

Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique

Mariana Lecarpentier, Dominique Lhuilier

▶ **To cite this version:**

Mariana Lecarpentier, Dominique Lhuilier. Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique. Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas. Innover contre les inégalités de santé, Presses de l'EHESP, pp.23-38, 2012, 10.3917/ehesp.brech.2012.01.0023 . hal-04046344

HAL Id: hal-04046344
https://cnam.hal.science/hal-04046344

Submitted on 25 Mar 2023

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.

Précarité, santé et soins : perspective psychosociologique

Mariana Lecarpentier, Dominique Lhuilier

L'analyse des tensions, voire des contradictions, entre l'évolution des besoins sanitaires et les transformations du système de santé ne peut être que pluridisciplinaire tant les dimensions impliquées sont nombreuses et leurs relations complexes. On retiendra ici, au titre de contribution à cette analyse, des travaux qui s'attachent à l'exploration du lien entre précarité et santé, comme ceux qui ont pour objet l'institution hospitalière et les professionnels de santé dans leur modalités de prise en compte de la précarité dans les dispositifs et pratiques de soins.

Santé et précarité

La problématique de la précarité impose de souligner d'emblée les deux sens de la précarité, ontologique et sociale. La précarité vitale tient à la vulnérabilité des structures organiques : la maladie, qui signale que « la mort est dans la vie » (Canguilhem, 2002), vient rappeler cette insécurité vitale, le plus souvent euphémisée ou déniée. Quant à la précarité sociale, elle s'inscrit dans la précarité vitale mais n'est pas déterminée par elle. Il faut donc reconnaître à la fois leurs déterminations propres et leurs interdépendances. Car toute vulnérabilité vitale tend à se prolonger dans une vulnérabilité sociale comme toute vulnérabilité sociale trouve son expression dans diverses formes de vulnérabilité vitale (dépressions, pathologies psychosomatiques, etc.).

Liens entre conditions de vie et états du corps

L'idée qu'il puisse y avoir une influence entre appartenance sociale et état de santé n'est pas récente ; elle semble même aujourd'hui acquise, confortée par les données des dispositifs statistiques sanitaires qui permettent d'observer et de mesurer l'état de santé des populations. Depuis le 19ème siècle, la mortalité différentielle a constitué l'entrée privilégiée pour révéler les inégalités sociales en matière de santé. Et aujourd'hui encore, on observe une augmentation des inégalités en matière d'espérance de vie.
En 1995, l'INSERM a initié un programme de recherche sur l'analyse des systèmes de soins et notamment sur la différentiation sociale de la santé. De ce programme est né un ouvrage collectif, fondé sur un premier constat toujours répété : l'aggravation progressive des inégalités sociales de santé : « non seulement les disparités physiques entre les individus ne sont pas fondées de manière absolue en nature, dans une sorte d'essence biologique de l'être humain, mais elles sont déterminées par les inégalités que la société institue » (Leclerc *et al.*;ii, 2000). Ces disparités sanitaires sont bien le reflet d'inégalités sociales structurelles qui dépassent largement le champ d'action du système de soin. De nombreuses études montrent que la variable « classe sociale » influe sur une multitude de caractéristiques de l'état de santé. Toutefois, les rapports entre « déterminants » tels que la classe sociale, ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, et l'état de santé semblent complexes : les risques socioprofessionnels renvoient à des dimensions psychologiques. L'étude menée par M. Bungener et J. Pierret en 1995 montre que le chômage peut avoir un effet pathogène dans la mesure où il suscite une angoisse liée à la perte du statut social et parce qu'il peut conduire à une précarisation. Selon cette étude, les chômeurs sont plus nombreux à déclarer être en bonne santé et à ne s'attribuer aucun symptôme alors qu'ils sont plus nombreux que

les actifs à présenter une « poly-pathologie » *(Bungener et al., 1995).*
L'emprise du social sur la santé et la maladie est toujours soulignée par l'épidémiologie : reste à reconnaître encore l'impact sur la santé de processus individuels d'évaluation et de gestion. Ceux-ci peuvent intervenir comme médiateurs ou modérateurs par rapport à des déterminants contextuels, à la fois physiques et sociaux. Ici, le contexte est abordé comme ensemble de contraintes et de ressources, comme système de relations et espace d'action pour le sujet. Le processus de précarisation est bien à la jonction du social et de l'individuel. Des recherches mettent en évidence des mécanismes psychosociaux au cours desquels des facteurs sociaux, des « événements de la vie », des variables individuelles ainsi que « la capacité de faire face » peuvent influer sur l'état biologique. Ainsi, on peut considérer que « la capacité à faire face » d'un individu ne tient pas seulement des traits individuels de personnalité mais est liée à des expériences sociales, au niveau d'insertion dans un entourage social lui permettant de mobiliser des ressources diverses plus ou moins importantes.
La clinique de l'extrême, telle que celle des dits « sans domicile fixe » (SDF) (Renaud, 1987 ; Bruchon *et al.*, 1994), « sans chez soi », est ici éclairante : elle révèle une conjugaison d'effets croisés, de pertes de sécurités et d'exclusions économiques, sociales, familiales et culturelles, ainsi que des facteurs relevant de pathologies individuelles (alcoolisme, polytoxicomanies, psychoses, etc.). Cette étiologie multifactorielle ne peut éluder la puissance mortifère de l'exclusion : celle-ci « au delà d'une certaine limite agit comme un virus qui en s'installant au cœur du sujet, le force à le reproduire à l'infini » (Declerck, 2001). Le dénuement et la souffrance liée à la vie dans la rue ont des conséquences psychiques importantes : le syndrome de la désocialisation, versant psychopathologique de l'exclusion sociale, est une pathologie du lien à soi-même, aux autres et au monde. Une désocialisation qui se traduit par un retrait psychique de l'espace corporel désinvesti : « dans les cas les plus graves, la désertification du sujet exilé au cœur de lui-même, coupé du sens de son passé, et sans avenir, s'accompagne souvent d'une chosification du corps. Celle-ci se manifeste par une indifférence à la douleur et par une tendance à ignorer l'urgence de pathologies somatiques parfois gravissimes ».

De la précarité au précariat

Le tableau dressé à propos de l'état de santé physique et psychique des personnes en situation de grande précarité est toujours plus dégradé que celui de la population générale. Mais au-delà de ces figures du clochard, du « sans chez soi », ou du chômeur de longue durée (Schwartz, 1990) ou du jeune en quête d'un improbable emploi (Dubet, 1987), il faut aujourd'hui élargir le champ de ce type d'analyses. En effet, des transformations considérables se sont opérées depuis une trentaine d'années et qui se traduisent par un développement du précariat, des conditions de déprivation et d'une culture de l'aléatoire. La précarité devient pour beaucoup un état, et non plus une situation transitoire, un état caractérisé par le manque, la perte. Le précariat est hétérogène : on y retrouve les travailleurs pauvres, les intermittents du travail, les dépendants de l'aide publique (RSA ou autre). Mais au-delà de cette hétérogénéité de situations, on retrouve cette même qualification d' « individu par défaut » : « c'est être profondément en défaut par rapport à la conception de l'individu dans une société qui en fait la valeur de référence et le définit par sa capacité d'autonomie et le fait de pouvoir assumer ses responsabilités. Lorsqu'on lutte au jour le jour pour sa survie, on n'est pas inscrit dans ces relations d'interdépendance, ces rapports d'échanges réciproques qui forment une « société de semblables. C'est aussi dire qu'il est bien difficile d'être un citoyen à part entière dans ces conditions » (Castel, 2009). Le sociologue, Serge Paugam s'interroge lui aussi sur les formes de la pauvreté contemporaine, pauvreté qui résulterait de la précarité, de l'absence de reconnaissance sociale et du mépris

social (Paugam, 2007). Son concept de processus de disqualification sociale souligne la double dimension de la perte d'un certain nombre de protections et d'une certaine insécurité sociale. La personne en situation de pauvreté voit sa position menacée. Le pauvre est désigné socialement comme appartenant à un groupe social dévalorisant et portant la marque de l'incompétence, de l'irresponsabilité sociale, de la paresse. La double dimension du manque d'appui et de vulnérabilité sociale caractérise le processus de disqualification sociale, processus qui expose le pauvre au regard méprisant mettant en relief son inutilité sociale.
L'évolution du regard que porte la société sur ses pauvres et sur les plus démunis passe d'une régression de l'explication de la pauvreté par l'injustice à la progression d'une explication par le manque de courage, l'irresponsabilité, la paresse, l'incompétence. Le sentiment qu'à l'égard des plus défavorisés, il faudrait inventer quelque chose d'autre pour éviter qu'ils « profitent » de l'assistance progresse, alors que dans le même temps les personnes qui sont dans la précarité ont de moins en moins confiance en elles mêmes, de moins en moins la capacité à chercher un emploi parce que leur santé s'est dégradée dans le temps et que la détresse psychologique agit comme un obstacle.

Phénoménologie de la précarité et souffrance psychosociale

Le phénomène de précarité modifie les modes de vie, les rapports entre individus, les rapports entre individus et la société. En s'interrogeant sur la précarité, on s'interroge sur l'humanité de l'homme d'aujourd'hui, au processus par lequel l'individu perd sa « voix au chapitre », (G. Le Blanc, 2007), son rôle social et sa reconnaissance. Alors que la vie ordinaire permet un « fonctionnement social » dans des espaces de liberté où l'on peut « jouer » avec les normes et les conventions sociales, la précarité apparaît comme altération, étouffement de ces jeux d'appropriation. La précarité sociale s'inscrit dans une précarité vitale au sens d'une expérience d'un avenir incertain, toujours risqué, qui efface l'avenir de la personne précaire et lui interdit toute projection d'elle-même. Si l'homme ordinaire peut être inventif, et en ce sens libre, dans son rapport aux normes sociales, sans prétendre y échapper, le précaire est dépourvu de visibilité et de possibilité de faire entendre sa voix dans l'espace public ; « homme sans qualités », sa disqualification l'empêche d'agir. Si la vie ordinaire est jeu, elle semble être prise dans une tension avec sa propre vulnérabilité, au sens d'un appel à l'autonomie. C'est dans cette tension que « joue » la vie ordinaire, un jeu qui ouvre l'espace de la créativité qui affirme et qualifie tout à la fois la personne. La vie précaire est le déclassement, sans espace ni temps de créativité de la vie ordinaire ; « la précarité expose à la méconnaissance de son humanité ». Le précaire ne peut plus être « créatif » à la norme puisqu'il n'est plus investi dans la norme. Dès lors, la vulnérabilité ne tient plus à une exposition de la personne à la norme, mais à une perte de soi auquel sont refusés la voix et le visage. Le précaire devient socialement invisible et inaudible.
La souffrance psychosociale se présente alors sous la forme d'une fragilisation narcissique avec cette problématique dominante de la perte : de l'emploi, du logement, du statut, de l'estime de soi, de la « voix »… « Perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même, en sa dignité d'exister, perte de confiance dans l'avenir. » (Furtos, 2005). Elle conduit à un effondrement narcissique du sujet qui ne manifeste plus aucune demande et qui tente d'anesthésier sa souffrance par l'inhibition de la pensée et des affects, par une insensibilité du corps, une rupture active d'avec les proches, une perte du souci de soi. Nombre de psychiatres font état des transformations des demandes qui se manifestent davantage sous des formes bruyantes, aiguës, de « crise », sous une apparence clinique volatile, labile. Elles traduisent la primauté de l'immédiateté, du passage à l'acte, de l'agir sur le dire.

Ainsi, la précarité apparaît comme un phénomène social d'une portée ample et complexe qui associe des problèmes d'accès au travail, de niveau de ressources, de possibilités des soins et de prévention, d'accès à une scolarité satisfaisante mais également d'isolement social et affectif (Lebas, 1996). Un cumul de fragilités sociales entraîne de véritables phénomènes de désaffiliation et de vulnérabilité sociale. La menace d'un phénomène épidémique s'explique, d'après Jacques Lebas, parce que la précarité favorise l'apparition et l'aggravation des maladies virales comme la tuberculose, et que la tuberculose est facteur de précarisation. La précarité vulnérabilise les personnes en les exposant à des maladies et des épidémies. Un processus de ségrégation fait des dispositifs de lutte contre l'exclusion de la protection sanitaire des générateurs de ségrégation et de mise à l'écart des personnes dont l'accès au système de soins hospitaliers est difficile (Lebas, 1996).
Pour G. Le Blanc (2008), il demeure possible de remédier aux effets délétères de la précarité en prenant conscience de l'ampleur de la souffrance psychique et sociale du précaire. Il soutient une « politique de soin », « clinique » dans certains cas de maladies engendrées par la précarité, mais plus généralement, de soin social. Le but de cette politique de soin serait de reconduire les vies précaires à leur capacité d'autonomie. Redonner sa capacité à se raconter, c'est rendre sa voix à une vie précaire ; l'histoire racontée dans la relation de soin épanouit sa singularité et favorise la création. Dans la relation de soin la personne réinvestit le jeu de réalisation des normes.

Précarité et pratiques de santé

Les pratiques de santé supposent un souci de soi et une démarche préventive que contrecarre l'impossible projection de soi dans le temps. Elles supposent encore une attention aux perceptions du corps, des sensations morbides et leur traduction en « symptômes ». Cette perception est « inégalement acérée dans les différentes classes sociales, comme les capacités à verbaliser les messages corporels, selon les catégories morbides savantes, sont elles aussi inégalement réparties » (Boltanski, 1971). L'identification des indices corporels qui peuvent annoncer une maladie et mener vers un processus thérapeutique est un travail de décodage complexe et incertain. L'influence sociale, le contexte dans lequel on est placé, les attentes que l'on a, le système culturel dans lequel on a été éduqué, jouent aussi un rôle déterminant dans l'attention portée à la douleur et aux sensations internes. Il s'agit bien de processus culturellement ancrés et insérés dans des contextes de contraintes et d'action. De plus, la précarité sociale s'accompagne d'une diminution des dépenses de consommation, y compris bien sûr des dépenses de santé. Le recours aux soins est plus tardif dans l'évolution de la morbidité, les pratiques préventives sont moins nombreuses et les plus démunis attendent que les symptômes soient plus criants avant de s'engager dans un traitement sanitaire. Pour les personnes précaires il n'est pas facile de prendre un rendez-vous pour une consultation à l'hôpital, d'arriver à l'heure, d'attendre dans une salle d'attente, d'avoir une apparence, un comportement et une odeur qui n'incommode pas les autres patients. Le recours aux soins n'est par leur première préoccupation et les urgences hospitalières constituent généralement leur premier contact avec le système de soins. Sans médecin traitant et peu soignés en amont des Urgences, les précaires font appel tardivement au système de soins, lorsque les pathologies sont avancées et qu'elles sont en situation grave. Ces personnes sont plus souvent que les autres amenées inconscientes à l'hôpital par les pompiers et dans un état sévère. Paradoxalement, elles y sont moins bien accueillies et souvent moins bien examinées. Leur accueil est souvent discriminant et l'hospitalisation rare et dans des cas extrêmes.
Un ensemble de processus peuvent donc contribuer à des « retards au traitement » ou « retards au soin » : il est défini comme « le temps qui s'écoule entre le moment où une personne remarque un symptôme et le moment où elle entre dans une prise en charge

médicale » (Morin, 2004). Il s'agit là d'une série d'étapes qui comprend le délai utilisé pour évaluer ce qui se passe et en inférer l'idée de maladie (retard d'appréciation), le temps passé à décider de recourir à une consultation médicale (retard à la consultation), le temps passé à prendre un rendez vous et la rencontre avec le médecin (délai de planning), le temps qui s'écoule encore entre la rencontre médicale et le début effectif du traitement.

D. Castiel *et al.* (2010) affirme que la précarité et son corollaire, la pauvreté, ne sont pas un vecteur de surconsommation médicale, bien au contraire. Les plus pauvres ne disposent pas des ressources culturelles leur permettant de s'adresser directement à un spécialiste, ont un moindre recours initial aux soins et de ce fait, il y aurait un effet « rattrapage » et de « remise en état », de prise en compte de tous les problèmes médicaux non traités auparavant, alourdissant ainsi leur prise en charge médicale à l'hôpital, situations auxquelles s'ajoutent les difficultés sociales. Si quantitativement, des disparités de recours aux soins entre les différents groupes sociaux expriment une consommation de soins plus importante chez les « cols blanc » suivis des paysans et ouvriers et enfin des commerçants et artisans, qualitativement le recours aux soins des classes populaires est curatif et l'hospitalisation est plus fréquente, alors que les classes supérieures consultent plus souvent à titre préventif et vont plus fréquemment consulter un spécialiste.
Les précaires sont les plus touchés par la « déconstruction du social », la déconstruction des solidarités, ce qui entraîne une perte de chance d'être soigné comme les autres, par l'exclusion du système de soins et du système social. Pour « répondre aux besoins de tous », afin de ramener les plus défavorisés à un état de santé intermédiaire, voire au niveau de santé des plus favorisés par des moyens peu coûteux, des médecins de santé publique attachés aux valeurs de solidarité sociale, d'égalité, d'accès aux soins accompagnent la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité. Cette démarche, génératrice d'économies pour le système de santé, répond, selon D. Castiel *et al.* (2010) à l'objectif de la santé publique qui est d' « agir dans l'intérêt des populations cibles, au nom aussi de la rationalité économique : par des moyens sociaux en agissant précocement ».

L'hôpital et la précarité

Le mot hôpital, étymologiquement, a une double origine: hostis, ennemi (qui donne hostilité), et hospes, hôte, qui signifie hospitalité, les deux termes renvoyant d'abord à l'idée d'étranger, le premier sens de ces deux mots étant même, à Rome, celui qui n'est pas Romain et à qui l'on doit égalité et réciprocité. Hôte et ennemi, hospitalité et hostilité, traitement égal et réciproque vis-à-vis de l'étranger, toutes ces significations en apparences hétérogènes et parfois contradictoires se retrouvent à la source étymologique de l'hôpital et Michel Foucault a montré comment elles se manifestent aussi à sa source historique, dans la mission caritative de l'hôpital public tout autant que dans sa fonction répressive à l'Age classique. Aujourd'hui encore, cette tension est singulièrement présente dans les établissements de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) entre hospitalité et inhospitalité à l'égard des pauvres à l'hôpital qui sont pris dans un paradoxe d'être à la fois désirés et indésirables.

Désirés, au sens fort, comme ceux qui justifient la mission de toujours de l'hôpital, sa mission d'hospitalité vis-à-vis du pauvre et de l'étranger. Ce désir d'humanité, au sens où l'entend H. Arendt et en même temps, l'indésirabilité des pauvres et plus particulièrement de certaines catégories, comme les toxicomanes, les immigrés, demeure manifeste à l'hôpital. Désir et indésirabilité se conjuguent ainsi à l'hôpital de façon multiple et différenciée, notamment au travers des pratiques professionnelles.

Après avoir été pendant des siècles l'asile des pauvres, dépôts de mendicité, établissements charitables accueillant des vieillards et incurables, l'hôpital public devient une institution « prototypique » des sociétés modernes. Inséré dans un système de santé de plus en plus complexe de par la diversité des spécialités et le nombre croissant des intervenants, la diversification apparaît comme source de clivages et de concurrences nouvelles, contexte dans lequel le médecin généraliste a souvent le sentiment d'avoir perdu la maîtrise de son champ de pratique. Organisation bureaucratique, lieu thérapeutique et de production du travail médical, l'hôpital moderne inclut une multiplicité d'acteurs et est lui-même un enjeu d'acteurs dont les politiques dépassent le niveau de l'organisation pour se situer au niveau des acteurs externes comme l'Etat. Dans les rapports conflictuels entre médecins qui poussent à l'accroissement du nombre d'actes techniques et à la multiplication des spécialités médicales d'une part, et administrateurs dont les efforts rationalisateurs sont liés à l'importance de l'organisation dans l'économie, d'autre part, l'hôpital apparaît comme symbolisant l'enjeu économique et social dans les sociétés modernes. Face à des pathologies nécessitant des interventions multiples et complexes, la coordination entre toutes les personnes qui s'occupent d'un patient est un « travail d'articulation », (Strauss, 1985). De son côté, le malade a le sentiment d'un système fragmenté, dont la cohérence lui échappe. Le système de soins est encore moins lisible pour les patients précaires.
Une double évolution, celle de la médecine et celle de la protection sociale, caractérisent la société française du XX^{ème} siècle dans son ensemble. L'extension de la protection sociale à toute la population française vient soutenir cette évolution vers une médicalisation de la société dans laquelle le secteur de la « santé » constitue un des principaux secteurs d'activité. Cette médicalisation de la société est contemporaine d'un développement des lois sur la protection sociale et à l'idée d'une certaine intervention de l'Etat chargé de diffuser le « modèle médical » et sa définition de la prise en charge des problèmes publics. Ainsi, le savoir médical acquiert une valeur normative, il « prétend dire à la société ce qui est bon pour l'individu et pour la société » (Hughes, 1958). La différence dans les savoirs et les compétences spécialisées peut alors se transformer en distance sociale et en pouvoir sur les personnes.
La complexité de l'organisation hospitalière peut limiter ainsi l'accès des plus vulnérables qui rencontrent, dans certains cas, des résistances à soigner de la part de professionnels. Pourtant, des médecins généralistes travaillant dans le champ de l'exclusion accueillent ces personnes sans discrimination ou en réservant un temps de leur activité spécialement dédié aux personnes précaires.

Soigner les précaires à l'hôpital public : la création des PASS

Après avoir été pendant longtemps lieu d'accueil et d'abri des pauvres, l'hôpital public tend à devenir une entreprise, une « tour technologique, un réservoir de maladies rares » où un malade est d'abord une maladie, « si possible rare et complexe », où la médecine générale est marginalisée, reléguée comme une discipline de deuxième zone, une « tiers discipline » comme la médecine d'urgence et la médecine palliative supplantées par la médecine technique spécialisée. (Lebas, 1996).
Dans ce contexte, les fondements éthiques du soin doivent « préserver l'humanité de l'homme » et cette perspective affirme que le progrès scientifique et médical « n'a de sens qu'au service de l'homme et dans l'absolu respect des valeurs élémentaires et originelles de nos sociétés : la dignité et le refus de l'abandon ». Il s'agit alors d'interroger les « limites d'une pratique inégalitaire qui valorise les volontés d'un groupe restreint au détriment conscient de la société, limites de la confiance indispensable au contrat social qui noue et retient l'homme parmi les siens, limites du sacré et de l'intangible humanité de l'homme ».

L’éthique médicale pourrait bien se trouver « broyée par des contraintes économiques, des contraintes toujours justifiées à l’aide d’outils confus où s’entremêlent, sur le fond d’une vague volonté « égalitariste », les lois marchandes et la distribution aléatoire de biens, de savoirs et de pratiques médicales rares ». S’impose alors la nécessité de refuser le « franchissement de ces limites, au-delà desquelles l’homme cesse d’être cet autre qui nous lie et nous oblige », la nécessité de s’indigner, de recourir à l’ « ingérence morale, en tant que résistance et insoumission fondée sur le questionnement éthique » (Hirsch, 1997).

Politiques hospitalières et pratiques différenciées ont rendu possible la création de dispositifs d'accueil pour les patients en "précarités sociales" à l'hôpital public, les Permanences d’Accès aux Soins de Santé (PASS). Il s'agit là de renouer avec ses missions sociales de soin des pauvres et de rappeler que la médecine sociale est au principe fondateur de l'hôpital public. Cependant, si cette fonction caritative a existé dès l'origine, elle renvoie aussi aux ambiguïtés profondes, anthropologiques, du rapport aux pauvres et à la pauvreté tel qu'il s'est historiquement constitué à l'hôpital. Une certaine prise de conscience de missions délaissées de l'hôpital en tant que service public semble être à l’origine de l'ouverture de permanences d'accueil social et de soins, de développement d'interfaces avec la ville à travers des réseaux de soins. Mais on doit aussi reconnaître la persistance d'un traitement différentiel, parfois discriminatoire, des pauvres, notamment étrangers. Pour s'en dégager, certains médecins militent pour le passage d'un régime implicite de justification de la mission de l'hôpital en termes d'obligations (obligation morale de soigner qui est l'équivalent de l'obligation morale de donner aux pauvres) à un régime explicite de revendication des droits sociaux (en matière d'accès aux soins comme de logement ou de revenus), de l'obligation d'assistance aux droits sociaux. Pour le docteur J. Lebas (1996), « L’hôpital est rattrapé par son passé, vulnérabilisé par la pauvreté » ; la « précarisation croissante et le sentiment de vulnérabilité mettent le citoyen à distance du rêve initial, généreux, d’Etat providence » et c’est pour répondre à des situations de détresse et de mise à l’écart du monde médical des malades démunis et sans couverture sociale que les associations humanitaires ont créé, à la fin des années 1980, des dispensaires et que l’hôpital a institutionnalisé des consultations sans rendez vous à la fin des années 1990 (Parizot, 2003) sous forme de Permanences d’Accès aux Soins de Santé(PASS) qui existent depuis 1998 dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier, sous forme de *« cellules de prise en charge médico sociale qui doivent faciliter l’accès aux personnes démunies au système hospitalier »*.

Ces patients, en marge du circuit de soins, sans suivi médical régulier, présentant des pathologies majoritairement chroniques, sont souvent adressés par une association caritative, par une autre structure de soins ou par les urgences. Dans les policliniques médicales, véritables relais pour les structures de soins, alternatives à l’hospitalisation, les précaires bénéficient de soins de proximité et d’une prise en charge de type médecine générale dont l’approche est à la fois sociale et médicale. Dans ces consultations données à l’hôpital universitaire, la prise en charge globale du patient semble résister à la standardisation des soins et à la segmentation des activités médicales et de soins.

Dans les policliniques médicales qui accueillent des patients en situation de précarité sociale, difficiles à classer dans les services de spécialité dont l’activité est rationnellement segmentée pour répondre aux objectifs de productivité imposés par les nouveaux outils de pilotage du système de santé, des médecins généralistes qui n’appartiennent pas à une filière de formation valorisée par l’université développent des activités devenues menaçantes pour le rythme de travail des services hospitaliers de spécialité, organisés pour faire face à un travail prévisible et relativement programmable (Danet, 2008). Dans ce contexte, les médecins généralistes se voient opposer des refus lorsqu’ils tentent de transférer des malades présentant des poly pathologies ou une maladie chronique ; la détresse psychosociale étant considérée comme motif inadapté pour recourir à l’offre de soins de l’hôpital. Contrairement aux spécialistes, les

médecins généralistes, dont l'hétéronomie fait leur légitimité, ne se mobilisent pas en faveur de l'autonomie et du monopole sur les soins mais ils revendiquent une position d'interface entre les services hospitaliers fortement spécialisés et les usagers.
Se situant entre les médecins généralistes de proximité et les médecins hospitaliers spécialistes, ces médecins transgressent les règles d'action admises par la forte spécialisation de l'hôpital universitaire en créant des alliances avec les usagers, les médias et le pouvoir politique. Certains, militent pour la transformation des études médicales et pour une remise en question de la segmentation en spécialités. Activité non rentable, menacée de disparition, menaçante pour l'organisation des services spécialisés, l'accueil et le soin des patients démunis constituerait une forme de résistance créatrice à la menace de disparition de la pratique de la médecine générale dans un univers professionnel fortement spécialisé. Cette résistance créative trouve son fondement dans l'adhésion des professionnels à des valeurs sociales de solidarité et de justice et constitue un processus psycho social de dégagement des contraintes contradictoires. Elle est rendue possible par la rencontre entre un contexte socio historique et une personnalité d'exception portant les traces d'événements d'exception, dans un espace d'accueil, d'écoute et de soins multidisciplinaires permettant l'accès au système de soins hospitaliers à des personnes sans résidence stable, des étrangers en situation irrégulière, les personnes sans travail et sans couverture sociale, tous ceux dont les faibles revenus ne leur permettent pas de payer le ticket modérateur ou d'acquitter le forfait hospitalier et en souffrance physique et psychique. Ces consultations gratuites intra hospitalières, après entretien avec un assistant social, permettent à des patients précaires d'accéder aux soins et d'obtenir des médicaments gratuitement à la pharmacie de l'hôpital.

Soigner les « précaires » : aux risques de la contamination du négatif

Le travail de soin, comme tout travail, implique des jugements en termes de valeur et de prestige. Et tout discours sur le travail réalisé comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction avec les métiers voisins. Valorisation et distinction qui passent par l'occultation, l'évitement, la délégation ou la subversion du « sale boulot ». La notion de « sale boulot » (traduction de « dirty work »), empruntée à E. C. Hughes (1897- 1983), est heuristiquement féconde pour éclairer les enjeux de la division du travail non seulement comme division technique et sociale, mais aussi morale et psychologique. La division du travail est autant une question de respectabilité, et donc d'image de soi, que de compétences et de savoirs spécialisés. Et il nous faut ici penser les modalités de la division du travail de soin en fonction de la hiérarchisation des « patients » et des actes thérapeutiques. On retrouve ici la problématique du pur et de l'impur ou celle de la souillure, structurante de l'ordonnancement des places et de l'ordre social, ici institutionnel et professionnel.
L'hôpital universitaire dont la mission est celle des soins, de l'enseignement et de la recherche, s'est consacré essentiellement aux pathologies rares, spécifiques, nouvelles, susceptibles d'intéresser les scientifiques. Les soins des malades démunis, comme les soins palliatifs ou les soins antidouleur, ont été écartés de la préoccupation centrale des centres hospitaliers universitaires. Ils ont fait l'objet d'initiatives de professionnels de santé, en marge des missions stratégiques de l'hôpital et de la médecine.
Pour les professionnels de santé dont la pratique trouve son fondement dans le serment d'Hippocrate, soigner gratuitement un malade démuni, sans couverture sociale et qui se présente à l'hôpital public, implique de s'affronter à la logique de la spécialisation médicale et à la relégation de la mission sociale en dehors de l'hôpital. Des discriminations nouvelles qui tendaient à s'estomper, comme pour ce qui concerne les étrangers en situation irrégulière qui dans certains hôpitaux parisiens représentent la majorité des patients dits précaires, créent de la précarité. Ainsi, à l'hôpital, non seulement les pauvres peuvent devenir indésirables mais

aussi les médecins des pauvres. Une hiérarchisation des professions semble s'associer à la valorisation sociale des fonctions assurées par les professionnels à différents niveaux de l'hôpital, donnant à voir des processus de « structuration sociale par l'éviction à sa périphérie de ce qui porte la marque du négatif. Cette éviction, qui traduit un mode de neutralisation du « mal » et de purification par rejet et mise à l'écart, fabrique des organisations et des métiers spécialisés dans le traitement des « résidus » (prison, hôpitaux, secteurs de « l'humanitaire » et du travail social). (Lhuilier, 2005). La souillure du sale, de l'impur, met à l'épreuve du risque réel et fantasmatique de la contamination et de la dégradation.
La précarité sociale serait-elle la souillure de la spécialisation et segmentation médicale dont on ne veut pas à l'hôpital alors même que l'hôpital constitue, par tradition, le principal recours des malades précaires qui n'ont pas la possibilité de consulter un médecin praticien ?
L'activité d'accueil, de prise en charge et de traitement des « précaires » se situe dans un ensemble mais aussi dans une hiérarchie des valeurs associées des tâches considérées comme agréables, gratifiantes et des tâches serviles, indignes, monotones. Partant de l'hypothèse du sociologue E.C. Hughes dont les travaux sur « métiers modestes et professions prétentieuses » (Hughes, 1970) posent une même exigence : la production du sens du travail et la reconnaissance sociale des tâches assumées la notion de « sale boulot », est susceptible de nous aider à comprendre l'activité pratiquée par les professionnels de santé auprès de patients en difficulté sociale. Dans cette perspective, l'étude du travail humain renvoie toujours à la division du travail, les différentes tâches faisant partie d'un ensemble et l'activité de chacun contribuant à la production finale.
Hughes souligne qu'aucun travail n'est complètement intelligible si on ne le rapporte pas à la matrice sociale dans laquelle il existe ou au système social dont il fait partie. Ainsi, la construction du sens du travail implique celui qui le réalise avec ses pairs et les autres professionnels œuvrant à la même « production », mais aussi le système social dans lequel le travail en question s'inscrit et enfin la société à travers la répartition des grandes fonctions qui contribuent à son entretien. Le prestige social au sens de reconnaissance et la désirabilité des tâches contribuent à diviser les tâches du haut en bas d'une échelle non plus technique mais de valeurs de travail. L'étude de l'organisation du travail comme division des tâches et des hommes, ou division technique et sociale, doit être complétée par celles de la division morale et psychologique. La division du travail est autant une question de respectabilité, au sens de l'image de soi, que de compétences et de savoirs spécialisés. Ainsi, tout travail réalisé implique des jugements en termes de valeurs et de prestige ; le discours sur le travail comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction avec les métiers voisins qui passe par l'occultation, l'évitement, la délégation ou la subversion du « sale boulot » (Lhuilier, 2005)

Impureté et travail de soin

Alors que le soin constitue une activité noble, reconnue et valorisée socialement, elle comporte une autre face : dans certains services de l'hôpital, comme à la policlinique, la proximité des personnes précaires, exclues de la société, est incontournable. Les pauvres peuvent ainsi devenir indésirables mais aussi les médecins des pauvres. Une hiérarchisation des professions associée à la valorisation sociale des fonctions assurées par les professionnels à différents niveaux de l'hôpital Saint Antoine, donnent à voir des métiers au contenu très contrasté : à côté des professionnels qui expérimentent de nouveaux traitements ou qui manipulent des techniques de pointe, d'autres professionnels considérés comme disposant de moindres compétences professionnelles font des tâches moins nobles. Une « division morale du travail » sépare les tâches moins nobles qui se créent en bas de la *hiérarchie des statuts* (Elias, 1965) et de la hiérarchie des tâches abandonnées par les individus connaissant une

ascension sociale. L'ordre hiérarchique d'une communauté exprimant une socio dynamique historiquement contextualisée.
La permanence des dimensions d'assistance dans l'histoire de l'hôpital apparaît comme une nécessité parallèlement à la division technique du travail, doublée d'une division sociale du travail affectant les lieux de soins, les professionnels et les malades (les filières de soins sont socialement hiérarchisées). Les policliniques médicales, espaces de rencontre de l'offre de services et des besoins de santé, véritables laboratoires sociaux, constituent des « potentiels », au sens donné par Donald Winnicott à l'espace propice à la transformation, à la créativité, à l'innovation. Le processus de création suppose la transgression des règles de la spécialisation pour réaliser une activité d'intérêt général au fondement de laquelle des valeurs éthiques et humanistes trouvent leur confirmation dans la mission sociale de l'hôpital. En remplaçant des règles qui assurent une stabilité mais aussi une routinisation, une incapacité à agir, l'innovation constitue une « destruction créatrice » (Schumpeter, 1942), répond au besoin de donner vie à de nouvelles modalités d'exercer une activité et permet l'accès à l'identité en œuvrant et en enrichissant les modes de sociabilité. Elle défait des positions acquises et permet à des acteurs de donner un nouveau sens à leur travail.
Ces activités de soins qui intègrent les dimensions psychosociales supposent la transgression des codes de la segmentation médicale, de soutenir le peu ou l'absence d'évaluation validante assurant la légitimité des actes, de construire les conditions d'une légitimation qui permettent d'éviter l'assimilation à ces patients « résidus » du système de santé. Travail social, travail médico-social, travail associatif sont souvent considérés comme « à la marge », féminins, dévalués, dé légitimés, sur le registre du « don de soi » et non comme un travail « efficace », « rentable ». Pour le clinicien, « prendre soin » de ces personnes, est-ce les « remettre au travail » ou « accompagner cette excentricité relative » pour permettre de renouer les liens au travail « d'une autre manière » ?
La part créative requise par cette activité de soin renvoie à des processus de développement des métiers du soin, à une approche de la réalité extérieure qui n'est pas celle du simple ajustement à l'existant mais qui investisse la part du possible, du potentiellement trouvable. Celle qui peut être saisie dans un espace intermédiaire, « potentiel », « transitionnel » au sens de Winnicott (2004).

Conclusion

La vision « industrielle » de l'hôpital dont l'évolution actuelle s'inspire du modèle de l'« entreprise libérale » ainsi que le système de contractualisation des activités menacent la prise en charge singulière des patients, le pouvoir de l'expérience affective (Bréchat *et al.*, 2008 ; Caillol *et al.*, 2010), le pouvoir des émotions de créer des liens, de découvrir l'autre et sa dignité. Pourtant, la demande médicale et sociale impose le respect de « la dignité avec laquelle une personne fait face aux ingratitudes d'être confrontée par la pauvreté » (Bréchat *et al.*, 2010).
Dans ce contexte, ceux qui accueillent et soignent les populations démunies socialement ne bénéficient pas d'une image très valorisante ; ils rencontrent au mieux la compassion, au pis le mépris. Les services d'urgence de l'hôpital public constituent la principale voie d'accès des personnes précaires au système de soins. Dans les consultations des policliniques médicales, l'expérience affective et les valeurs humanitaires auxquelles sont attachés certains médecins dans la pratique de leur art les différencient de ceux qui l'exercent « montre en main » ; dans l'expérience de la compassion déclenchée par la perception sensible de la souffrance d'autrui, ils peuvent tenter de mettre en œuvre tous les moyens possibles pour apaiser la douleur physique et psychique du patient et lui redonner goût de vivre. Ces professionnels de santé et

de soins prennent appui sur l'exigence des valeurs éthiques et sur l'histoire dans laquelle l'hôpital des pauvres s'est constitué pour refuser les logiques financières et le culte de la performance technique.
Pour faire face à la menace de disparition de certaines activités de soins moins valorisées par l'organisation hospitalière, des formes de résistance créative peuvent permettre aux professionnels de santé de se dégager d'exigences internes et externes contradictoires : exigences administratives et exigences de rentabilité issues de la sphère marchande et exigences propres à chaque individu.

L'activité d'accueil et de soins des patients précaires pratiquée à la policlinique médicale du secteur hospitalier des urgences constitue une activité non rentable, menacée de disparition, menaçante pour l'organisation des services spécialisés. Elle pourrait être analysée comme une forme de résistance créatrice à la menace de disparition de la pratique de la médecine générale dans un univers professionnel fortement spécialisé de l'hôpital universitaire.
Ce dispositif trouve son fondement dans l'adhésion des professionnels à des valeurs sociales de solidarité et de justice et constitue un processus psycho social de dégagement des contraintes contradictoires. Il devient possible lors de la rencontre entre un contexte socio historique et une personnalité d'exception, celle du responsable, dans un double étayage des ressources psychiques sur des valeurs sociales et des valeurs sociales sur l'économie psychique. Et ce, dans une dynamique qui donne la capacité de négation du donné, d'action et de création de « quelque chose qui n'existait pas encore » car « on ne peut pas vraiment créer qu'en niant le réel donné » (Doray, 2009).

Références

Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris, Nathan, 1994.

Alter N. L'innovation ordinaire. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

Bihr A, Pfefferkorn R. Les inégalités sociales de santé. La santé au prisme des sciences sociales. Revue pluridisciplinaire en science de l'homme et de la société 2008 ; 6 : p. 60-77

Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Les annales E.S.C. 1971 ; 26 : 205-233.

Bréchat PH, Rymer R, Grenouilleau MC, Jourdain A. Eléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. Santé publique 2008 ; 20 : 611-621.

Bruchon-Schweitzer M. et Dantzer R, Introduction à la psychologie de la santé, Paris, PUF, 1994.

Bungsenger M., Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile, INSERM, 1995.

Caillol M., Le Coz P., Aubry R., Bréchat P-H., Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques, Santé publique, 2010 : sous presse.

Canguilhem G. Écrits sur la médecine. Collection « Champ freudien ». Paris, Editions du Seuil, 2002.

Carricaburu D, Menoret M. Sociologie de la santé. Paris, Armand Colin, 2004.

Declerck P. Les naufragés. Paris, Plon, 2001.

Castel R. La montée des incertitudes, Paris, Le Seuil, 2009.

Castiel D, Bréchat PH (dir). Solidarités, précarité et handicap social, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

Danet F. Où va l'hôpital ? Desclée de Brouwer, 2008.

Dubet F. La galère. Jeunes en survie. Paris, Fayard, 1987.

Doray B. Résistance, science humaine active. In : Lhuilier D. et Roche P. (dir). Nouvelle revue de psychosociologie. Toulouse, Eres, 2009 ; nr.7. p : 167-186.

Elias N. traduction française, 1997. Logiques de l'exclusion. Paris, Fayard, 1965.

Furtos J, Laval C (dir). De la clinique au politique. Toulouse, Eres, 2005.

Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Paris ; Ministère de la santé et des sports, 2009.

Herzlic C, Bungener M, Paicheler G et al. 50 ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980. Paris, Doin/INSERM, 1993.

Hirsch E. Soigner l'autre ; l'éthique, l'hôpital et les exclus. Belfond, 1997.

Hughes Everett C. Men and Their Work. Glencoe, Ill, The Free Press, 1958.

Lebas. J. l'Hôpital vulnérabilisé par la pauvreté. In : Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres, catalogue de l'exposition du Musée de AP-HP organisée du 24 octobre 1996 au 2 mars 1997, placée sous le haut patronage de M. J .Barrot Ministre du Travail et des Affaires Sociales, de M. P. Douste-Blazy, Ministre de la Culture, M. X. Emmanuelli, Secrétaire d'Etat à l'Action Humanitaire d'Urgence, M. H. Gaymard, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale et M. Jean TIBERI, Maire de Paris, coédition AP-HP/ Doin, 1996.

Le Blanc G. Vies ordinaires, vies précaires. Paris, le Seuil, 2007.

Lecocq F, Attard A, Vasseur V, Lebas J, Banas E, Bréchat PH. Aides soignantes, hôpital et réformes : vers un risque de précarisation. Gestions hospitalières 2010 ; 499 : 488-497.

Lhuilier D. Le « sale boulot ». Travailler 2005 ; 14 : 73-98.

Lhuilier D. Cliniques du travail. Toulouse, Eres, 2006.

Lhuilier D. La résistance créative. La nouvelle revue de psychosociologie. Toulouse, Eres 2009 ; n° 7, p : 7 – 18.

Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. (dir). Les inégalités sociales de santé. Paris, INSERM/La Découverte, 2000.

MacIntyre S., “The Pattering of Health by Social Position in Contemporary Britain. :

Directions for Sociological Research”, Social Science and Medicine, 1986, vol. XXIII, n°4, p

: 393-415.

Médecins du Monde. Rapport 2009 de l’Observatoire de l’Accès aux Soins de la Mission France, 2010.

Morin M, Apostolidis T. Contexte social et santé. In : Fischer GN (s/dir). Traité de psychologie de la santé. Paris, Dunod 2002 : 463-490.

Morin M. Parcours de santé. Paris, Armand Colin, 2004.

Parizot I. Soigner les exclus. Paris, PUF, 2003.

Paugam S. Repenser la solidarité : l’apport des sciences sociales. Paris, PUF, 2007.

Renaud M. De l’épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l’étiologie sociale de la maladie. Revue d’épidémiologie et de santé publique, 1987 ; vol. XV, p : 3-19.

Schumpeter J. Capitalisme, socialisme et démocratie. Paris, Payot, 1942.

Schwartz O. Le monde privé des ouvriers. Paris, PUF, 1992.

Steudler F. L’hôpital en observation. Paris, A. Colin, 1974.

Simon A Herbert. Administration et processus de décision, 1947, tr. Française. Economica, 1983.

Strauss A. La trame de la négociation. Paris, l’Harmattan, 1992.

Winnicott DW. Jeu et réalité ; l’espace potentiel, 1971, trad. fr 1975. Collection « Folio essais », réédition. Gallimard, 2002.

Winnicott DW. La capacité d’être seul, in de la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot 1958, Viola, 2004.