement en centre-ville à la fin du XIXe siècle à Marseille mais certains quartiers du centre, voire certaines rues semblent plus attrayantes que d'autres. Ce n'est pas le cas pour d'autres professionnels de moindre prestige comme les sages-

femmes ou les officiers de santé beaucoup plus dispersés dans la ville. Sans doute est-ce à mettre en relation avec les caractéristiques de la clientèle privée des médecins, concentrée elle aussi dans certains quartiers, ou bien avec la capacité de ces médecins à contraindre une clientèle plus large à se déplacer vers les quartiers où ils préfèrent résider (domicile et cabinet médical étant alors confondus), notamment du fait de leur faible nombre et de leur légitimité en train de se construire. L'augmentation du nombre de médecins amène certains d'entre eux à étendre leurs activités vers de nouveaux lieux d'exercice. Cette évolution ne peut se comprendre que si on la met en relation avec la diversification de la clientèle de ces médecins : le déplacement des médecins vers des quartiers moins centraux n'est peut-être pas compatible avec une clientèle restreinte et concentrée dans d'autres quartiers. Une recherche menée sur la distribution des professionnels de santé dans une perspective socio-historique permettrait donc d'appréhender le développement d'un marché local concret sous l'effet conjugué de l'augmentation-diversification d'une offre de soins – dont les cabinets médicaux ne sont qu'un aspect par rapport aux dispensaires, hôpitaux, etc. – et de la croissance de la solvabilité d'une demande, qu'elle soit publique (programmes de médecine hygiéniste, assistance sociale...) ou privée (avec un financement socialisé qui concerne aussi cette demande privée).

Cela suppose de prendre en compte le contexte institutionnel qui encadre réglementairement l'exercice des différentes professions (avec par exemple une autorisation d'exercer sur l'ensemble du territoire pour les Docteurs en médecine mais limitées au département où a été acquis le diplôme pour les officiers de santé) et les modes de structuration de la profession qui donnent du sens aux caractéristiques qu'on repérera peut-être chez les médecins qui exercent dans tel ou tel lieu (construction de la distinction entre généralistes et spécialistes, hiérarchisation des différentes spécialités, choix du conventionnement après 1960, du secteur I ou du secteur II après 1980, etc.), ainsi que l'évolution des caractéristiques de la clientèle, ne serait-ce que par l'évolution socio-démographique de la population de tel ou tel quartier dans son ensemble.

#### *Choix d'adresse et contraintes d'installation*

On a déjà évoqué la recherche d'une clientèle solvable comme critère de choix d'installation<sup>4</sup>. C'est plus largement l'état du marché des soins qui est déterminant. Décider d'une implantation suppose ainsi de tenir compte de l'offre locale, tant en matière de médecine libérale que plus largement d'institutions de soins. Mais la forte densité de l'offre dans un quartier ne joue pas forcément contre l'installation de nouveaux médecins : il faut justement essayer de comprendre comment la présence médicale a ici un effet cumulatif et là contraint les nouveaux praticiens à préférer s'installer plus loin. Plusieurs hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent être mobilisées pour expliquer la concentration de certains médecins dans quelques quartiers : certaines catégories résidant dans ces quartiers sont peut-être surmédicalisées, ou bien il existe des effets cumulatifs à la présence de médecins par un effet de réseau d'interconnaissance entre eux, ou encore

---

<sup>4</sup>. Ce critère n'est pas forcément mis en avant par les professionnels eux-mêmes, du moins tant que l'exercice de la médecine est présenté comme le produit d'une vocation désintéressée.

l'offre sert de révélateur à une demande de soins, ou bien enfin la localisation de certains médecins n'a pas d'effet sur une clientèle prête à venir de loin pour consulter un médecin d'une certaine notoriété (ce peut être le cas pour un spécialiste rare par exemple), l'adresse étant peut-être un élément de cette notoriété.

Si l'offre locale peut être aujourd'hui facilement connue par le praticien qui s'installe (auprès de la préfecture ou du Conseil de l'Ordre), la demande de soins n'est pas simple à apprécier. Par rapport à d'autres professions à la clientèle plus réduite et dont l'activité suppose des lieux d'exercice plus centralisés, comme les avocats particulièrement nombreux à proximité d'un palais de justice ou les commissaires-priseurs dont l'attrait des salles de vente se combine avec la proximité de la clientèle fortunée concernée par les ventes volontaires (plus rémunératrices que les ventes judiciaires) pour expliquer leur concentration dans certains arrondissements parisiens, les médecins disposent d'une clientèle potentiellement large. *A priori*, toute personne est un malade potentiel, susceptible de s'adresser à un professionnel de la médecine. D'autant que la contrainte économique ne pèse pas autant, aujourd'hui, sur le choix de s'adresser ou non à un professionnel de santé que pour acquérir tout autre bien ou service marchand, compte tenu de la socialisation du financement des dépenses de santé. Cette particularité ne suffit cependant pas à réduire toute inégalité sociale face au recours aux soins : les enquêtes Santé de l'INSEE montrent régulièrement comment la consommation médicale s'apparente à une "pratique culturelle" (Mormiche, 1986), très différenciée selon les groupes sociaux moins dans son niveau global que dans sa répartition entre les différents biens et services concernés (hospitalisation, séance de généralistes ou de spécialistes, achats pharmaceutiques avec ou sans ordonnance, analyses, etc...). Reprendre un cabinet vacant avec une clientèle déjà constituée et "achetée" au médecin sur le départ apparaît comme le plus sûr moyen pour démarrer dans la médecine de ville. Cette pratique renforce le sentiment de "hasard" dans le discours du médecin interrogé sur son choix d'adresse : "je voulais m'installer, un cabinet était vacant, je l'ai pris". Cependant, la croissance continue de la présence médicale interdit de faire de la reprise de cabinet vacant le seul mode d'installation. L'implantation d'un médecin dans un quartier peut très bien avoir des effets de révélation d'une demande, comme le suggèrent les analyses de l'INSEE concernant les différences de consommation entre types de communes de densité médicale différenciées.

### *Une carrière dans la ville ?*

On a évoqué jusqu'ici le choix d'un lieu d'installation comme si celui-ci était unique. Or, un choix d'adresse professionnelle n'est jamais définitif ni forcément exclusif. Parmi les contraintes qui s'ajoutent à la recherche d'une clientèle disponible pour orienter le choix de localisation d'un cabinet libéral, une première tient au coût de cette installation. Selon le montant du capital dont il dispose pour s'installer, tous les lieux d'exercice ne sont pas également accessibles au praticien. Ce capital dépend lui-même à la fois de l'existence d'un patrimoine familial hérité et de la capacité



d'accumulation passée (par exemple au cours d'un premier exercice de la profession comme salarié, ne nécessitant pas le même investissement financier au départ) et anticipée. Si bien que l'installation libérale est un moment du cycle de vie qui ne coïncide pas toujours avec l'entrée dans l'exercice professionnel et dont on pourra se demander s'il se décide pour partie en fonction des premières expériences du métier. De la même façon, s'il prépare les installations futures, ce premier lieu d'exercice les contraint sans doute pour partie, qu'il s'agisse de rester à proximité pour conserver une partie de la clientèle ou de s'éloigner à la recherche de nouvelles clientèles en cas d'insatisfaction dans la première installation.

Le lieu de résidence peut également agir comme une contrainte, que la proximité soit recherchée pour limiter les trajets ou au contraire l'éloignement sous l'argument de préserver sa vie privée (Bertaux-Wiame, 1999). Pour la totalité des médecins ayant par exemple un cabinet de consultations rue de la République à Marseille entre 1865 et 1900, le domicile est confondu avec ce cabinet. A ce moment-là, la proximité du logement et d'une activité dans le centre-ville de Marseille ne leur imposait pas des conditions de logement incompatibles avec leur statut ou avec leurs aspirations. La disjonction progressive du domicile et du cabinet médical va sans doute de pair avec l'exploitation de nouveaux espaces de pratique pour les médecins, qui seraient peut-être moins compatibles avec leur mode de vie. Le parcours professionnel du médecin dans la ville, doit s'analyser en prenant en compte la pluralité de ses lieux de pratique : outre l'éventuelle pratique hospitalière, il peut effectuer – ou pas – des visites à domicile qui constituent un tout autre lien, une tout autre connaissance, de la clientèle et de son quartier, ou encore disposer d'un "cabinet secondaire" dans une autre partie de la ville. Ces considérations impliquent de mettre en relation l'installation d'un cabinet libéral avec l'ensemble de la carrière sociale et professionnelle de chaque praticien.

Peut-on parler de "carrière" pour décrire la succession de lieux d'exercice de son métier pour un médecin ? La localisation du lieu d'exercice constituerait alors un élément de ce qu'Howard S. Becker définit comme la "carrière horizontale" (Becker, 1952) : les affectations successives des institutrices de Chicago d'une école de tel quartier à une école d'un autre quartier les amènent à exercer dans des conditions suffisamment différenciées pour que ce parcours s'analyse en termes de carrière alors qu'aucune promotion statutaire n'intervient pour elle<sup>5</sup>. Cela suppose de mettre en évidence les éventuels enjeux de la localisation en terme de pratique, de s'interroger sur une hiérarchisation spatiale des lieux d'exercice qui soit susceptible d'entraîner, comme c'est le cas pour d'autres professions, des stratégies de mobilité, et sur les effets de sa transformation dans le temps. Les différences de conditions d'exercice du métier liées au lieu d'exercice renvoient notamment aux différences de comportements des malades face à la santé et face à l'institution médicale. La localisation du lieu d'exercice, pour autant qu'elle amène la fréquentation d'une clientèle locale aux caractéristiques particulières, peut avoir des effets sur les pathologies à traiter – tel généraliste en

---

<sup>5</sup>. Nous avons pu faire le même type d'analyse pour les aides-soignantes et leurs parcours à travers les différents postes qui leur sont proposés dans les hôpitaux (Arborio, 2001 : 243-291).

devient un "spécialiste" informel ou développe des relations privilégiées avec tel type de spécialiste – , ou sur les relations avec cette clientèle dont Freidson a déjà montré qu'elles étaient orientées par les caractéristiques sociales de celle-ci (Freidson, 1960). Cela vaudrait en tout cas pour la catégorie – dont l'existence peut être interrogée – de "médecin de quartier". D'autres médecins ont sans doute des pratiques – et des carrières – à l'enracinement local moins marqué, que ce soit par leur clientèle, leur réseau de collègues, leur appartenance à des sociétés savantes ou à des groupements professionnels, etc. La mise en question de ces catégories et de leurs contours constitue un aspect de cette étude.

Toutes les questions soulevées ici concernant les médecins dans la ville renvoient à deux questions plus larges : celle de la qualification sociale d'un espace dont on cherche à caractériser la mixité sociale en se concentrant sur une profession particulière qui ne saurait être dominante dans tel ou tel quartier mais dont la présence structure un peu de la circulation dans cet espace, et celle de l'effet de l'appartenance à un espace sur les destinées professionnelles. Les enjeux sont donc doubles : en termes de connaissance de la ville, prenant en compte les effets de la présence médicale dans certains quartiers, et en termes de réflexion sur la profession médicale, affinant la connaissance que l'on a de ses divisions et structurations avec une attention particulière à ce qui fait l'"élite" médicale dans une grande ville, en lien avec l'université et avec l'hôpital mais sans exclure d'autres formes de notabilité qui avaient déjà cours dans le passé lorsque les universités étaient moins nombreuses.

### **III. Un recueil de matériaux multiples**

Du point de vue des matériaux mobilisés, cette recherche s'inscrit dans la continuité de mes précédents travaux comme une recherche empirique sans exclusivité de méthode. Des matériaux multiples doivent être recueillis pour répondre à l'ensemble des questions posées. La combinaison de ces différents matériaux est nécessaire pour que chacun fasse sens selon le principe de la "mosaïque scientifique" énoncé par Howard S. Becker (1986).

Les professions considérées ici présentent plusieurs caractéristiques qui orientent la mise en œuvre de l'enquête et l'analyse. Tout d'abord, ce sont des professions qui s'adressent à un public, à une clientèle, ce qui suppose leur visibilité, notamment dans la rue, à commencer par la plaque apposée à l'entrée de l'immeuble. Cela autorise l'utilisation d'une démarche ethnographique mettant en œuvre l'observation systématique de ces lieux d'exercice : un relevé a ainsi été fait au cours de l'été 2001 concernant les lieux d'exercice des professionnels de santé rue de la République. Dans les immeubles de cette rue dont la quasi totalité a été longtemps la possession d'un unique propriétaire bailleur, les imposantes façades haussmanniennes contrastent avec des cages d'escalier souvent dégradées. Les peintures sont anciennes et s'écaillent, les ascenseurs sont parfois en panne, les escaliers rarement balayés ; seul le hall d'entrée semble concerné par l'entretien courant réalisé par

une entreprise de nettoyage. Pour les professionnels de santé qui exercent en étage (par rapport à ceux qui exercent en rez-de-chaussée dans d'anciens commerces), cela signifie que la clientèle est contrainte de traverser ce décor. Cela n'a peut-être pas de prise sur le prestige du médecin ou sur la nécessité de le consulter, d'autant moins que la gestion de la société immobilière propriétaire de ces immeubles est vue comme négligente par l'essentiel de la clientèle du quartier. Certains des professionnels de santé pensent toutefois que cela a suffisamment d'importance pour tenter de faire pression sur cette société afin de l'amener à réaliser des travaux prioritairement dans leur immeuble, voire pour rénover à leurs frais la cage d'escalier, du moins dans la partie qui mène à leur porte, en général située dans les premiers étages.

L'exigence de visibilité qui pèse sur des professionnels comme les médecins les amène à être en outre présents dans les annuaires téléphoniques et, autrefois, dans les guides de commerce divers comme *l'Indicateur marseillais* ou dans d'autres répertoires de professionnels à l'usage de la corporation comme le *Guide Rosenwald*. Le premier a été dépouillé systématiquement pour toute la période 1865-1900 concernant la rue Impériale devenue rue de la République, l'autre a fait jusqu'ici l'objet d'un usage plus ponctuel de recoupement d'information. Une fois le corpus des professions concernées par la recherche établi, chacune des listes de professions concernées de l'édition d'une année a été parcourue, d'abord à la recherche de ceux qui avaient une adresse dans la rue concernée. Les renseignements donnés par *l'Indicateur marseillais* permettent de construire un tableau portant pour chaque praticien les informations suivantes : nom et prénom, profession, adresses successives, date de l'édition de *l'Indicateur marseillais* où le nom apparaît à telle adresse pour la première fois, autres mentions (horaires de consultation, spécialités, titres divers comme ex-interne des hôpitaux, etc..., que celles-ci suivent la mention de leur nom ou soient présentes dans les encarts publicitaires de plus grande taille). Les pages où sont précisés les titulaires de postes administratifs, de chaires d'enseignement à l'école de médecine, les membres de sociétés de bienfaisance, de sociétés philanthropiques ou savantes, etc. permettent d'ajouter des informations sur la participation à la vie sociale de certains. Des annuaires plus sélectifs socialement peuvent être utilisés en complément, l'inscription pouvant être perçue comme un indice de notabilité de l'inscrit ou d'appartenance à une certaine élite, ce qui constitue une "réponse pratique à la question de la frontière de la bourgeoisie locale comme groupe social" (Zalio, 1999 : 97). Dans le *Tout Marseille*, quelques médecins figurent à la fin du XIXe siècle quand peu de membres d'autres professions de santé y trouvent leur place. Dans une ville alors dépourvue de faculté de médecine, ne disposant que d'une école de médecine, les ressorts de l'appartenance à une "élite" locale ne sont pas les mêmes que pour les "élites de la République"<sup>6</sup> : l'enseignement et l'exercice hospitalier en font partie mais aussi les liens avec le pouvoir municipal, la participation à la médecine sociale, notamment par le biais de sociétés philanthropiques, etc.

---

<sup>6</sup>. Les médecins compris dans l'étude de Christophe Charle font partie des élites universitaires (Charle, 1987).

En complément de ces dépouillements, une autre source mérite d'être mobilisée : les recensements de population pour lesquels on dispose de listes nominatives<sup>7</sup>. Les recensements de 1872 à 1901 ont déjà été dépouillés concernant la rue de la République<sup>8</sup>. Dans chacun des cahiers, on a recherché l'ensemble des professionnels de santé qui s'étaient déclarés sous telle ou telle appellation concernée en y ajoutant les "étudiants en médecine" dont la situation du moment ne justifiait pas une inscription dans l'*Indicateur marseillais* sous une rubrique professionnelle mais dont la présence pouvait être relevée dans les listes nominatives, avec pour enjeu de situer la première installation en libéral dans l'éventuelle continuité de la résidence comme étudiant. Sur chaque individu déjà identifié lors de la recherche sur l'*Indicateur marseillais*, figurent des informations complémentaires comme la date de naissance, le lieu de naissance, la composition du ménage dans lequel est recensé l'individu qui nous intéresse, ce qui donne quelques éléments sur sa vie familiale (conjoint, enfants), sur son milieu social (profession de ceux-ci, de ses parents ou beaux-parents le cas échéant, présence de domestiques plus ou moins nombreux).

Ces compléments d'information n'ont pu être apportés pour l'ensemble des professionnels identifiés dans l'*Indicateur marseillais*. C'est bien sûr le cas des individus n'ayant exercé dans la rue de la République que sur une brève période entre deux recensements. C'est aussi le cas de quelques autres professionnels qui, d'après les dates des éditions de l'*Indicateur marseillais* où ils figuraient, auraient dû être présents dans la rue au moment de tel ou tel recensement. Sur cette divergence, on peut faire au moins deux hypothèses : le professionnel concerné, tout en exerçant rue de la République, est domicilié à une autre adresse où il se fait recenser, ou bien l'*Indicateur marseillais* ou les listes nominatives comportent des erreurs. Inversement, parmi les professionnels de santé relevés dans les listes nominatives du recensement, certains étaient inconnus de la source de l'*Indicateur marseillais*. La fiabilité de cette source est-elle remise en cause par ces divergences ? Là encore, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Certains professionnels ne se sont peut-être pas inscrits dans l'*Indicateur marseillais* en dépit de l'intérêt commercial apparent : celui-ci dépend en fait de leur type de clientèle, du recours que celle-ci a de ce type de guide payant. Certains médecins n'ont en outre aucun intérêt commercial à la déclaration dans l'*Indicateur marseillais*, s'ils exercent sans avoir de cabinet ouvert au public. C'est le cas de médecins exerçant exclusivement dans des hôpitaux, dispensaires, bureaux de bienfaisance, entreprise, etc. Cette hypothèse vaut pour un certain nombre de médecins dont on a retrouvé mention dans le *Guide Rosenwald* comme les médecins des compagnies maritimes, nombreux à Marseille<sup>9</sup>. Certains médecins sont peut-être domiciliés rue de la République, et y sont recensés à ce titre, mais exercent en cabinet ailleurs. C'est

---

<sup>7</sup>. D'autres travaux utilisent cette source pour l'étude d'une rue comme ceux de Paul-André Rosental sur la rue Wacquez-Lalo (Rosental, 1996), ou ceux d'Antoine Prost sur la rue de la Goutte d'Or et la rue Polonceau à partir des recensements de 1926, 1931 et 1936 (Prost, 1998).

<sup>8</sup>. Arch. dép. des Bouches-du-Rhône, 6M160, 6M161, 6M165 pour 1872, 6M209, 6M210, 6M214, 6M215 pour 1876, 6M239, 6M240, 6M244, 6M245 pour 1881, 6M267 à 269, 6M271, 6M272 pour 1886, 6M296, 6M299, 6M300 pour 1891, 6M322, 6M323, 6M326, 6M327, 6M328 pour 1896 et 6M354, 6M355, 6M359 à 361 pour 1901.

<sup>9</sup>. Par exemple dans l'édition de 1896, le *Guide Rosenwald* fait état de 74 médecins et de 18 officiers de santé affectés aux compagnies maritimes.

par considération de cette dernière hypothèse que ces individus ont été systématiquement recherchés dans une troisième phase, de retour à l'*Indicateur marseillais*, pour vérifier s'ils étaient mentionnés comme professionnels avec une autre adresse<sup>10</sup>.

Par rapport à d'autres professions, les professions de santé présentent une autre particularité qui oriente l'enquête : elles sont réglementées. Cette réglementation n'est certes pas identique pour toutes et le processus de sa mise en place se fait selon une chronologie spécifique à chacune (Aïach, Fassin, 1994). Il en résulte aujourd'hui un ensemble d'obligations, notamment en termes de déclarations à l'administration (ou à des institutions spécifiques comme le Conseil de l'Ordre) qui rend possible l'utilisation de sources administratives permettant des comparaisons homogènes avec des appellations conventionnelles dûment contrôlées. En contrepartie, la population concernée est nécessairement limitée à l'ensemble prédéfini des professionnels qui entrent dans le cadre réglementaire. A l'exclusion donc d'autres, comme par exemple certains spécialistes de médecine chinoise parfois en activité dans des quartiers à forte présence asiatique. Concernant les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, on peut consulter auprès des DDASS, le système automatisé de gestion des listes départementales de médecins dénommé ADELI, mis en place par un arrêté émanant du Ministre de la santé<sup>11</sup>. Ce fichier, dont certaines informations fixées par l'article 3 de l'arrêté sont accessibles au public, peut être exploité en lui-même pour une étude quantitative de l'implantation des médecins à différentes échelles ; son mode de gestion et d'utilisation par l'administration et par les professionnels est aussi un matériau pour l'enquête : parmi ses finalités officielles énoncées à l'article 1, on relève l'élaboration de statistiques de démographie médicale tant au plan local que national, notamment "aux fins d'une meilleure planification de la profession" ainsi que l'éclairage du choix des "jeunes médecins à la recherche d'un lieu d'implantation" qui peuvent consulter dans les cellules d'accueil des DRASS les documents nécessaires.

Enfin, des entretiens biographiques avec des médecins sont nécessaires pour reconstituer les carrières de ces professionnels dans leurs dimensions objective et subjective, pour comprendre la dynamique des relations sociales entre professionnels de santé dans un espace urbain où l'on suppose que jouent des formes d'interconnaissance qui ne peuvent être révélées que par une approche monographique. C'est plus précisément le rapport au quartier et à l'espace urbain qui est interrogé chez ces professionnels de santé, avec un double intérêt pour leurs trajectoires professionnelle et résidentielle. Le processus d'installation – ou des installations successives – est particulièrement détaillé ainsi que les autres lieux d'exercice éventuels (autre cabinet, rattachement à un établissement situé dans un autre quartier), les lieux de résidence successifs. A chaque fois sont précisés les effets perçus de cette implantation sur la clientèle rencontrée. Les liens avec le milieu

---

<sup>10</sup>. Cet annuaire comporte plusieurs répertoires : par professions, mais aussi par ordre alphabétique sur l'ensemble de la ville et par numéro de rue.

<sup>11</sup>. Arrêté du 23 septembre 1981, publié au *Journal Officiel* du 16 octobre 1981.

professionnel, local ou non, l'inscription dans un réseau de collègues ou de professionnels de santé plus largement doivent également être mis au jour par ces entretiens.

## Conclusion

[...]

## Bibliographie indicative

Aïach Pierre, Fassin Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 2001, 364 p.

Arliaud Michel, *Les Médecins*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 1987, 128 p.

Arliaud Michel, Robelet Magali, "Réformes du système de santé et devenir du " corps médical """, *Sociologie du travail*, 2000, pp. 91-112.

Baszanger Isabelle, "Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes", *Revue française de sociologie*, XXII (2), 1981, pp. 223-245.

– "La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale", *Sociologie du travail*, 1983 (3), pp. 275-294.

Becker Howard S., "The Career of the Chicago Public School Teacher", *American Journal of Sociology*, vol. 57, 1952, pp. 470-477, repris dans *Sociological Work. Method and Substance*, New Brunswick, Transaction Books, 1977 (1970), 358 p.

– "Biographie et mosaïque scientifique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 2-3, 1986, pp. 105-110.

Bertaux-Wiame Isabelle, "Profession, résidence et famille : analyse de quelques configurations résidentielles des indépendants", in Catherine Bonvalet, Anne Gotman, Yves Grafmeyer (Dir.), *La Famille et ses proches. L'aménagement des territoires*, Paris, INED-PUF, Coll. Travaux et documents, 1999, pp. 183-204.

Bui Dang Ha Doan, *Les Médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire*, Paris, Publication du Centre de Sociologie et de démographie médicale, 1984.

Bungener Martine, "Une éternelle pléthore médicale", *Sciences sociales et santé*, 1984, n° 1, pp. 77-110.

Charle Christophe, *Les Elites de la République*, Paris, 1987.

Dodier Nicolas, Camus Agnès, "L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital", *Annales H.S.S.*, juil-déc 1997, pp. 733-763.

Fassin Didier (Dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, Coll. Recherches, 1998, 238 p.

Faure Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe–XIXe siècles)*, Paris, Anthropos, Coll. Historiques, 1994, 272 p.

Fournier Pierre, Mazzella Sylvie, 2001a, "L'haussmannisation de la rue de la République à Marseille : l'échec d'une spéculation foncière ?", in André Donzel (Dir.), *Métropolisation, gouvernance et citoyenneté dans la région urbaine marseillaise*, Paris, Maisonneuve et Larose, 2001, pp. 387-403.

– 2001b, "Quelle temporalité pour l'analyse d'une spéculation foncière ? L'haussmannisation de la rue de la République à Marseille", *Cahiers du Centre de recherches historiques*, EHESS, n° 26, pp. 173-188.

Freidson Eliot, *La Profession médicale*, Paris, Payot, Coll. Médecine et sociétés, 1984 (1970), 369 p.

– "Client control and medical practice", *American Journal of sociology*, n° 65, 1960, pp. 374-382, traduit par Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, Paris, La Haye, Mouton, 1970, pp. 225-238.

Grafmeyer Yves, *Habiter Lyon. Milieux et quartiers du centre ville*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1991.

Grafmeyer Yves, *Les Gens de la banque*, Paris, PUF, Coll. Sociologies, 1992, 286 p.

Guillaume Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Association pour l'histoire de la sécurité sociale, 1996, 319 p.

– *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Editions de l'Atelier, 2000.

Guyot Jean-Claude, Héraut Bruno, *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, Bordeaux, Editions de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Hatzfeld Henri, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Editions ouvrières, 1962.

Herzlich Claudine, Bungener Martine, Paicheler Geneviève, Roussin Philippe, Zuber Marie-Christine, *Cinquante ans d'exercice de la médecine libérale en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*, Paris, Doin, Editions INSERM, 1993, 274 p.

Herzlich Claudine, *Médecine, maladie et société*, Paris, La Haye, Mouton, 1970, 318 p.

Hughes Everett C., *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, 344 p.

Knibiehler Yvonne, "Les premières femmes médecins à Marseille (1870-1950)", *Sextant*, n° 3, hiver 1994-1995, pp. 187-199.

Jaisson Marie, *Les Lieux de l'art. Etude sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, Thèse pour le doctorat de sociologie de l'EHESS, sous la direction de Pierre Bourdieu, 1995, 600 p.

Léonard Jacques, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier Montaigne, Coll. Historique, 1981, 386 p.

Mormiche Pierre, "Pratiques culturelles, profession et consommation médicale", *Economie et statistique*, n° 189, 1986.

Muel-Dreyfus Francine, "Le fantôme du médecin de famille", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, 1984, pp. 70-71.

Peneff Jean, *L'Hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, A.-M. Métailié, Coll. Leçon de choses, 1992, 258 p.

Prost Antoine, "La rue de la Goutte d'Or et la rue Polonceau entre les deux guerres", *Le Mouvement social*, 1998, n° 182, pp. 9-27.

Quemin Alain, *Les Commissaires-priseurs. La mutation d'une profession*, Paris, Anthropos, Coll. Sociologiques, 1997, 534 p.

Rosental Paul-André, "La rue mode d'emploi. Les univers sociaux d'une rue industrielle", *Enquête. Anthropologie, histoire, sociologie*, n° 4, 1996, pp. 123-143.

Weisz George, "Les transformations de l'élite médicale en France", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 9, 1988, pp. 33-46;

Zalio Pierre-Paul, *Grandes familles de Marseille au XXe siècle. Enquête sur l'identité économique d'un territoire portuaire*, Paris, Belin, Coll. Socio-histoire, 1999, 315 p.