

## L'hôpital public et l'économie solidaire: réflexion autour d'un exemple français

**RÉSUMÉ** • Lieu d'expérimentation de la solidarité depuis ses origines, l'hôpital public est confronté aujourd'hui non seulement à la crise des systèmes de santé et aux exigences scientifiques et économiques de la modernité, mais aussi, comme de tout temps, aux problèmes de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Car son rôle ne saurait se réduire à la seule production de soins de haute technicité et à coûts maîtrisés. En France, après moult tentatives infructueuses de séparation du « sanitaire » et du « social », le législateur a redonné, en 1998, aux établissements publics de santé un rôle officiel dans le combat contre la pauvreté, en les encourageant à inscrire leurs actions au sein de réseaux associant les professions, institutions et associations compétentes en matière d'insertion. Ces « nouvelles » pratiques hospitalières d'accueil des plus démunis relèvent-elles de l'économie solidaire? L'hôpital peut-il devenir un espace incubateur d'activités d'économie solidaire? En tout cas, revisiter l'hôpital à l'aide de la grille d'analyse de l'économie solidaire permet de redéfinir sa production, de ne plus le penser seulement comme entreprise ou administration de soins mais plus largement comme espace public au service de la société civile.

**ABSTRACT** • Public hospitals, which have been places of the experimentation of solidarity since their beginnings, are now facing not only the crisis of health systems and the scientific and economic demands of modernity, but also, as of any time, the problems of poverty and social exclusion. For their roles cannot be reduced merely to production of highly technical and cost-conscious cares. In France, after many unlucky attempts at keeping the medical and the social aspects apart, lawmakers gave back an official role to public hospitals in 1998 in their fights against poverty, and encouraged them to operate from networks associating the professions, institutions and associations concerned

### DANIEL GOUJON

*Maître de conférences  
Université Jean-Monnet  
Saint-Étienne (France)  
Groupe de recherche sur les  
initiatives locales (IUT de Roanne)  
goujon@univ-st-etienne.fr*

### JACQUES POISAT

*Maître de conférences  
Université Jean-Monnet  
Saint-Étienne (France)  
Groupe de recherche sur les  
initiatives locales (IUT de Roanne)  
Jacques.Poisat@univ-st-etienne.fr*

with social insertion. Do these new practises in hospital that consist in welcoming the poorer people partake of the economy of solidarity? Can hospitals create activities of the economy of solidarity? In any case, revisiting hospitals with the grid of the economy of solidarity enables to redefine their productions and to not think of them only as businesses or administrations giving cares but more largely as public spaces in the service of civil society.

**RESUMEN** • Lugar de experimentación de la solidaridad desde sus orígenes, el hospital público se enfrenta hoy, no sólo con la crisis de los sistemas de salud y las exigencias científicas y económicas de la modernidad sino, como siempre, con los problemas de la pobreza y la exclusión social. En efecto, su función no puede limitarse únicamente a la producción de curas médicas de alta tecnicidad y con costes restringidos. En Francia, después de numerosas tentativas infructuosas de separación del « sanitario » y del « social », en 1998, el legislador volvió a dar a los establecimientos públicos de salud un papel oficial en la lucha contra la pobreza, incitándolos a incluir sus acciones dentro de agrupaciones uniendo los profesionales, las instituciones y las asociaciones competentes tratándose de inserción ¿ Pertenecen de la economía solidaria esas « nuevas » prácticas hospitalarias de ayuda a los más desprovistos? ¿ Puede el hospital hacerse lugar iniciador de actividades de economía solidaria? De todos modos, escrutar el hospital con la red de análisis de la economía solidaria permite definir de nuevo su producción, pensarle no sólo como empresa o administración curativa, sino como espacio público al servicio de la sociedad civil.



## INTRODUCTION

Même si l'économie solidaire reste encore un concept flou, abordé à partir de la diversité des pratiques et manquant de légitimité institutionnelle et théorique, on peut, à la suite d'Eric Dacheux et de Jean-Louis Laville (2003, p. 9), l'appréhender en première analyse comme « l'ensemble des expériences visant à démocratiser l'économie à partir d'engagements citoyens ». Plus précisément, les pratiques se réclamant de l'économie solidaire se situent à l'intersection des trois principes régulateurs que sont le marché, la redistribution et la réciprocité.

Ces initiatives, quelles que soient leurs particularités, déplacent les frontières instituées entre l'économique et le social en ne relevant jamais complètement de l'économie de marché ou de la solidarité étatique. Elles mettent en effet la réciprocité au cœur de leur passage à l'action économique. Des personnes s'associent librement pour mener en commun des actions qui contribuent à la création d'activités économiques et d'emplois, tout en renforçant la cohésion sociale par de nouveaux rapports sociaux de solidarité (Eme et Laville, 1995, p. 246).

Dans le prolongement, il est possible de définir les activités relevant de l'économie solidaire par les cinq caractéristiques suivantes : elles sont fondées

sur la recherche de nouveaux rapports de solidarité à travers l'activité menée; elles articulent emplois professionnalisés et activités bénévoles; elles hybrident les ressources marchandes et non marchandes, monétaires et non monétaires; elles permettent la production de solidarités de proximité qui sont volontaires et choisies; elles s'inscrivent délibérément dans l'espace public, et non pas exclusivement dans l'espace économique.

Concrètement, les initiatives relevant de l'économie solidaire se développent dans des « espaces publics », lieux de rencontre, de confrontation, de coconstruction de projets, ouverts à la société civile. Ainsi, des « pôles d'économie solidaire », organisations créées de toutes pièces pour permettre aux citoyens de participer, aux côtés d'élus, d'acteurs institutionnels mais aussi de banquiers, de conseillers financiers, d'experts en management, à l'action économique et sociale. Par ailleurs, des institutions existantes, qui, à première vue, relèvent exclusivement de l'action publique, constituent aussi des espaces incubateurs d'activités d'économie solidaire, du fait de leurs missions, de leur place centrale et symbolique dans la société et de leur capacité à mobiliser les acteurs locaux. Nous formulons l'hypothèse que tel est le cas de l'hôpital public.

Lieu d'expérimentation de la solidarité, depuis ses origines, l'hôpital ne saurait se réduire à la « machine à guérir » de Tenon (1788), tant est prégnante sa mission fondatrice d'accueil de toutes les détreesses, physiques ou sociales. En France, depuis 1998, les établissements publics de santé sont officiellement invités de nouveau par les pouvoirs publics à participer à la lutte contre la pauvreté et les exclusions, en partenariat avec les institutions et associations compétentes en matière d'insertion. En réalité, les actions menées sont très diversifiées: contribution à la politique d'insertion par l'emploi ou à l'accueil des personnes en difficulté, mise en place de permanences d'accès aux soins pour les plus démunis, participation aux réseaux locaux de soins de proximité... sans oublier, dans un autre registre, la promotion de la recherche sur l'histoire et les patrimoines des hôpitaux. Encore pourrait-on ajouter, pour élargir le champ à l'ensemble des usagers, les actions financées par le programme interministériel « Culture et Hôpital », dont certaines visent à créer, dans un établissement hospitalier, un espace public ouvert, favorisant la rencontre entre personnels, patients et population; ou alors les tentatives de coconstruction de l'offre de services, telles que le projet d'hôpital de santé publique à Nice, où l'Hôtel-Dieu recomposé a vocation à devenir « un espace culture et santé ouvert sur la ville », site de prévention et d'éducation engageant une relation nouvelle avec le public par la mise en place d'un partenariat avec les usagers.

Or, au moment où la mission hospitalière traditionnelle revient sur le devant de la scène sociale, les militants et les chercheurs qui œuvrent pour construire le concept d'économie solidaire semblent peu s'intéresser à l'hôpital. L'objectif de notre recherche consiste à revisiter l'hôpital public à l'aide de la

grille d'analyse de l'économie solidaire. Les «nouvelles» pratiques hospitalières d'accueil des plus démunis relèvent-elles de l'économie solidaire? L'hôpital peut-il participer au projet politique porté par l'économie solidaire de ré-encastrement de l'économique dans le social par l'hybridation de logiques différentes? En tout cas, repenser l'hôpital du point de vue de l'économie solidaire permet, d'une part, de redéfinir sa production, de ne plus le considérer seulement comme entreprise ou administration de soins, d'autre part, de mettre en évidence, dans la pratique, l'existence d'une continuité des actions publiques et citoyennes (Faure, 1999).

Nos hypothèses s'appuient sur les travaux du Groupe de recherche sur les initiatives locales (GRIL), pôle de recherche tertiaire de l'IUT de Roanne, rattaché à l'Institut des études régionales et des patrimoines de l'Université Jean-Monnet de Saint-Étienne, qui fait partie, depuis sa création en 1996, du réseau universitaire français d'économie sociale et solidaire. Il réalise des programmes de recherche-action et a initié une dynamique de mutualisation entre les initiatives solidaires de l'agglomération de Roanne. Le Centre hospitalier de Roanne et les associations locales de lutte contre l'exclusion faisant partie de nos partenaires habituels, nous avons analysé leurs pratiques solidaires, à l'aide essentiellement d'entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs. Les anciennes fonctions de directeur d'hôpital de Jacques Poisat, actuellement directeur du GRIL, et sa forte implication dans la recherche sur les patrimoines de la santé, ainsi que les compétences de Daniel Goujon en économie de la santé et de la protection sociale ont grandement facilité l'entreprise.

Pour l'essentiel, la solidarité, fondement de l'institution hospitalière, s'incarne aujourd'hui dans de nouvelles pratiques, qui nous paraissent se situer dans le champ de l'économie solidaire.

## **LA SOLIDARITÉ, FONDEMENT DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE...**

La «solidarité», sous ses différentes formes historiques (charité, bienfaisance, assistance, assurance...), constitue l'ossature de la notion occidentale d'hôpital: *hospitalis domus*, lieu d'accueil, d'assistance et de traitement de toutes les souffrances, tant physiques que sociales. Comme le rappellent les historiens de la santé, la fonction de soin ne résume pas, à elle seule, le rôle de l'hôpital dans la société (Poisat, 1995). Acteur économique, politique, social et symbolique de première importance, lieu majeur d'expression de la vie de la cité, il joue un rôle essentiel dans la construction des identités locales. Successivement espace d'accueil, maison d'enfermement et de correction, centre de soins et pivot de l'action sanitaire, il est un lieu de contradictions, d'ambiguïtés... ainsi qu'un lieu de mémoire.

Toute l'histoire des hôpitaux publics, du moins en France, montre que l'hôpital ne peut se comprendre que dans l'hybridation de trois sphères : celle du marché (« entreprise de soins »), celle du service public (« administration de soins ») et celle des solidarités de proximité (au service de la société civile). Ainsi s'explique l'échec de toutes les tentatives consistant à couper l'hôpital de la société civile, c'est-à-dire à le considérer soit comme une administration, soit comme une entreprise, en réduisant généralement son rôle à la seule mission de soins. En France, en effet, les pouvoirs publics se sont heurtés à l'impossibilité de séparer les fonctions médicale et sociale de l'institution hospitalière... depuis le xvr<sup>e</sup> siècle (Gutton, 1974). Plus près de nous, en 1970, le législateur a voulu instituer une stricte séparation entre le « sanitaire » et le « social », cherchant ainsi à rompre le lien qui rattache l'hôpital à son histoire millénaire. Or, dès les années 1980, la (re)montée de la pauvreté et de la précarité a conduit l'institution hôpital et les hospitaliers à remettre en cause ce « divorce », à redéfinir de nouvelles pratiques pour l'accueil des plus démunis, renouant ainsi avec la tradition intégratrice de la « maison hospitalière » (Groupe de travail union hospitalière du Sud-Ouest, 1996). C'est pourquoi les lois de 1991 et 1994, plusieurs circulaires ministérielles, en 1990, 1993 et 1995, ainsi surtout que la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, fortement inspirée par le Mouvement ATD Quart Monde et le collectif Alerte, sont venues redonner aux établissements publics de santé un rôle officiel dans le combat contre la pauvreté, en les encourageant à inscrire leurs actions « en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux » (article 73 de la loi du 29 juillet 1998). Autrement dit, le législateur paraît souhaiter aujourd'hui qu'à la solidarité principalement verticale, qui caractérise l'hôpital depuis ses origines, vienne se combiner une solidarité plus horizontale basée sur l'entraide mutuelle, grâce à l'intervention des réseaux associatifs. À moins qu'il ne s'agisse d'encourager les hôpitaux à extérioriser leur fonction historique d'assistance, comme beaucoup l'ont fait pour leurs activités hôtelières (repas, linge, entretien...), afin de consacrer leurs moyens et compétences à la guerre héroïque contre la maladie.

Quoi qu'il en soit, les hôpitaux ont été amenés à héberger ou à mettre en œuvre des initiatives solidaires dans des domaines très divers... tout en s'interrogeant de plus en plus sur le sens de leurs missions. Bousculé par la crise des systèmes de santé et les problèmes sociaux, confronté aux exigences scientifiques et économiques de la modernité – en particulier aux réformes du financement et de la gouvernance des établissements –, le monde hospitalier est aussi « travaillé » par la quête identitaire, la recherche des racines. Au fond, en reniant le modèle de l'hôpital social, mais aussi en confondant malades et maladies, en abandonnant une part croissante des relations soignants-soignés (voire soignants-soignants) à des dispositifs techniques – ces « faitiches » dont

parle Bruno Latour (1996) –, en cherchant à « traiter » des pathologies sans vraiment « prendre soin » de patients, l'hôpital moderne ne trahit-il pas ses principes fondateurs... ne se moque-t-il pas de la charité ?

Dans le registre de la réflexion, depuis une dizaine d'années, de nombreux acteurs sociaux se mobilisent pour valoriser l'histoire et les patrimoines de la santé (Poisat, 1997, 2003). Or, s'il est dominé depuis un siècle par la conception traditionnelle du patrimoine comme collection d'objets, le patrimoine hospitalier tend, lentement et progressivement, sous l'influence de quelques expériences nouvelles, à être utilisé comme une « ressource » : symbolique, pour affirmer une identité ; économique et managériale, pour valoriser l'image de l'hôpital ou pour mobiliser son personnel ; culturelle et scientifique, pour mettre en perspective les questions de santé contemporaines. Autrement dit, le patrimoine hospitalier tend à devenir producteur d'extériorité, support d'une réflexion collective sur les problèmes (scientifiques, économiques, éthiques...) de la santé d'hier et d'aujourd'hui (Poisat, 2000). Témoin, brillant mais encore trop isolé, de cette évolution : les expositions temporaires thématiques réalisées depuis 1995 par le Musée de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris sur des questions telles que l'histoire de l'accouchement, la pauvreté, l'alimentation à l'hôpital, l'évolution de l'assistance publique ou la notion d'utopie. Et dans ce cadre, les interrogations sur la mission sociale de l'hôpital, sa tradition humaniste, tiennent une place très significative, comme l'attestent notamment de nombreuses expositions, conférences, ouvrages ou articles (Nardin, 1996). Par exemple, l'un des objectifs majeurs du Musée des hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal n'est-il pas de mettre en exposition des « valeurs qui rendent solidaires des malades » (Miguët et Poisat, 1999) ?

Dans le registre de l'action, certains hôpitaux, comme celui de Roanne<sup>1</sup>, dans le département de la Loire, en Rhône-Alpes, ont favorisé l'émergence de pratiques solidaires, qui, même si elles ne répondent pas à tous les critères de définition de l'économie solidaire, attestent de la réalité de l'hôpital comme espace public d'expérimentation, de confrontation, d'échange dans le domaine social, rôle qui conserve un substrat historique reconnu à la fois par les personnels de l'institution et le grand public (Groupe de travail union hospitalière du Sud-Ouest, 1994).

### **... S'INCARNE DANS DE NOUVELLES PRATIQUES...**

Le Centre hospitalier de Roanne mène ou encourage, depuis quelques années, des actions destinées à participer aux efforts locaux de lutte contre les exclusions. Trois exemples nous paraissent pertinents au regard de notre problématique : une politique originale d'insertion des populations défavorisées par le recours

aux contrats emploi-solidarité (emplois aidés par l'État); la mise en place d'une permanence d'accès aux soins de santé, dans le cadre d'un travail en réseau; et le soutien à la création de la « Boutique Santé du Roannais ».

## **Insertion par l'emploi**

Depuis 1990, l'hôpital participe à la politique locale d'insertion par l'emploi, en recrutant des salariés sous contrat emploi-solidarité (Goujon et Poisat, 1999). Contrairement à d'autres établissements de soins, ces embauches ne se font pas dans un but d'économie en personnel titulaire. Elles permettent soit de remplacer des titulaires temporairement absents – mais depuis 2001 cette pratique a régressé –, soit de pourvoir aux besoins en personnel des activités annexes au métier du soin (blanchisserie, gardiennage, entretien des espaces verts...) et ainsi de mieux répondre aux attentes des usagers. Comme l'a démontré une étude menée en 1998 (Bouchet, Diel et Lagrange, 1998), le centre hospitalier a exclusivement recours au public prioritaire de la politique de l'emploi, c'est-à-dire aux personnes les plus menacées d'exclusion sociale (chômeurs de longue durée, allocataires du revenu minimum d'insertion, travailleurs handicapés...).

Malheureusement, l'efficacité sur le plan de l'insertion professionnelle se heurte à un développement insuffisant du partenariat. En effet, si l'intégration des personnes en contrat emploi-solidarité (CES) dans les différents services de l'institution est assez aisée, compte tenu des caractéristiques du milieu, les recrutements définitifs en interne se révèlent marginaux et même de plus en plus rares. Un véritable parcours d'insertion nécessiterait que l'hôpital mobilise ses partenaires économiques (fournisseurs, prestataires de services...) afin de maximiser les chances de placement externe.

Globalement, depuis 2001, cette politique ne semble plus constituer une priorité pour la direction de l'hôpital, le recrutement des salariés en contrat CES ne cessant de diminuer depuis 1995 : 132 en 1995, 78 en 1996, 63 en 1997 et une cinquantaine en 2000. En 2005, une cinquantaine de jeunes a été recrutée grâce aux nouveaux contrats aidés institués par l'État, dans le cadre du Plan de cohésion sociale (loi du 18 janvier 2005), mais cette action est trop récente pour se prêter à une évaluation. En revanche, le Centre hospitalier de Roanne s'est lancé dans une réflexion-action sur l'accueil des populations démunies.

## **Permanence d'accès aux soins de santé**

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions assigne aux établissements publics de santé une « nouvelle » mission, la lutte contre l'exclusion sociale, notamment par la mise en place de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Pour l'essentiel, les PASS sont

des cellules de prise en charge médicosociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies tant au système hospitalier qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Bien entendu, une telle mise en place ne peut se réaliser que par un travail en réseau.

Sur le terrain, les hôpitaux ont mis en œuvre ces obligations légales de manière très différenciée, la sensibilisation des acteurs et leur conception des missions des établissements publics de soins étant très variables. Selon les conclusions d'une mission ministérielle (Lebas, 2000), 90 PASS étaient effectivement opérationnelles en mars 2000, la plupart préexistant d'ailleurs à la loi du 29 juillet 1998. En 2005, plus de 350 PASS fonctionnent sur l'ensemble du territoire français. Trois grands types de dispositifs se rencontrent concrètement : des PASS « internes », situées au sein des consultations de médecine générale ou auprès des urgences ; plus rarement, des PASS « externes », situées en centre-ville dans des locaux juridiquement dépendants de l'hôpital et qu'elles partagent avec des associations... ces structures s'insérant alors dans des réseaux de proximité intégrés qui assurent à la fois des tâches de santé, de solidarité et des tâches sociales ; enfin des PASS « internes / externes », qui répondent à des situations où l'hôpital est utilisé par des personnes sans-abri comme hébergement de jour, voire de nuit.

Au Centre hospitalier de Roanne, l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions est largement due à l'action d'une assistante sociale, qui a été relayée par la direction de l'hôpital. Concrètement, deux dispositifs complémentaires fonctionnent depuis avril 2000. Tout d'abord, une Permanence d'accès aux soins de santé, installée à proximité des urgences, se compose d'une consultation de médecine générale, assurée sans rendez-vous, le mardi et le vendredi matin, par cinq médecins (quatre urgentistes et un généraliste extérieur à l'hôpital) et de permanences sociales, tenues par deux assistantes sociales à mi-temps, du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, afin d'offrir une prise en charge médicosociale aux plus démunis (sans domicile fixe, bénéficiaires de minima sociaux, jeunes sans ressource, personnes marginalisées...). De plus, les personnes accueillies se voient faciliter l'accès à tous les services de l'hôpital et bénéficient de la fourniture gratuite de médicaments par la pharmacie. Si nécessaire, elles sont orientées vers les associations locales d'aide sociale et de lutte contre l'exclusion. D'avril à décembre 2000, les médecins ont effectué 30 consultations (pour 19 patients) et le service social, 106 entretiens, qui ont exigé l'ouverture de 42 dossiers. Près de la moitié des problèmes exposés concernait la santé et 25 %, des difficultés administratives. En 2001, la PASS a reçu au total 70 personnes et effectué 51 consultations médicales et 119 consultations sociales. En 2002, l'installation des permanences sociales à proximité du service des urgences a amélioré la disponibilité pour l'accueil. C'est ainsi que 118 personnes ont été reçues, ce qui a entraîné 68 consultations médicales (pour 61 patients) et 164 consultations sociales. L'activité a singulièrement augmenté en 2003 : 168 consultations médicales (pour 78 patients) et 348 consultations

sociales (pour 153 personnes); 58% de ces personnes n'avaient pas ou peu de couverture sociale et un quart seulement disposait d'un logement correct. En 2004 ont été réalisées 222 consultations médicales (pour 106 patients) et 647 consultations sociales (pour 164 personnes).

Par ailleurs, l'hôpital a souhaité développer sa participation au réseau sanitaire et social local par la mise en place d'un dispositif hospitalier ambulatoire auprès de structures d'accueil et d'hébergement des populations en situation de précarité. Financé par l'État, dans le cadre du PRAPS, ce service comprend deux postes d'infirmière (santé mentale et santé publique) à trois quarts de temps et un demi-poste de psychologue. Le travail s'effectue entièrement en réseau avec cinq établissements d'accueil extra-hospitaliers (deux foyers, un accueil de nuit, un accueil de jour et une association d'insertion de personnes handicapées par une maladie mentale), chaque infirmière assurant des permanences hebdomadaires dans ces structures. Fondamentalement, il s'agit tant de développer des actions d'accompagnement individuel ou collectif des usagers et des professionnels que de faciliter les contacts entre les différents acteurs du réseau de prise en charge des personnes exclues et le système hospitalier, de permettre la reconnaissance mutuelle des compétences et du champ d'intervention de chacun.

Comme dans de nombreux autres hôpitaux, ces dispositifs santé de lutte contre l'exclusion sont animés par un comité de pilotage de 24 membres, dans lequel sont représentés les différents partenaires du réseau: des hospitaliers (directeur, médecins, infirmières et psychologue PRAPS, assistantes sociales); des représentants de l'État (DDASS), du département (médecin et assistante sociale du conseil général) et de la ville de Roanne; les responsables des centres communaux d'action sociale (CCAS) de la communauté d'agglomération du Grand Roanne, de la Caisse d'allocations familiales et des cinq établissements où interviennent les deux infirmières du réseau.

Enfin, soulignons que dans le domaine de l'accueil des populations précaires, le Centre hospitalier de Roanne a expérimenté, ces dernières années, d'autres actions qui relèvent également d'une démarche partenariale. Pour ne citer que quelques exemples:

- amélioration, depuis 1995, de l'accueil des personnes démunies au bureau des admissions de l'hôpital (élaboration d'un document d'information sur les droits sociaux, traitement accéléré des dossiers...) et conclusion, en 1996, d'une convention avec l'État (DDASS) pour la prise en charge des soins aux patients en situation de précarité;
- sensibilisation et information du personnel hospitalier à l'accueil des publics précaires, en collaboration avec l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et l'Institut universitaire de technologie de Roanne (département Gestion des entreprises et des administrations): réalisation en 1998 d'un film vidéo *L'Hôpital et le Social*, enquête en 1999 auprès

des services hospitaliers sur leur perception de l'exclusion, élaboration en 2000 d'un support d'information interne sur les obligations nées de la loi du 29 juillet 1998 et sur les principales institutions et associations locales compétentes en matière d'insertion... ;

- organisation, le 14 mai 1998, d'une soirée-conférence publique (200 participants) « De l'hôpital des pauvres à l'hôpital d'aujourd'hui. L'évolution des fonctions sociales des hôpitaux » par la commission « Histoire et patrimoine » de l'Amicale du personnel du Centre hospitalier, en collaboration avec l'IUT de Roanne ;
- depuis cinq ans, poursuite d'une recherche, par le département d'information médicale du Centre hospitalier et l'IUT de Roanne, sur les liens entre santé et précarité, par l'analyse, sur de grandes séries, des pathologies des allocataires du revenu minimum d'insertion traités à l'hôpital.

Mais surtout, quelques hospitaliers motivés ont été à l'origine de la création de la « Boutique Santé du Roannais ».

### **Boutique Santé du Roannais**

La Boutique Santé du Roannais est une association indépendante créée en 1996, sous l'impulsion d'hospitaliers et de militants locaux engagés dans des actions de lutte contre l'exclusion, afin de gérer un accueil de jour de personnes en difficulté.

Située dans l'enceinte de l'hôpital de Roanne, la Boutique Santé est ouverte à toute personne dans le besoin, sans condition d'acceptation, du lundi au vendredi de 10 h à 17 h 30. Répondant à une demande sociale localement insatisfaite, elle offre un ensemble de services de resocialisation :

- accueil convivial (« le bistrot social ») : boissons, petits-déjeuners, jeux, animations (vidéocassettes, anniversaires, Noël...) et surtout écoute et orientation vers les services sociaux et médicaux compétents ou vers le réseau associatif ;
- permanence, deux demi-journées par semaine, d'une infirmière en psychiatrie et d'une infirmière en santé publique, dans le cadre du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins ;
- hygiène corporelle (douches, vestiaire...) et vestimentaire (lave-linge, fer à repasser...);
- actions éducatives : espace lecture (presse, bibliothèque...), atelier cuisine et atelier dessin-peinture, information santé, sorties vélo, etc.

La population reçue – 4739 visites en 1998, 11 326 en 2003 (dont 347 nouvelles personnes), 10 139 en 2005 (dont 18 % de femmes) – se compose aujourd'hui d'un tiers de « sans domicile fixe », de plus en plus de personnes sédentaires, isolées, disposant de faibles revenus ou d'un logement précaire

et de demandeurs d'asile. La fréquentation augmente d'année en année : 19 personnes par jour en 1998, 22 en 1999, 27 en 2000, 33 en 2001, 36 en 2002 et 45 depuis 2003. Aujourd'hui, près de 70 % des usagers viennent quasiment tous les jours et un tiers reste plus de quatre heures. Lors de leur réunion de février 2006, les administrateurs de la structure ont constaté une évolution préoccupante de la population reçue : près d'un tiers des usagers souffre de troubles psychologiques (... d'où l'importance des relations avec les services de psychiatrie de l'hôpital), tandis que les proportions de jeunes désocialisés (30 % de 18 à 25 ans) et de familles en précarité ne cessent d'augmenter.

Née de la collaboration d'agents hospitaliers engagés dans l'action sociale (et plus particulièrement d'un cadre administratif) et de bénévoles du Comité des amis d'Emmaüs en Roannais et de l'association Notre Abri (hébergement de nuit), la Boutique Santé est administrée par un conseil composé à parts égales de représentants des associations fondatrices et de personnes siégeant à titre individuel. Surtout, elle travaille en étroite collaboration avec les institutions médicosociales et les associations locales concernées... en particulier celles qui composent le « Collectif Alerte » et le Comité d'entraide du Roannais. Ce fonctionnement en réseau se retrouve dans la gestion interne de la structure, qui nécessite la collaboration de bénévoles de l'association – environ une dizaine de personnes qui participent aux activités d'accueil ou d'animation – et d'une équipe de sept professionnels salariés – une directrice (conseillère en économie sociale et familiale), une éducatrice, deux animatrices, un emploi-jeune « animateur de prévention » et deux personnes chargées de l'entretien des locaux.

L'initiative citoyenne Boutique Santé a reçu dès le départ l'appui et le soutien financier du Centre hospitalier, qui supporte plus de 15 % des charges de fonctionnement en mettant gratuitement à disposition les locaux, l'eau, l'électricité et le chauffage. Elle bénéficie aussi de subventions significatives de l'État (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Politique de la ville...), de collectivités territoriales (communes et département), d'organismes de protection sociale et de dons de partenaires privés comme l'association Emmaüs de Roanne Mably. Les recettes « marchandes », quant à elles, restent symboliques – quelques euros demandés aux usagers pour l'utilisation du lave-linge – ne représentent qu'à peine 1,5 % du total des produits, contre 75 % pour les subventions publiques et 20 % pour les dons associatifs. Fondamentalement, le budget reste précaire, ce qui ne permet pas, pour l'instant, d'élargir les horaires d'ouverture ni de réaliser un véritable suivi des usagers à l'extérieur. Mais, au-delà de cette hybridation des ressources financières, qui constitue l'une des caractéristiques des initiatives relevant de l'économie solidaire, il importe d'insister sur le rôle dynamisant et mobilisateur sur le plan local qu'a joué l'hôpital en acceptant de porter en partie le projet et d'accueillir la Boutique Santé dans son enceinte, réaffirmant ainsi l'actualité de sa mission sociale.

## ... APPARENTÉES À L'ÉCONOMIE SOLIDAIRE

Les initiatives hospitalières, que nous venons de décrire, relèvent-elles de ce qu'observateurs et acteurs qualifient « d'économie solidaire » ? Globalement, de telles initiatives contribuent bien à créer du lien social. Trois facteurs clés se trouvent à l'origine de leur succès :

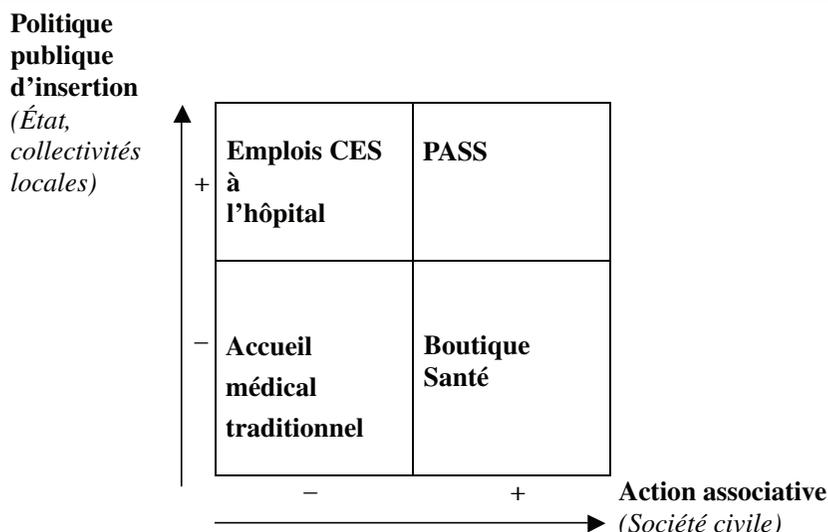
- un initiateur (« entrepreneur social et civique » ; Dacheux et Goujon, 2002) mu par des objectifs sociaux (assistante sociale, cadre administratif hospitalier, directeur des ressources humaines) et « cheville ouvrière » du projet... même quand il existe un cadre légal ;
- un réseau de soutien local fort, composé principalement du Centre hospitalier de Roanne (directeurs et agents hospitaliers motivés) et d'associations ou structures du réseau de soins de proximité au profit des populations démunies ;
- un partenariat actif avec les institutions (Centre hospitalier, État, associations, collectivités locales, organismes de protection sociale...) pour soutenir le projet, soit en participant aux actions de terrain, soit en accordant des financements.

Autrement dit, sur le socle de l'hôpital public, dans le cadre d'une problématique relevant de l'économie solidaire – c'est-à-dire une réponse aux attentes tant sociales que sanitaires des populations défavorisées par hybridation des moyens d'actions et responsabilisation des acteurs (Eme et Laville, 1997) –, deux logiques complémentaires à la mission de santé publique peuvent être mobilisées, à savoir :

- une logique de recours à la société civile qui concrètement revient à mobiliser le tissu associatif local en le faisant « entrer » à l'hôpital ;
- une logique institutionnelle d'insertion publique initiée en dehors de l'hôpital par l'État ou les collectivités locales et qu'il est possible « d'internaliser » afin de renforcer l'action sanitaire et sociale hospitalière ;

Ces deux logiques, comme le montre le graphique 1, peuvent être conjuguées pour donner lieu à un exercice renouvelé de l'accueil médical et de la mission d'assistance des hôpitaux (Dacheux et Goujon, 2002).

Figure 1  
**L'hôpital, un exercice solidaire renforcé  
 par la logique institutionnelle et l'action associative**



Ainsi, on le constate, les trois actions analysées (contrats emploi-solidarité à l'hôpital, Boutique Santé et Permanence d'accès aux soins) renforcent l'action sociale de l'hôpital en étant portées soit par une logique étatique (politique publique), soit par une logique associative (volonté citoyenne de voir se mettre en place des actions de lutte contre l'exclusion au plan local) ou bien encore par les deux logiques en même temps (hybridation de la règle étatique aux initiatives citoyennes). Certes, selon nos observations et aux dires de leurs auteurs, ces actions novatrices n'ont pas entraîné de bouleversement majeur dans l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble du réseau de soins roannais. Pour l'hôpital, en tout cas, elles restent plus des activités périphériques, qui reposent sur l'engagement de quelques personnes très impliquées dans « le social », que des innovations institutionnelles durables.

Globalement, ces nouvelles pratiques à l'hôpital se trouvent aux frontières du champ de l'économie solidaire et de l'action sanitaire, mais à des degrés divers.

La politique d'embauche de salariés sous contrat emploi-solidarité relève davantage d'une politique nationale d'insertion par l'économie... mais qui trouve une application originale au plan local. Il s'agit sans doute là du « degré 0 » de l'économie solidaire, dans la mesure où l'insertion relève plus d'une logique de réparation – adapter des personnes peu employables aux

exigences du marché du travail – que d’une logique de création partenariale d’activités économiques et solidaires... même si le recours aux emplois CES a permis d’améliorer l’offre aux malades de services annexes au métier principal du soin.

Dans un autre registre, la mise en place des PASS renvoie à la nouvelle mission d’accompagnement des populations défavorisées assignée à la protection sociale depuis une douzaine d’années. Mais l’exemple du Centre hospitalier de Roanne, comme beaucoup d’autres en France, montre que cette mission ne peut être remplie qu’avec l’aide de professionnels du champ sanitaire et social et d’organismes extérieurs (foyers, associations...), dans le cadre d’un travail en réseau. D’ailleurs, comme l’attestent les profils de postes d’assistant social et d’infirmier ou d’infirmière de la PASS de Roanne, il s’agit en même temps d’améliorer le fonctionnement du réseau local de soins de proximité au profit des populations démunies. Autrement dit, même si elle reste proche de l’action sociale étatique, la mise en place des PASS apparaît bien comme un projet collectif territorialisé, qui ne s’appuie pas uniquement sur des institutions publiques. Une telle hybridation des intervenants, fondée sur des rapports de solidarité, de réciprocité, rappelle l’un des critères essentiels de la conception socioéconomique de l’économie solidaire. Avec la PASS, on se trouve donc aussi à la frontière entre l’action sociale étatique et l’économie solidaire.

Enfin, la Boutique Santé du Roannais, reposant essentiellement sur la mobilisation du tissu associatif local, paraît beaucoup plus proche de la logique de l’économie solidaire, par ses caractéristiques principales: production de services solidaires créateurs de lien social, initiative citoyenne, création d’emplois, collaboration entre les institutions publiques et la société civile, articulation professionnels-bénévoles...

Finalement, il est évident que les pratiques hospitalières étudiées ne satisfont pas à tous les critères retenus, en particulier par Jean-Louis Laville, pour qu’une activité entre dans le champ de l’économie solidaire. Notamment, elles restent peu innovantes en matière de coproduction du service entre prestataires et usagers<sup>2</sup>. Si les besoins des usagers-bénéficiaires font effectivement l’objet d’une véritable attention de la part des professionnels et des bénévoles engagés dans ces actions, le centre hospitalier de Roanne n’a pas mis en place pour autant un « espace de controverses » (Herreros, 1999)<sup>3</sup>, un forum, où, à toutes les étapes des projets, les usagers pourraient échanger avec les acteurs institutionnels et associatifs du système de santé, afin de rendre participatives les pratiques de solidarité dans une logique d’autopromotion<sup>4</sup>.

## CONCLUSION

L’économie solidaire nous permet de porter un regard nouveau sur l’hôpital, ce qui nous conduit aux conclusions suivantes.

Il est nécessaire de redéfinir la production hospitalière pour prendre en compte la dimension identitaire et solidaire de l'institution. Ce que produit l'hôpital, ce n'est pas uniquement une réponse aux attentes solvables, et bien souvent non solvables, des individus; c'est aussi une prise en compte globale et partagée des souffrances, tant sanitaires que sociales, d'une collectivité. La réponse sanitaire n'est pas toujours la plus adaptée aux demandes qui sont formulées à l'hôpital, d'où la nécessité d'inventer, en partenariat avec d'autres acteurs locaux, de nouvelles formes de réponses aux attentes sociétales. Par sa place dans la cité, l'hôpital est donc bien un lieu privilégié pour promouvoir des activités solidaires.

L'économie solidaire cherche à atténuer les arguments économiques pour valoriser la portée sociétale des activités. Revisiter l'hôpital à l'aide de cette grille d'analyse plaide en faveur d'un infléchissement de la dérive gestionnaire et rationaliste qui affecte actuellement l'institution. La valorisation de la dimension citoyenne de l'hôpital atténue le projet de la rationalisation des soins et nous engage dans une voie plus globale et porteuse de sens sur la définition du métier de l'hôpital et sa place dans la cité.

À l'inverse, l'économie solidaire appliquée au cas de l'hôpital permet de sortir d'une définition strictement politique de l'économie solidaire – logique de réaction – tout en ne la cantonnant pas dans le champ du tiers secteur d'utilité sociale – logique de réparation.

## Notes

- 1 Avec 39000 habitants en 1999, Roanne est la ville-centre d'un arrondissement de 116 communes qui compte 153000 habitants.
- 2 Sur la place des usagers dans le système de santé, voir notamment les travaux du DIES (Développement, Innovation, Évaluation, Santé), filiale de la Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, ou du CISS (Collectif interassociatif sur la santé), qui regroupe 22 associations de personnes malades et handicapées. (LASCOUMES, 2002, « L'usager entre l'utopie et la fiction de la démocratie sanitaire », in « *Demain sera meilleur...* » *Hôpital et utopies*, Paris, Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, p. 305-309.)
- 3 Voir aussi, à propos de l'expérience culturelle de la FERME (Fondation pour l'étude et la recherche sur les mémoires et l'expression) de l'hôpital psychiatrique Le Vinatier : DELANOË, « L'hôpital : du service public à l'espace public ? », La Lettre de l'OCIM, n° 53, 1997, p. 18.
- 4 Voir le dossier : « Solidarités, action sociale. De l'aide au partenariat », *Économie et Humanisme*, n° 364, mars 2003, p. 7-72.

## Bibliographie

- BOUCHET, D., M. DIEL et B. LAGRANGE (1998). *La politique d'insertion des populations défavorisées du Centre Hospitalier de Roanne par le biais des CES*, Mémoire de projet tuteuré, IUT de Roanne.
- COMEDE (2005). *Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médicospsycho-sociale*, Guide pratique destiné aux professionnels, Paris, COMEDE, 440 p.
- DACHEUX, Éric et Daniel GOUJON (2000). « L'économie solidaire à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire », *Revue organisations et territoires*, vol. 9, n° 2, p. 61-74.

- DACHEUX, Éric et Daniel GOUJON (2002). « De nouveaux outils pour comprendre l'économie solidaire », *RECMA- Revue internationale de l'économie sociale*, n° 284, p. 60-75.
- DACHEUX, Éric et Jean-Louis LAVILLE (2003). « Introduction. Penser les interactions entre le politique et l'économique », *Hermès*, n° 36, p. 9.
- EME, Bernard et Jean-Louis LAVILLE (1997). « Reconnaître l'économie solidaire », *Cultures en mouvement*, n° 3.
- EME, Bernard et Jean-Louis LAVILLE (1995). « Économie plurielle, économie solidaire », *La Revue du Mauss*, n° 4, p. 246.
- FAURE, Olivier (1999). « L'histoire hospitalière aujourd'hui », in *Hôpital et musée*. Actes de la rencontre internationale de Charlieu, 26 et 27 septembre 1997, Publications de l'Université de Saint-Étienne, p. 147-153.
- GOUJON, Daniel et Jacques POISAT (2003). « L'hôpital comme espace public », *Hermès*, n° 36, p. 119-126.
- GOUJON, Daniel et Jacques POISAT (1999). « Hôpital public et insertion par l'emploi : exemple du centre hospitalier de Roanne », *Revue de géographie de Lyon*, vol. 74, n° 2, p. 153-160.
- GRUPE DE TRAVAIL UNION HOSPITALIÈRE DU SUD-OUEST (1996). « Chassez le social, il revient au galop », *Revue hospitalière de France*, n° 3, p. 284-291.
- GRUPE DE TRAVAIL UNION HOSPITALIÈRE DU SUD-OUEST (1994). « L'hôpital et les exclus », *Revue hospitalière de France*, n° 6, p. 524-543.
- GUTTON, Jean-Pierre (1974). *La société et les pauvres en Europe (xvi<sup>e</sup> – xviii<sup>e</sup> siècles)*, Paris, Presses universitaires de France.
- HERREROS, Gilles (1999). « L'hôpital psychiatrique et ses relations. De l'ouverture-fermeture au singulier-commun », in *Le Vinatier, un hôpital en travail : sept propos sur le septième ange, une histoire du Vinatier*, Lyon, La Ferme du Vinatier, 1999, p. 48.
- LATOUR, Bruno (1996). *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux Faitiches*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond.
- LEBAS, J. (2000). *Rapport mission Permanences d'Accès aux Soins de Santé*, Direction des hôpitaux, 2 tomes, mai.
- MIGUET, Danièle et Jacques POISAT (1999). *Mission Musées hospitaliers du Québec (7-16 avril 1999)*, Musée hospitalier de Charlieu, Centre d'étude et de recherche sur les expositions et les musées, 90 p.
- NARDIN Anne (dir.) (1996). *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, Paris, Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, p. 235.
- POISAT, Jacques (2003). « La patrimonialisation du quotidien hospitalier. Du bassin au scanner », in Jean-Paul FILIOD (dir.). *Faire avec l'objet. Signifier, appartenir, rencontrer*, Lyon, Chronique sociale, p. 141-150.
- POISAT, Jacques (2000). « Patrimoine hospitalier : du patrimoine-collection au patrimoine-ressource? », in *Des expositions scientifiques à l'action culturelle, des collections pour quoi faire?*, Colloque international de muséologie, Paris, Muséum national d'histoire naturelle, Grande Galerie de l'évolution, p. 98-109.
- POISAT, Jacques (1997) « Du passé au futur, les nouveaux enjeux du patrimoine hospitalier », *Lettre de l'OCIM*, n° 53, p. 3-7.
- POISAT, Jacques (1995) « Pour un renouveau de la muséographie hospitalière », *Publics et Musées*, n° 6, p. 108.
- TENON, J.R. (1788). *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, édition fac-similé AP-HP, Paris, 2000.