



Les actes de langages des professionnels : illustration de l'évolution inachevée de l'action publique de la santé

Lise Monneraud

► To cite this version:

Lise Monneraud. Les actes de langages des professionnels : illustration de l'évolution inachevée de l'action publique de la santé. Colloque international Actes éducatifs et de soins : entre éthique et gouvernance, Atelier " L'acte éducatif et de soin approché par les échanges langagiers ", Jun 2009, Nice, France. halshs-00403182

HAL Id: halshs-00403182

<https://shs.hal.science/halshs-00403182>

Submitted on 12 Apr 2022

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.

Les actes de langages des professionnels : illustration de l'évolution inachevée de l'action publique de la santé

Lise Monneraud

Docteur en science politique, Université de Bordeaux, Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, Laboratoire SPIRIT, CNRS, lmonneraud@yahoo.fr

L'étude des pratiques langagières des professionnels du champ de la santé met en lumière des évolutions en cours des cadres cognitifs et des modes de prise en charge. Les acteurs tentent de réaménager leurs façons de penser et de faire. Ce qu'ils disent de ce qu'ils font illustre ces évolutions. Par leur expression ils travaillent à reconstruire les répertoires d'action donc les pratiques. Les contenus signifiants de l'action sanitaire qui apparaissent dans le discours des acteurs permettent ainsi de comprendre les contours et les ressorts de l'action collective. Ce discours révèle une période où les frontières entre santé et santé publique, soin et prévention, se brouillent. Le flottement des catégorisations dans les façons de dire, les interactions et superpositions entre des systèmes de sens qui pour certains étaient historiquement distincts, témoignent d'un processus en devenir de réforme des pratiques.

santé, action publique, expression, actes de langages

La santé connaît aujourd'hui un mouvement de renouvellement des cadres de pensée. Le modèle curatif individuel est déstabilisé par différentes crises sanitaires (ESB, sang contaminé, Sida...) et par la nécessité avérée de traiter la santé comme un problème public global bien au-delà du soin. Ce dernier ne peut en effet, à lui seul, solutionner les inégalités de santé, ni assurer le bien-être psychosocial et ne peut être pleinement efficace sans que lui soit adjointes des démarches préventives et éducatives. En somme, l'action publique de la santé témoigne d'une progressive intégration de l'approche de la « santé globale » promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La santé publique, donc l'approche préventive et collective, est réenvisagée comme une conception efficace de l'action sanitaire et comme une stratégie légitime pour les pouvoirs publics. Ainsi, J.-F. Mattei, ministre de la Santé du gouvernement Raffarin, soulignait en 2004, qu'« un système de santé doit marcher sur deux jambes : les soins et la santé publique », signifiant un enrichissement du modèle d'intervention historique par une alliance d'une part entre soin curatif et prise en charge sociale, d'autre part entre prise en charge individuelle et dispositifs collectifs¹.

Dans ce contexte, les acteurs tentent de réorganiser à la fois leurs modes de penser et de faire. Ils procèdent à l'adoption de nouveaux référentiels qu'ils incorporent à leurs pratiques². Mais cette adoption n'est que relative : elle est fonction des expériences de terrain, de l'opportunité pour les acteurs, ainsi que de leur positionnement dans l'action collective.

Les pratiques langagières des professionnels du monde de la santé, porteuses d'expressivité et de réflexivité, témoignent d'une période d'ambiguïté dans la définition des termes de l'action. Apparaît une convergence des idées entre les notions de « santé », « santé publique » et « soin ». En même temps des catégorisations anciennes persistent, intériorisées et véhiculées par les acteurs, bien qu'elles trouvent de nouveaux agencements. Les notions qui circulent et jalonnent le monde de la santé s'avèrent d'une grande plasticité et c'est finalement la construction du sens de l'action sanitaire qui apparaît problématique.

¹ Interview menée par *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 18, octobre 2004.

² Les référentiels sont conçus comme des cadres cognitifs et normatifs qui définissent des principes d'action et les valeurs devant être respectées dans le traitement des problèmes.

En s'exprimant sur ce qu'ils font, les acteurs de terrain construisent leur action, tout en produisant de la justification. Leur langage est donc conçu comme une clef de compréhension des enjeux et des processus d'action publique : il est révélateur de la relative imposition de nouveaux cadres cognitifs, en donnant la mesure de leur intériorisation et de leur utilisation sur le terrain ; mais il a également une dimension performative, dans le sens où il peut également être un vecteur de construction et de déploiement des normes d'action au quotidien³. Par leurs actes de langages, les acteurs font donc bien quelque chose, à savoir réformer le système de sens et d'action dans lequel ils évoluent. Reformuler se rapproche alors de réformer, puisqu'à travers les pratiques langagières des acteurs, ce sont les frontières de l'action sanitaire qui se déplacent et ses enjeux qui se transforment.

Il paraît donc intéressant d'étudier le discours des acteurs de terrain pour comprendre dans quelle mesure et dans quel sens l'action sanitaire évolue. Si l'on constate une relative transformation de la logique du tout curatif, par l'adjonction de logiques préventives, collectives, psychosociales, on ne se trouve pas encore pour autant dans une intervention globale puisque des cloisonnements perdurent. Les mots des acteurs incarnent ainsi la période d'entre-deux du système de santé français.

Notre analyse se fonde sur une enquête menée dans la région Aquitaine, auprès d'acteurs locaux hétérogènes affichant tous un investissement dans l'action sanitaire : professionnels de santé évidemment, mais aussi gestionnaires d'établissements de soins ou encore agents de services déconcentrés et de collectivités locales. Ce qu'ils disent de ce qu'ils font est saisi par une série de 80 entretiens semi directifs menés d'avril 2007 à mai 2008 et l'observation de réunions et groupes de travail.

Les pratiques langagières révèlent une complexification des référentiels de l'action sanitaire qui se traduit par un brouillage des frontières entre des concepts et catégories parfois traditionnellement opposés tels que santé et soin, soin et santé publique, ou encore soin et prévention. Le discours des acteurs met en lumière des rapports complexes et non stabilisés entre le champ du soin et celui de la santé publique censés se mêler dans une démarche de santé globale qui n'est pour l'instant pas pleinement réalisée. Ce sont bien les reformulations et le brouillage relatif des définitions qui rendent possible l'intégration progressive de différents champs d'action, par un rapprochement des idées et des manières de faire. Il est donc intéressant d'observer à la fois comment les catégories traditionnelles sont utilisées et reformulées par les acteurs, pour ensuite envisager comment soin et santé publique trouvent de nouveaux arrangements.

Des catégorisations sans cesse reformulées par les acteurs

Le discours des acteurs de terrain montre que les catégorisations et notions anciennes continuent de marquer les idées et partant les pratiques, mais subissent des remaniements, des reformulations qui sont une première étape au rapprochement des secteurs d'action. L'usage de la notion de « santé » se prête ainsi aux déplacements de sens, de sorte que sous une même appellation peuvent graviter des visions, des perspectives diverses. Aussi l'interaction entre les parties prenantes du monde de la santé se maintient-elle sans qu'un sens commun soit *in fine* stabilisé, ni qu'aucune définition n'apparaisse infiniment meilleure que les autres. Cette dynamique permet l'intégration de divers sens et la confrontation de vocabulaires parfois historiquement opposés.

Les catégorisations en termes de « santé », « santé publique », « soin », sont utilisées de manière redondante et continuent de faire sens. Elles permettent de structurer la pensée et l'action. Plusieurs acteurs ont d'ailleurs exprimé clairement des catégories sans lesquelles il leur paraît impossible de penser l'action sanitaire. Selon un médecin de PMI « il y a plusieurs volets dans la santé, il y a le volet soins, il y a le volet prévention et il y a le volet financement ». Dans le même

³ J.- L. Austin, *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil, 1962.

sens, une élue municipale justifie l'absence d'hostilité des médecins par rapport à son action en santé, par le fait qu'ils « trouvent ce que nous faisons complètement complémentaire, dans la mesure où on est sur le volet de l'amont. On est quand même dans la prévention. Puisqu'on ne va pas se mettre sur le soin ».

Néanmoins, bien que ces catégories discursives soient persistantes dans le discours, leur contenu varie considérablement d'un acteur à l'autre, indépendamment de l'appartenance professionnelle.

Selon une première construction de sens développée lors des entretiens, « santé » signifie « soin » par opposition à « santé publique », ce qui revient à une définition restrictive. Une conseillère municipale oppose par exemple « la santé en elle-même » qui relèverait plutôt de l'Etat, à « la prévention », thématique dans laquelle les collectivités auraient plus de marges d'action. Un agent du Comité Régional Aquitain d'Education pour la Santé considère que l'Assurance maladie est financeur de la « santé ». Un inspecteur de Direction départementale des affaires sanitaires (Ddass) reprend un découpage identique en séparant explicitement d'une part la santé, c'est-à-dire l'organisation des soins, et d'autre part la santé publique domaine englobant, réunissant « beaucoup d'autres choses ».

Cependant, une seconde construction des référentiels est à l'œuvre et contredit la logique précédente. Chez d'autres acteurs, parfois au sein de la même institution, voire chez les mêmes personnes mais lors d'une séquence différente du discours, la « santé » signifie une problématique globale, justement par opposition à « soins ». C'est ici au contraire une définition très élargie qui est exprimée. Une maire adjointe considère la santé comme « une grande question » qui dépasse les problématiques médicales. De la même manière, selon un agent de Centre communal d'action sociale travaillant dans un atelier « Santé Ville », « nous on travaille sur la santé, les médecins travaillent sur la maladie. C'est très différent ».

Les acteurs cherchant à expliquer ce qu'ils font utilisent ces deux définitions, restrictive ou englobante, sans toujours en préciser le contenu, et semblent en rester au niveau de la perception, même s'ils récitent parfois littéralement la définition de la santé édictée par l'OMS. Ils gardent en tête ce référentiel international, mais continuent d'établir des catégorisations qui sont elles-mêmes changeantes mais qui font sens pour eux et servent de base à leur démonstration. Ainsi les acteurs rencontrés peinent à délimiter strictement et une fois pour toutes les champs d'intervention.

Ce vocabulaire non stabilisé paraît significatif de la phase de transition cognitive que vivent les acteurs, cherchant en permanence à adapter leur discours au contexte de leur action, alors que les référentiels connaissent de perpétuels remaniements. D'une part en effet, les acteurs sont enjoins de développer des projets transversaux, pluridisciplinaires, dans une optique décloisonnée ou « globale », mais d'autre part, pour exister, se positionner, être intelligible et *in fine* se légitimer, il reste nécessaire d'entrer dans des catégorisations pré-établies, donnant accès aux formes de la reconnaissance. L'affichage des différences entre acteurs sert en effet à ces derniers pour se situer et pour justifier leurs modes d'action. Cette ambivalence du discours entre cloisonnement et convergence est donc en permanence réinvestie. En effet le discours en termes de globalité, d'action transversale est difficilement applicable en pratique. D'abord cette perspective recèle pour les acteurs le danger du « tout est dans tout » donc d'un brouillage des compétences et des légitimités. Par ailleurs, d'un point de vue stratégique, elle ne permet pas de s'inclure dans des réseaux de reconnaissance ou des flux de financements, ce qui reste une étape obligatoire pour s'engager concrètement dans l'action.

L'amalgame entre volonté de transversalité et reproduction des catégorisations ne relève d'ailleurs pas toujours de la stratégie discursive des acteurs. Ainsi, certains vont prôner l'action globale tout en l'illustrant par des catégories sectorielles assez hermétiques, tandis que d'autres vont reprendre le vocabulaire traditionnel et établir une nette différenciation entre « soin » et « santé » ou « soin » et « santé publique », sans toutefois être conscients du fait qu'ils expérimentent des dispositifs qui contredisent les catégories qu'ils s'étaient fixées au départ. Le

responsable local d'un atelier "Santé Ville" hésite par exemple lorsqu'il s'agit de qualifier son dispositif : il souligne en premier lieu que l'objet n'est pas de mener des actions directement axées sur le soin qui pourraient créer un conflit avec les professionnels de santé, mais plutôt d'informer la population ; mais il se ravise en évoquant la question du mal-être, donc des permanences de psychiatres au centre social de sa commune, parce que « ça c'est le soin finalement ». Au cours même de la séquence discursive, l'objet « soin » semble donc changer de contours et ne paraît plus si opposé au champ d'action de l'atelier "Santé Ville".

Les acteurs paraissent ainsi en proie à une sorte d'injonction paradoxale : ils expérimentent une interaction des définitions, un mouvement vers la « santé » au sens large, mais en même temps, pour agir, ils doivent rester dans des cadrages, reproduire des séparations. Certes, il faut penser en termes transversaux, mais en même temps être crédible, rester dans son champ légal de compétences ou entrer dans des « cases » de financement, donc être en conformité avec des cadres normatifs et cognitifs existants.

Le discours d'un médecin de santé public de la Drass est significatif de ce paradoxe permanent, agir transversalement tout en gardant cohérence et lisibilité :

« Bien sûr qu'il y a des moments où il faut savoir faire des liens. Enfin moi je crois qu'il faut structurer quand même. Parce que sinon tout est dans tout et on ne sait pas trop où on va. C'est vrai que la santé on a beaucoup élargi le champ et finalement... moi j'aime bien travailler dans le soin parce que c'est structuré. La prévention c'est intéressant mais ce n'est pas très structuré. C'est à dire que, y'a beaucoup de rhétorique mais des fois concrètement... c'est pas évident de rendre compte. Parce qu'il se passe des choses hein. C'est important la prévention, il faut redonner une place importante à la prévention. Il vaut mieux prévenir que guérir, ça c'est sûr. Mais en dehors de ça, je trouve qu'elle souffre du manque de structuration la prévention. Alors après il faut faire des liens bien sûr ».

Dans ces conditions, l'implication dans l'action sanitaire et la production de comptes-rendus sur cette action impliquent de procéder à un bricolage, pour reconstruire en permanence des domaines d'action légitimes, conformes à la fois à l'injonction de décloisonnement et aux catégories cognitives et administratives qui continuent de régir l'action. Cette double nécessité tend à renforcer les phénomènes de reformulation des catégories et des champs d'action.

Pour paraphraser Fassin, la santé ne se construit donc qu'« en se disant »⁴. Les catégories *a priori* sont refaçonnées et revues au cours de la mise en discours. Ainsi les frontières mêmes de l'intervention se déplacent, ce qui rend plus complexes les rapports entre les problématiques du soin et de la santé publique mais permet aussi leur interpénétration.

Action/rétroaction entre soin et santé publique

Les deux domaines d'action du soin et de la santé publique, que l'on sépare ou dont on recherche expressément l'alliance, continuent d'exister, nous l'avons vu, dans les représentations des acteurs. Cependant, les recoupements se multiplient, au point que l'on ne sait plus clairement aujourd'hui lequel des deux englobe l'autre. Les pratiques langagières des acteurs révèlent finalement une relation réciproque entre ces deux ordres de référentiels, qui renforce le caractère instable de l'action sanitaire.

En premier lieu, l'approche de santé publique est de plus en plus invoquée comme partie intégrante de l'organisation et des activités de soins. Une perspective aujourd'hui individualisée de la santé publique, au-delà de l'approche prophylactique et populationnelle classique, permet une intégration de la prévention dans l'acte même de soin.

La prévention peut être conçue comme l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Elle consiste donc à anticiper les phénomènes risquant d'entraîner ces derniers ou de les aggraver.

⁴ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 7-46.

Un lien matériel est admis entre le soin et la prévention dans le cadre du modèle médical traditionnel de la santé. On peut en effet distinguer trois stades de prévention, complémentaires mais distincts qui ne recèlent pas les mêmes enjeux : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Si la prévention dite « primaire » consiste à lutter contre des risques individuels, environnementaux ou sociétaux, avant l'apparition de tout problème de santé, donc en amont de tout acte curatif, les stades secondaire et tertiaire de prévention ne peuvent exister sans l'activité de soin. En effet, la prévention secondaire vise une baisse de la prévalence d'une pathologie⁵, par le dépistage et le diagnostic précoce. La prévention tertiaire vise, une fois la maladie déclarée, la baisse de l'impact des complications. Ces deux stades de prévention nécessitent logiquement la contribution des professionnels du soin, sans lesquels l'activité diagnostique et thérapeutique est impossible.

Mais le lien entre action curative et préventive s'approfondit aujourd'hui, car la place de la prévention primaire elle-même est reconnue au sein des activités de soin. Certaines pathologies ou problèmes de sociétés ont favorisé ce processus de convergence, dans le sens où elles ont représenté et représentent encore des défis à la fois médicaux et sociaux. La psychiatrie est à cet égard présentée comme pionnière, la sectorisation ayant permis une « sortie des murs », un soin « au plus près de la population », comme le souligne les directeurs d'hôpitaux psychiatrique. Finalement pour l'un d'eux, « même si ça ne se dit pas comme ça, c'est quand même une logique de santé publique ». Il en va de même du cancer ou du Sida, ou de la prise en charge des addictions. Les acteurs rencontrés chargés de ces problématiques, soit à l'hôpital, soit au sein des administrations, soulignent combien le volet santé publique doit être présent quand il s'agit d'organiser les soins. « Pour moi ça fait partie de mon travail. Ça devrait faire partie des missions des professionnels », confie par exemple un praticien hospitalier.

C'est d'ailleurs dans le cadre de ces pathologies que le développement des réseaux de santé est le plus significatif, nouveaux modes d'organisation des soins mais en même temps clairement présentés comme démarche de santé publique : un médecin hospitalier les voit comme des outils permettant de « glisser vers la prévention ». Un médecin de santé publique de la Drass souligne les « passerelles » entre soin et santé publique en cours de construction dans le monde hospitalier, s'agissant du cancer ou de la prise en charge des personnes âgées. Un inspecteur de santé publique détaille également les progrès accomplis sur cette thématique des addictions, par exemple par le recoupement avec les prises en charge en traumatologie :

« En matière de toxicomanie on crée des équipes de liaison et de soin en addictologie et en alcoologie. [...] Vous avez un accident d'automobile parce que vous êtes ivre mort et vous avez une fracture du crâne. Vous êtes passé par les urgences, on a fait l'analyse de sang avec un taux d'alcoolémie très important. Avant, qu'est-ce qui se passait ? Une fois qu'on avait soigné la fracture, rééducation et puis après plus rien. Donc l'équipe de liaison c'est le fait de dire "ah ! Fort taux d'alcoolémie, c'est peut-être une fois comme ça, mais c'est peut-être aussi quelqu'un qui est alcoolo dépendant ou au moins en usage nocif". Quand il va aller mieux et qu'il va commencer à aller en rééducation, il va recevoir la visite de quelqu'un d'un centre de soins spécialisé hospitalier, qui va le voir, qui va faire un bilan avec lui, et qui va travailler avec lui pour obtenir son adhésion, pour qu'à la sortie il ait immédiatement rendez-vous dans le centre le plus proche, avec son accord. Ce qui ne se faisait jamais avant ! »

Le Plan périnatalité 2005-2007 enfin, est présenté comme à cheval sur organisation des soins et démarche de santé publique tant par un médecin de PMI que par un chef de service hospitalier. C'est aussi le cas pour la prévention du cancer du sein, objectif prioritaire de santé publique, mais qui passe nécessairement par une mobilisation des soignants pour que l'impact sur la population soit significatif.

Les directeurs d'hôpitaux soulignent le renforcement de cette tendance à enrichir les démarches de soins par des approches de santé publique. L'un d'eux affirme :

⁵ Nombre de cas.

« La santé publique n'est pas l'affaire uniquement des médecins de santé publique. C'est l'affaire des médecins généralistes, c'est l'affaire des associations, c'est l'affaire des collectivités territoriales parce qu'elles ont des compétences, l'assurance maladie est un acteur important. »

Pour lui, l'exemple de la mise en place d'une campagne de dépistage du cancer du sein est significatif :

« Il faut que le gynécologue, le généraliste, les caisses d'assurance maladie, l'hôpital, les services de médecine préventive ou de médecine du travail s'investissent au maximum, sinon la cible est ratée. C'est ça qui est compliqué, mais c'est aussi la noblesse de notre métier d'articuler tout ça de façon à ce que l'objectif soit atteint en matière de santé publique. L'objectif majeur d'un hôpital, comme d'un professionnel de santé, c'est non pas de guérir ou de soigner, c'est de prévenir le risque. C'est là qu'on est performant. C'est quand non seulement on soigne, mais après qu'on diminue le risque populationnel sur une pathologie donnée. »

Au-delà des structures, la santé publique semble devenir un référentiel et même un facteur de légitimation des démarches pour les soignants, hospitaliers et libéraux. Plusieurs parmi ces derniers affirment avoir toujours été « très préventifs », même s'ils ne donnent pas forcément la signification de ce positionnement. Certains praticiens reprennent la définition élargie de la santé de l'OMS, et vont même jusqu'à dénoncer le discours sur la prétendue nouveauté des pratiques de santé publique. Les médecins généralistes affirment tout particulièrement « c'est ce qu'on fait. On fait ça depuis toujours », ou encore « Nous on le fait au quotidien ! » :

« Ce n'est pas écrit comme ça sur nos plaques mais, on prend en charge des gens et on les prend en charge dans leur quotidien, alors on sait où ils travaillent, comme ça se passe avec le conjoint, avec les voisins, s'ils sont au chômage... Nous, on est impliqués à 100% là-dedans. Donc quand on nous dit que la personne ce n'est pas juste un organe, on le sait depuis longtemps. Donc effectivement, la définition de la santé par l'OMS c'est le bien-être physique, psychique, etc. mais c'est la définition de la santé en général dans un cabinet de médecine générale. C'est notre quotidien, pour nous ça semble évident ! »

Ce discours est largement relayé par les représentants syndicaux :

« Il ne faut pas oublier que nous avons ça aussi dans notre convention : dans la dernière convention, à l'avenant 23, on parle de prévention... c'est vrai que ça faisait des années qu'on en parlait ... par exemple y'a des plans prévention contre l'obésité, ou même autour de l'enfant, y'a pas mal de plans, [...] on a déjà quand même quelque chose où les médecins participent à la prévention. »

L'intégration progressive des logiques de santé publique dans l'organisation des soins est enfin visible dans le discours des agents des organismes d'Assurance maladie, financeur principal de ces soins⁶. Le nouveau référentiel d'action de l'Assurance maladie, de payeur à « gestionnaire du risque maladie » va dans le sens d'une profonde intégration des missions de santé publique au « métier » de l'Assurance maladie, comme cela est souligné par les acteurs rencontrés dans les caisses primaires, directeurs comme représentants des partenaires sociaux. La gestion du risque constitue en effet une mission englobante de régulation de l'offre de soin, qui passe par le contrôle mais aussi sur l'information et la prévention visant à réduire la consommation de soins.

L'Assurance maladie effectue donc diverses interventions : cofinancements de campagnes de prévention, interventions directes (centre d'examens de santé gratuits dans les caisses primaires, financement du dépistage du cancer du sein, examens gratuits avec double lecture des radiographies...). Un président de caisse exprime nettement cette nécessité que son institution se positionne dans la perspective de santé publique, notamment s'agissant des réseaux de prise en charge des maladies dégénératives :

« C'est de la santé publique. Ce n'est plus de l'assurance maladie, c'est de la santé publique ! Mais on doit être présent ! On doit être présent puisque quelque part, on est financeur, donc on ne doit pas être un obstacle à ça. »

⁶ Leur mission de prévention est mentionnée dans le code de la sécurité sociale depuis la loi du 5 janvier 1988.

La convergence entre soin et santé publique suit cependant, de manière concomitante, la voie inverse : si la santé publique devient un volet du soin, l'organisation des soins apparaît comme un impératif de santé publique.

En effet les modes d'organisation des professionnels sur le territoire, les problématiques d'accès sont aujourd'hui très médiatisées et font l'objet de discours en termes de santé publique au sens d'enjeu sanitaire de société. Les préoccupations dites « de santé publique » tiennent souvent de l'argumentaire pour critiquer l'organisation des soins ou en justifier la réforme.

À un premier niveau, c'est la qualité des activités curatives qui est conçue comme un enjeu de santé publique, comme le montre les débats récents sur les infections nosocomiales ou iatrogènes. De même, l'urgence sanitaire, compétence détenue par les services déconcentrés de l'Etat, demande pour son organisation effective des plans de mobilisation des structures de soins ainsi que la formation des professionnels de santé.

Mais c'est surtout l'accès même aux soins d'un point de vue à la fois qualitatif et quantitatif sur l'ensemble du territoire qui s'impose comme un enjeu de santé publique. Il convient tout d'abord de rappeler un lien organique, simple mais essentiel, qu'ont établi les acteurs de l'Assurance maladie, entre financement du soin et les problématiques de santé publique, au-delà de la contribution de l'institution aux actions de prévention ou d'information. Car à l'échelle de la nation et sur la longue période, rendre la majeure partie de la population solvable afin qu'elle puisse se soigner contribue à améliorer les conditions de vie et de santé de la collectivité : « par définition, rien que le fait d'exister et de rembourser des soins ça contribue à la santé publique. [...] par définition l'Assurance maladie est un acteur de la santé publique essentiel » souligne un directeur de caisse primaire.

Par ailleurs, la démographie médicale, en termes géographique ou par spécialité, l'organisation du temps de travail des professionnels, loin de ne représenter que des enjeux catégoriels propres à la profession, deviennent des préoccupations majeures des pouvoirs publics, tant la qualité du système de santé, du point de vue de la performance technique et de l'utilité sociale, apparaît dépendante de l'architecture du système de soins. Les acteurs locaux abordent ainsi la question de l'accès au soin comme un enjeu de santé publique : certains insistent sur l'accès de tous aux soins de qualité égale, indépendamment du milieu social, donc sur le problème des « freins à l'accès », d'autres sur l'accès en termes géographique.

Cependant décideurs et professionnels envisagent aussi le problème de l'accès aux soins dans le temps et dans l'espace. Dans un système de santé fondé sur des soins primaires assurés par des médecins libéraux, donc libres de s'installer quand et où ils le souhaitent et de gérer librement leur temps de travail, les pouvoirs publics ne peuvent réellement assurer la régulation globale de l'offre et son adéquation avec la demande ou les besoins de soins de la population. Dans ces conditions, les thématiques de la permanence des soins, c'est-à-dire la continuité et l'égal accès aux soins sur tout le territoire, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux d'une part, de la démographie médicale d'autre part, s'imposent comme des controverses dans le champ de la santé publique, le droit à la protection de la santé étant une garantie constitutionnelle.

Ainsi les acteurs locaux ont largement inscrit la permanence des soins parmi les « problèmes de santé publique », notamment parce que la participation à la permanence des soins est fondée sur le volontariat : potentiellement le manque de praticiens volontaires pourrait signifier une absence pure et simple de services de soins dans certains territoires, avec toutes les conséquences au plan social et épidémiologique que cela peut supposer.

La problématique de la démographie médicale connaît des questionnements assez proches. Les inégalités territoriales de santé étant attestées, interroger le nombre de praticiens présents sur un territoire revient à la fois à améliorer les conditions d'exercice des médecins déjà en place en zones déficitaires ou rurales, tout en garantissant un accès matériel effectif aux soins pour les populations. Préoccupations professionnelles et santé publique apparaissent ici comme les deux

facettes d'un même problème public : garantir des conditions de travail acceptables dans les zones déficitaires ou désertifiées, donc favoriser l'exercice des soignants permet *in fine* de garantir aux populations le maintien d'une offre de soins sur leur territoire, donc de rendre effectif leur droit à la protection de la santé. L'organisation territoriale des services de soin, au nom de la santé publique, rejoint alors les préoccupations des offreurs de soins et de leurs instances ordinales.

Les évolutions des modalités de la pratique libérale sont caractéristiques de cette convergence entre souhaits des praticiens et préoccupations épidémiologiques et sociales portée par les décideurs publics : si les cabinets secondaires sont aujourd'hui autorisés, c'est pour répondre à une revendication ordinale, mais aussi pour permettre à des soignants installés en ville d'exercer à temps partiel dans des zones moins bien dotées en services de santé ; si l'exercice de groupe est largement soutenu par les pouvoirs publics, c'est autant pour alléger la gestion quotidienne des cabinets que pour favoriser des implantations pluridisciplinaires en zones rurales ; si l'on accède au souhait de revalorisation des généralistes, dorénavant considérés comme des spécialistes, c'est aussi pour redonner de l'attractivité à la profession qui assure les soins primaires. Comme le souligne par exemple un professeur de médecine :

« Quand on parle de la médecine de proximité, de la médecine de famille, c'est de la santé publique, mais elle a disparu en France malheureusement. Mais si on revient à une véritable logique de médecine de proximité, pour les zones rurales, c'est de la médecine préventive. C'est le médecin de famille, avec toutes les problématiques où la maladie est là de temps en temps mais où il n'y a pas que la maladie. »

Une réunification des perspectives ?

Les actes de langage des acteurs de terrains révèlent un système de santé en recomposition, dans lequel la tradition du curatif et les référentiels de la santé publique trouvent de nouvelles formes d'interaction qui brouillent les frontières traditionnelles entre secteurs d'action. Les catégories discursives apparaissent comme autant de catégories pratiques, qui finalement reflètent la structure changeante de l'action sanitaire et produisent de permanents enrichissements des catégories de pensée et d'action.

Dans les représentations spontanées, soin et santé publique en tant que domaines mais également référentiels d'action publique sont liés par un mouvement d'influence et d'inclusion réciproque. Ceci pose la question d'une véritable réunification. Le soin et la santé publique peuvent être conçus, malgré des catégorisations persistantes dans le discours des acteurs, comme ne faisant qu'un, comme les deux facettes d'un même agir qui se déploierait en fait à travers les deux registres.

Les mêmes activités peuvent être catégorisées spontanément par les acteurs soit dans le soin soit dans la santé publique, et s'intègrent à la fois dans les deux ordres de référentiels. Ainsi, en « réorientant en partie des catégories de pensée, d'action et de jugement, déplaçant ou reformulant des enjeux »⁷, les acteurs s'adonnent à ce que Lascoumes a appelé un « transcodage ». Par cette notion héritée de la linguistique, Lascoumes traduit des « activités de regroupement et de traduction d'informations et de pratiques dans un code différent », puis de diffusion à l'intérieur et à l'extérieur d'un champ social, qui fait évoluer le signifié lui-même⁸. Les acteurs rencontrés paraissent travailler, consciemment ou non, à ce recyclage des idées qu'ils se font de la santé, faisant se rencontrer légitimement le soin et la santé publique. Ils continuent souvent de catégoriser, de raisonner en termes sectoriels, mais les définitions non stabilisées qu'ils donnent font s'entremêler les problématiques et montrent finalement que nous ne sommes pas en présence de secteurs strictement définis mais plutôt de compromis changeants. À travers le discours des

⁷ P. Lascoumes, « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". Analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in J. Chevalier, dir., *La gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, pp. 325-338, ici p. 334.

⁸ P. Lascoumes, *L'Écopouvoir : environnements et politiques*, Paris, La Découverte, 1994, p. 22.

acteurs, c'est donc un lien quasi organique entre le soin et la santé publique qui se fait jour, signe d'une relative pénétration, au moins dans les représentations, des approches de santé globale, de pluridisciplinarité ou de décloisonnement.

ASHTON J., SEYMOUR H., *The new public health*, Buckingham, Open University Press, 1988.

AUSTIN J.- L., *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil, 1962.

BERGER P.- L., LUCKMAN T., *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksiek, 1986 (première édition 1966).

BORRAZ O., LONCLE-MORICEAU P., « Permanences et recompositions du secteur sanitaire », *Revue française de sociologie*, 41, 1, janvier-mars 2000, pp. 37-70.

BOURDIEU P., *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.

BRUN N., « Ce que "prendre soin" veut dire », *Revue hospitalière de France*, n° 506, septembre - octobre 2005, p. 1.

DRULHE M., *Santé et société : le façonnement sociétal de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

FASSIN D., « Politique des corps et gouvernement des villes », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 7-46.

FASSIN D., *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, 2000.

FONTAINE J., HASSENTEUFEL P., dir., *To Change or not to Change? Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002.

FAURE A., POLLET G., WARIN P., dir., *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995.

GARFINKEL H., *Studies in ethnomethodology*, Malden MA, Polity Press, 1984 (première édition 1967).

GARRIGOU A., « Penser la santé », Garrigou A., dir., *La santé dans tous ses états*, Atlantica 2000, pp. 7-16.

GOFFMAN E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Éditions de Minuit, 1973, 2 volumes (première édition 1956).

GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de minuit, 1974 (première édition 1967).

GOFFMAN E., *Façons de parler*, Paris, Éditions de minuit, 1981.

JOAS H., *La créativité de l'agir*, Paris, Les Éditions du Cerf, 1999, 306 p.

JOBERT B., « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de sciences politiques*, vol. 42, n° 2, 1992, pp. 219-234.

JOBERT B., MULLER P., *L'État en action*, Paris, PUF, 1987.

LASCOUTES P., *L'Écopolitisme : environnements et politiques*, Paris, La Découverte, 1994.

LASCOUTES P., « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". Analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in J. Chevalier, dir., *La gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, pp. 325-338.

LEGMANN M., éditorial, « Le médecin doit pouvoir être heureux dans son travail », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 7, septembre 2007, p. 3.

LEGMANN M., éditorial, « Réhabilitons les compétences », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 9, novembre 2007, en ligne, page visitée le 28 novembre 2007.

MÉNY Y., THOENIG J.-C., *Politiques publiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989.

MULLER P., « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique », *Revue Française de Sciences Politiques*, vol 55, n° 1, 2005.

SCHWEYER F.-X., dir., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, École Nationale de la Santé Publique, 2004.

TABUTEAU D., *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Ophrys santé, Paris, 2006.

YANOW D., *How Does a Policy Mean? Interpreting Policy and Organizational Actions*, Washington D. C., Georgetown University Press, 1996.