

Les CHANTIERS de la SANTÉ en COMMUN

24 et 25 mars 2026
à Marseille
et en ligne

La Table Ronde du 24/03
est au programme des



24/03/2025, 17h-19h
Table Ronde et
Discussion Publique
"Faire commun en santé
autrement"

25/03/2025, 9h-17h
Journée d'études
"Les chantiers des SHS
en santé"

▲ Marseille, Espace Éthique, CHU La Timone

▲ Collectif Construire la Santé en Commun



← Réservation conseillée
← et informations:
← cosco2026.sciencesconf.org

▲ Avec le soutien de : ▲

Espace Éthique
PACA - Corse

Fondation
Après-Tout

PHILO
PHILOSOPHIE
HISTOIRE
CRÉATION
REPRÉSENTATION
UNIVERSITÉ DE LYON
ÉCOLE
DOCTORALE
487

UNIVERSITÉ LYON 3
JEAN MOULIN

IR
LYON

8h30. Accueil café

9h00-9h15. **Introduction générale par le collectif CoSCo**

Sédimentations

9h15-10h00. **Affiches de prévention et construction du « bon patient » - production et reproduction des normes de santé**

Anouchka Divoux (Centre de Recherche sur les Médiations (CREM), Université de Lorraine)
et Valérie Langbach (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILF)
Centre National de la Recherche Scientifique, Université de Lorraine)

Écrits ordinaires du quotidien, les affiches de prévention sont présentées comme des outils informationnels permettant de gérer sa santé. Pour autant, les éléments discursifs en jeu participent à la construction d'un cadre normatif implicite définissant le « bon patient » et les comportements jugés légitimes en santé (Langbach et Divoux, 2025). À partir du projet CARES (*Comprendre, Analyser et Repenser les Énoncés brefs en santé*), cette communication appréhende ces écrits comme des dispositifs de sédimentation du champ de la santé, dans le sens où ceux-ci contribuent à la (re)production de normes (Berlivet, 2013), de rapports de pouvoir et d'une vision individualisée de la responsabilité sanitaire.

Notre approche de ce genre textuel s'inscrit dans l'analyse de discours, approche permettant d'articuler texte et lieu social (Boutet et Maingueneau, 2005). Nous mobilisons par ailleurs la notion de « genre bref » (Dhorne, 2017) pour décrire les contraintes propres aux affiches de prévention : ellipses, implicites, surabondance sémantique et sémiotique, recours à des connaissances partagées. Ces caractéristiques supposent des compétences linguistiques, pragmatiques ainsi que socioculturelles inégalement distribuées, notamment chez les publics en insécurité langagière (Adami et André, 2014 ; Langbach, 2014, 2023), contribuant à renforcer les inégalités sociales de santé (Sørensen *et al.*, 2012).

À travers l'analyse d'un corpus d'affiches de prévention récentes, cette communication montrera que ces affiches participent pleinement à un processus de sédimentation du champ de la santé, en reproduisant, sur le plan discursif, un paradigme de prévention ancien. Tandis que la promotion de la santé (OMS, 1986) vise la transformation des environnements sociaux et la participation collective, les dispositifs analysés privilégient une logique prescriptive centrée sur les comportements de chacun. Ce décalage fige des normes et naturalise des responsabilités individuelles (Foucault, 2004 ; Rose, 2007), rendant ces dispositifs incompatibles avec une santé pensée comme bien commun.

Références :

- Adami, H. et André, V. (2014). Les processus de sécurisation langagière des adultes: parcours sociaux et cursus d'apprentissage. *Revue française de linguistique appliquée*, 19(2), p.71-83.
- Berlivet, L. (2013). Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 60(4), 97-121.
- Boutet, J. et Maingueneau, D. (2005). Sociolinguistique et analyse de discours: façons de dire,

façons de faire 1. Langage et société, 4, p.15-47.

Dhorne, F. (2017). Des genres brefs au genre bref. Dans Colloque international « Le genre bref : son discours, sa grammaire, son énonciation » (p.251-271). Université Aoyama Gakuin, Société de Lettres françaises d'Aoyama.

Foucault, M. (2004). Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979). Gallimard.

Langbach, V. (2014). Analyse et mesure des insécurités langagières chez les adultes en situation d'insertion. Thèse de doctorat. Université de Lorraine.

Langbach, V. (2023). Caractériser les insécurités langagières à l'oral. (p.115-151). Dans Adami, H., André, V. et Langbach, V. (dirs.), Les adultes en insécurité langagière. Enjeux sociaux et didactique. Presses Universitaires du Septentrion.

Langbach, V. et Divoux, A. (2025). Les affiches de santé : des énoncés empreints d'ordre social. Ecrits ordinaires – CEDITEC. Créteil : 12-14 novembre.

Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Rose, N. (2001). The politics of life itself. Theory, culture & society, 18(6), 1-30.

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, p.1-13.

10h00–10h45 . L'Advocacy, une pratique instituant le commun

Océane Paris (chercheuse indépendante)

Si la profession infirmière est associée à une position subalterne dans l'application des prescriptions médicales, elle subit aussi des normes et les légitimités de savoirs et d'actions des institutions¹. Cela peut provoquer le vécu de situation plus-jamais², des situations pour laquelle l'infirmière va se promettre que cela ne se reproduira pas : cette promesse intime, partagée entre soignant.e.s, devient alors une revendication commune. Cet entrecroisement des sphères³ par la revendications à une égalité d'adéquation aux besoins⁴ par l'accès aux soins et savoirs associés⁵, correspond à l'advocacy : la défense de l'intérêt et des valeurs du patient.

L'advocacy clinique (AC) mobilise une agentivité infirmière dans certaines situations où une « passivité apprise »⁶ reproduit des oppressions de genre intériorisés et des mécanismes de délégitimation. Ceux-ci réduisent les problématiques organisationnelles à des problèmes individuels ou émotionnels, incarnés par la figure de « l'infirmière aigrie »⁷. Ainsi, l'advocacy apparaît comme une subjectivation en lutte, un modèle adaptatif⁸ face aux rapports d'oppressions de genre causant des affects inappropriés⁹ dans le soin. Plus la soignante subit des formes d'oppressions sociales, plus il est difficile de pratiquer une AC, délégitimé par un détournement cognitif¹⁰.

Au contraire, l'advocacy organisationnelle (AO), dans une revendication de participation égalitaire aux soins, critique la hiérarchisation entre production de savoirs et administration du soin¹¹ afin de s'inscrire dans une dimension dissensuelle du soin¹². Les éthiques féministes offrent un cadre alternatif pour penser l'AO, notamment par la figure d'une « rabat-joie féministe »¹³ et le renversement du stigmate en revalorisant une conflictualité¹⁴. En refusant de se conformer aux attentes normatives, elle nomme les injustices et revendique davantage d'égalité : le processus d'AO devient alors une pratique instituant le commun afin d'améliorer l'expérience de soin des patients.

Références :

1. Freidson, E. (1988). Profession of Medicine. University of Chicago Press.

2. Wolf, Z. R. & Rager Zuzelo, P., ““Never again” stories of nurses: dilemmas in nursing practice.”

Qualitative health research vol. 16, n°9 (2006), p. 1203

3. Haicault, M. (2022). I. La charge mentale : une histoire, des modes d'organisation, un cadre conceptuel. Dans S. Patron Récits de la charge mentale des femmes : Small stories (2) Hermann.

4. Nussbaum M.C., L'art d'être juste, Paris, Flammarion, collection Climats, 2015.

5. JoAnne Myers and Joan C. Tronto (1998). "Truth" and Advocacy: A Feminist Perspective. PS: Political Science and Politics, 31(4), 808–810. O'Neill, O., From Principles to Practice. Cambridge University Press, 2018

6. Richard, C. (2017) Young Lords : Histoire des blacks panthers latinos, Ed. L'échapée.

7. Allen, D. (2001). The Changing Shape of Nursing Practice: The Role of Nurses in the Hospital Division of Labour. Routledge

8. Khader, J. S., Adaptive Preferences and Women's Empowerment. Oxford and New York, Oxford University Press, 2011.

9. Hochschild, A., R., Le prix des sentiments, (1983), 2017

10. Negarandeh, R. et al. "Patient advocacy: barriers and facilitators." BMC nursing vol. 5 n°3 (2006), 1-8.

11. Dalmiya, V., Caring to Know: Comparative Care Ethics, Feminist Epistemology, and the Mahābhārata, Delhi, Oxford Academic, 2016.

12. Fulford, K.W.M. (2017) La clinique fondée sur les valeurs, De la science aux personnes, Ed Peile.

13. Ahmed, S. & Bonis, O., Les rabat-joie féministes (et autres sujets obstinés) Cahiers du Genre n° 53 (2012), 77-98.

14. Molinier, P. (2020). Le travail du care. La Dispute.

10h45-11h15. Pause

Émergences

11h15-12h00 . Faire émerger un commun pédagogique de la santé : analyse d'un dispositif de partenariat patient en formation initiale au sein d'un IFSI

*Magali Ferrer Rigaud, Élisabeth Rocher, et Julie Giabiconi
(IFSI Centre Capelette, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille)*

Alors que la participation des usagers constitue aujourd'hui un principe largement promu dans les politiques de santé, ses actions concrètes dans les espaces de formation demeurent hétérogènes et encore trop peu documentées du point de vue des SHS. Notre communication s'appuie sur une expérience de partenariat patient développée depuis 2022 au sein d'un IFSI, afin d'analyser les conditions d'émergence de nouvelles formes de construction collective de la santé.

Ce dispositif repose sur l'implication progressive de patients partenaires dans plusieurs unités d'enseignement du référentiel infirmier. Initialement centré sur des interventions ponctuelles fondées sur le partage d'expériences personnelles, le projet a évolué vers des formes de participation plus engageantes, incluant des travaux dirigés, des cours magistraux et la participation des patients partenaires aux évaluations des étudiants lors de mises en situation. Les patients mobilisent leurs savoirs expérientiels pour mettre en récit leur parcours de santé, expliciter leurs attentes vis-à-vis des professionnels et interroger les représentations étudiantes du soin, de la relation thérapeutique et du rôle infirmier.

Inscrite dans le cadre théorique du partenariat patient (modèle de Montréal) et mobilisant les apports des commons studies, notre communication analyse ce dispositif comme une forme émergente de « commun pédagogique de la santé ». Celui-ci se caractérise par une coproduction située de savoirs, de normes et de valeurs, fondée sur l'interaction entre patients partenaires,

formateurs et étudiants. L'analyse met en évidence les dynamiques d'émergence de ce commun, mais aussi les tensions qui le traversent : négociation des rôles, asymétries de légitimité, contraintes liées au référentiel de formation et conditions institutionnelles de reconnaissance du partenariat.

Cette expérience met en évidence que des pratiques pédagogiques ordinaires peuvent favoriser un regard critique sur la formation, en faisant évoluer les relations entre savoirs des patients et savoirs professionnels et en invitant à penser la santé comme une construction collective.

Références :

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., et al. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, HS(1), 41-50.

Flora, L. (2014). Le patient formateur : un nouveau métier pour accompagner un nouveau paradigme.

12h00-12h45 . Agir contre les discriminations dans le soin : vers un renouvellement des savoirs et des pratiques en santé ?

Coralie Nicolle (Centre d'étude des discours, images, textes, écrits, communication (Céditec), Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC) : EA3119)

L'idéal du soin, tel qu'il est formulé sur le plan éthique, est aujourd'hui mis à l'épreuve dans certains espaces, notamment à l'hôpital, où les contraintes organisationnelles tendent à fragiliser les valeurs de bienveillance, d'écoute et d'égalité censées fonder l'acte de soigner. Si la relation de soin est décrite comme un colloque singulier et asymétrique (Fainzang, 2006), dans lequel le médecin est détenteur du pouvoir, ce pouvoir fait aujourd'hui l'objet de remises en question par des soignant·e·s, aux degrés de politisation hétérogènes. Ces critiques s'inscrivent dans un contexte de publicisation croissante des violences et des discriminations en santé, ainsi que dans une attention portée aux rapports sociaux qui traversent la relation de soin et contribuent à invisibiliser certaines expériences corporelles et sociales minorisées.

À partir des premiers résultats d'une enquête sociologique reposant sur des entretiens (n = 25) menés auprès de soignant·e·s et sur des observations réalisées au sein de collectifs engagés contre les discriminations, cette communication propose d'interroger la manière dont ces soignant·e·s critiquent les normes sur lesquelles repose la relation de soin. Il s'agira notamment d'analyser les modes d'engagement qu'ils développent.

Au croisement des axes 2 et 3, cette contribution mettra en lumière les transformations des pratiques et des savoirs médicaux induites par ces engagements, ainsi que la manière dont ceux-ci reconfigurent la relation de soin. Elle interrogera également l'utopie de la santé qui se dessine dans ces discours, entre critique du modèle dominant et expérimentations de nouvelles manières de soigner. Nous montrerons à ce titre comment les initiatives de ces soignant·e·s participent à la promotion d'un modèle de santé « en commun », plus réflexif, inclusif, participatif et collectif, tendant vers une plus grande horizontalité. Ce modèle conduit finalement à repenser les espaces et les temporalités du soin en accordant une place centrale à sa dimension sociale.

Références :

AÏACH, Pierre et FASSIN, Didier, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *Revue du Praticien*, 2004, p. 2221-2227.

DORLIN, Elsa, *Sexe, race, classe : pour une épistémologie de la domination*, 1^{re} éd, éd. Annie, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 313 p.

EHRENREICH, Barbara, ENGLISH, Deirdre, VALERA, Marie, [et al.], *Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*, Paris, Cambourakis, 2016.

FAINZANG, Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Presses Universitaires de France, 2006, 168 p.

FRASER, Nancy, « Rethinking the public sphere : a contribution to the critique of actually existing democracy », *Social Text*, 1990, p. 56 80.

HARAWAY, Donna, « Savoirs situés: la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle », L. Allard, D. Gardey et N. Magnan (sous la dir. de), *Donna Haraway, Manifeste cyborg et autres essais. Sciences-Fictions-Féminismes*, Paris, Exils, 2007.

KOECHLIN, Aurore, *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*, Paris, Éditions Amsterdam, 2022.

SIMON Emmanuelle, ARBORIO Sophie, HALLOY Arnaud et HEJOAKA Fabienne, *Les savoirs expérientiels en santé: fondements épistémologiques et enjeux identitaires*, Nancy, PUN Éditions universitaires de Lorraine, 2020, 273 p.

NELSON, Alondra, *Body and soul: The Black Panther Party and the fight against medical discrimination*, U of Minnesota Press, 2011.

RICHARD, Claire, « La santé autrement : Expériences communautaires, féministes et antiracistes », *Revue du Crieur*, vol. 18 / 1, La Découverte, 2021, p. 30 47.

RUAAULT, Lucile, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34 / 1, 2015, p. 35 50.

12h45-14h00. Pause méridienne (*panier repas pour les intervenant.e.s*)

Projections

14h00-14h45. Vers une santé en commun au Maroc : normes émergentes, solidarités locales et gouvernance participative (*en visio*)

Zineb Khadali (ISPITS Casablanca)

Dans le contexte marocain, penser la santé comme un bien commun implique d'articuler les réformes institutionnelles récentes avec les pratiques sociales et les formes de solidarité déjà existantes. La généralisation progressive de la protection sociale et de l'assurance maladie obligatoire marque une inflexion majeure des politiques publiques de santé vers l'universalisation des droits. Toutefois, ces transformations s'opèrent dans un contexte caractérisé par de fortes inégalités sociales, territoriales et de genre, ainsi que par une centralisation persistante des décisions, qui limitent la participation effective des populations à l'élaboration et à la gouvernance de la santé.

Parallèlement, le Maroc est traversé par des dynamiques de communalité anciennes et contemporaines : solidarités familiales et de voisinage, initiatives associatives, dispositifs de santé communautaire, pratiques de soin non institutionnelles ou issues de savoirs traditionnels. Ces formes d'organisation collective, souvent marginalisées par les cadres biomédicaux dominants, contribuent pourtant de manière significative à la production quotidienne de la santé. Elles constituent un terrain fécond pour interroger l'émergence de nouvelles normes de la santé en commun, fondées sur la coresponsabilité, la proximité et l'attention aux conditions de vie.

Cette communication propose d'explorer les projections normatives et institutionnelles d'une santé en commun au Maroc, en interrogeant les possibilités de modèles alternatifs de gouvernance sanitaire plus inclusifs et participatifs, notamment à l'échelle locale. Elle s'appuie sur les apports des

humanités en santé – en particulier l'anthropologie, la sociologie et la philosophie politique – pour analyser les tensions entre politiques publiques, injonctions internationales et pratiques ordinaires du soin. L'objectif est de mettre en lumière des pistes concrètes permettant de penser et de construire une santé en commun, attentive aux rapports de pouvoir, aux inégalités structurelles et à la pluralité des formes de soin dans le contexte marocain contemporain.

14h45-15h30 . Fonctionner dans la crise : pratiques fanoniennes de la santé mentale communautaire en Martinique

Giuliano Buzzao (Université Paris Nanterre, Laboratoire LESC)

Que se passe-t-il quand un projet innovant en santé mentale communautaire s'égare et entre en conflit avec les institutions censées le soutenir ? Cette communication essaye de répondre à cette question à partir des enjeux et problématiques plus larges qui concernent la gouvernance et l'autogouvernance pour les projets de santé communautaire (Acker, 2024)

Elle repose sur une enquête ethnographique de deux ans menés en Martinique au sein du « Village du Rétablissement » (VDR), un projet innovant de psychiatrie communautaire inauguré en 2021 et situé dans l'enceinte du centre hospitalier « Maurice Despinoy ».

Le VDR visait à constituer une alternative à l'hôpital psychiatrique pour des patients en sortie d'hospitalisation. Ses fondateurs imaginaient un véritable village, ouvert sur le monde et en lien constant avec la cité, pour dépasser ainsi le simple rétablissement psychosocial et construire une politique de déstigmatisation de la souffrance psychique en Martinique, en lien avec son histoire et son territoire.

Dans cette perspective, le VDR misait sur la liberté des personnes concernées et sur leur capacité à se rétablir au sein de la communauté, en s'inscrivant dans l'héritage de Fanon, en continuité du travail du psychiatre martiniquais et de la clinique qu'il a coconstruit en Algérie, puis en Tunisie.

Ce projet connaît plusieurs phases et modalités de fonctionnement avant de trouver, de manière paradoxale, une réelle concrétisation et réussite lors de la période de crise précédant sa fermeture partielle. Nous chercherons à retracer cette crise en mettant en lumière les pratiques, les idées, les possibilités et les perspectives d'action, afin de dégager des pistes de réflexion pour la santé communautaire à partir d'une situation de crise et de conflit avec les institutions.

Référence :

Acker, D. (2024). L'expérience de la santé communautaire en France: une lecture au prisme des communs. Les communs de proximité.

15h30-16h00 . Pause

16h00-17h00 . Discussion générale animée par le collectif CoSCo

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8h30. Accueil café

9h00-9h15. **Introduction générale par le collectif CoSCo**

Sédimentations

9h15-10h00. **Affiches de prévention et construction du « bon patient » - production et reproduction des normes de santé**

Anouchka Divoux (Centre de Recherche sur les Médiations (CREM), Université de Lorraine)
et Valérie Langbach (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILF)
Centre National de la Recherche Scientifique, Université de Lorraine)

10h00-10h45. **L'Advocacy, une pratique instituant le commun**

Océane Paris (chercheuse indépendante)

10h45-11h15. Pause

Émergences

11h15-12h00. **Faire émerger un commun pédagogique de la santé : analyse d'un dispositif de partenariat patient en formation initiale au sein d'un IFSI**

Magali Ferrer Rigaud, Élisabeth Rocher, et Julie Giabiconi
(IFSI Centre Capelette, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille)

12h00-12h45. **Agir contre les discriminations dans le soin : vers un renouvellement des savoirs et des pratiques en santé ?**

Coralie Nicolle (Centre d'étude des discours, images, textes, écrits, communication
(Céditec), Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC) : EA3119)

12h45-14h00. Pause méridienne. (panier repas pour les intervenant.e.s)

Projections

14h00-14h45. **Vers une santé en commun au Maroc : normes émergentes, solidarités locales et gouvernance participative (en visio)**

Zineb Khadali (ISPITS Casablanca)

14h45-15h30. **Fonctionner dans la crise : pratiques fanoniennes de la santé mentale communautaire en Martinique**

Giuliano Buzzao (Université Paris Nanterre, Laboratoire LESC)

15h30-16h00. Pause

16h00-17h00. **Discussion générale animée par le collectif CoSCo**