

**Appel à communications du RT 19**  
**« Santé, Médecine, Maladie et Handicap »**

**7<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Française de Sociologie**  
**« Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie »**  
**Amiens, du 3 au 6 juillet 2017**

Le Centre Universitaire de Recherches sur l'Action Publique et le Politique -  
épistémologie et sciences sociales (CURAPP) et l'Université de Picardie Jules  
Verne accueilleront le 7<sup>ème</sup> congrès

Conformément aux éditions précédentes, les sessions du congrès organisées par le RT 19 sont ouvertes à toute proposition portant sur le champ de la santé, de la médecine et des soins, de la maladie et du handicap.

Pour ce congrès 2017, le RT 19 propose huit sessions, dont quatre conjointes qui seront organisées avec le RT 1 (Savoirs, travail et professions), le RT 31 (Sociologie du sport et des activités physiques), le RT 38 (Sociologie de l'environnement et des risques) et le RT 50 (Socialisations).

**Les propositions de communication doivent être transmises aux responsables dont les noms et adresses mail figurent en bas du texte de chaque session, au plus tard le 24 février 2017.**

- Le format attendu des propositions est de **2 500 à 3 000 signes (espaces compris)**, comprenant la présentation de l'objet de recherche, la problématique, la méthodologie et les résultats.
- Il convient d'indiquer en tête de page : les prénom et nom, fonction et appartenance institutionnelle des auteurs, l'adresse électronique à utiliser pour les échanges, **ainsi que l'intitulé de la session dans laquelle vous pensez vous inscrire**. Merci de mentionner également s'il s'agit d'un travail de thèse en cours.
- **Nous vous remercions de bien vouloir nommer votre fichier de la façon suivante : nom.prenom.doc**

Les propositions seront sélectionnées en fonction de leur qualité scientifique et de l'intérêt du matériau empirique mobilisé.

## 1. Sessions organisées en propre par le RT 19

### Session 1 : Le gouvernement de la santé et des populations

Cette session propose d'étudier les dimensions politiques des transformations contemporaines de la santé, entendue au sens large, *i.e.* touchant aussi bien la santé que la santé publique, la santé au travail, la santé mentale ou environnementale... Elle vise à interroger les formes de régulation entre les différents acteurs de santé et les nombreuses institutions qui participent à leur définition ou à leur redéfinition, les mises sur agenda politique (ou non), le passage d'une gestion des risques sanitaires à une gestion de la sécurité sanitaire, et leurs conséquences sur le gouvernement (ou la gestion) de la santé et des populations – en particulier sur les populations dites vulnérables, dépendantes ou en perte d'autonomie –. Interroger les réformes de santé revient à interroger le gouvernement de populations et les nouveaux rapports de pouvoir entre Etat, assurances maladie, protection sociale, professionnels de santé et du médicosocial et société. Comment, et par quels acteurs, se formulent et se reformulent les politiques de santé (allant des plans nationaux de santé à la prise en charge de la santé des personnes mineures isolées, précaires, handicapées, en perte d'autonomie, âgées, et très âgées, exilées et réfugiées...)? Comment les politiques de santé s'articulent-elles avec d'autres politiques publiques (travail, environnement, droit d'asile...)? Autour de quels enjeux? Quels sont leurs impacts sur la redéfinition des frontières entre secteurs (sanitaire, médico-social, environnemental, etc.)? Comment, dans quelles arènes, ces frontières sont-elles débattues? Comment les réformes de santé modifient-elles les façons de prendre en charge les personnes et leur entourage proche (aidant, famille...), voire contribuent-elles à exclure certaines personnes? Comment pèsent-elles sur les conditions d'accès aux soins, et donc sur l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins? Comment se redéfinissent les vulnérabilités sanitaires et sociales? Quelle est la place de l'industrie pharmaceutique dans la redéfinition des questions de santé? Quelles formes de gouvernement ou de gestion des populations se dessinent?

Le périmètre de cette session est ainsi volontairement large. Cette session accueillera des propositions faites à partir de travaux empiriques, à des échelles d'observations différentes et/ou sur des objets variés, dès lors qu'elles auront pour objectif d'analyser et d'éclairer les formes contemporaines du gouvernement de la santé et des populations. Les travaux portant sur les réformes de santé des deux dernières années (loi de modernisation du système de santé, loi NOTRe...) et sur le gouvernement de la santé des personnes exilées et réfugiées seront particulièrement appréciés.

Cette session 1 est organisée par Hélène Cléau-André et Lynda Sifer-Rivière.

Adresses mail pour les soumissions : [cleauhelene@yahoo.fr](mailto:cleauhelene@yahoo.fr) ; [lynda.sifer.riviere@gmail.com](mailto:lynda.sifer.riviere@gmail.com)

### Session 2 : Quel pouvoir des patients ?

Nous souhaitons interroger, dans cette session, l'évolution des rapports de pouvoir entre professionnels et usagers dans le domaine de la santé. Depuis la fin des années 1990, une place croissante est accordée aux citoyens dans le système de santé, conformément à l'idéal de démocratie sanitaire. Il s'agit de permettre aux « nouveaux malades » d'être acteurs de leur santé, en rupture avec un modèle paternaliste asymétrique en crise depuis les années 1970. L'autonomie des patients est promue comme une valeur centrale dans les relations de soin.

Qu'en est-il cependant de l'autonomie réelle des publics dans la sphère de la santé? Quelles sont les modalités de participation des « profanes » à l'organisation des soins? En quoi les rapports de pouvoir au sein des mondes de la santé se sont-ils modifiés? Ne se sont-ils pas également perpétués sous d'autres formes? Entre « crise » du pouvoir médical et

reconnaissance accrue des savoirs expérientiels, le patient peut-il véritablement endosser son rôle d'acteur ou fait-il face à de nouvelles formes de domination de la part de la profession médicale ?

Les propositions de communication pourront interroger la manière dont les patients et leurs représentants s'inscrivent aujourd'hui dans les rapports de pouvoir en santé. Cette problématique pourra être abordée dans les interactions avec les professionnels du soin, comme la consultation, mais au-delà, tout au long du parcours de soin. Elle pourra être déclinée au plan interindividuel comme institutionnel, à travers l'étude des mobilisations collectives ou des nouveaux cadres d'expression (consultatifs ou délibératifs) offerts aux patients ces dernières décennies.

Cette session 2 est organisée par Benjamin Derbez et David Saint-Marc.

Adresses mail pour les soumissions : [bderbez@gmail.com](mailto:bderbez@gmail.com) ; [david.saint.marc@free.fr](mailto:david.saint.marc@free.fr)

### **Session 3 : Inégalités sociales de santé et intersectionnalité**

Les différentiels de pouvoir, de statut et de ressources contribuent directement à la production d'inégalités de santé, de qualité de vie, et même de longévité dans la population. En France, ces inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées et difficiles à infléchir. En amont du système de santé et de protection sociale et de son action propre (de reproduction, de réduction, ou d'amplification), elles s'enracinent dans les oppositions de classe, les processus de stratification ou encore de discrimination sociale. On ne peut dès lors que redouter les effets sur la santé de l'accroissement des inégalités observé depuis quelques années, en France et dans le monde. Si de nombreuses disciplines (épidémiologie, économie, géographie, etc.) s'emparent aujourd'hui de cet objet, il doit continuer à bénéficier des apports de la sociologie et du renouvellement des façons de penser les rapports sociaux qui structurent notre société.

Cette session accueillera donc des travaux portant sur les inégalités sociales de santé, leur genèse et leurs conséquences, mais aussi sur les manières dont elles sont appréhendées par différents acteurs du champ (politiques ou administratifs, professionnels du soin ou du social, monde associatif, patients ou encore chercheurs). La dimension « sociale » de ces inégalités renvoie ici aussi bien aux gradients sociaux classiques (économique, culturel, socio-professionnel), qu'aux inégalités territoriales, aux rapports sociaux de sexe ou encore aux rapports « ethno-raciaux ». Le sexe et l'origine migratoire ont été progressivement constitués comme des variables socio-démographiques à considérer systématiquement dans le champ sanitaire. Un certain nombre de paradoxes apparaissent alors, que la sociologie doit contribuer à éclairer (des femmes globalement dominées et parfois en moins bonne santé que des hommes, mais présentant une meilleure longévité ; des comparaisons entre santé des migrants et santé des autochtones aux résultats divergents selon les contextes, etc.). Le croisement de ces variables dans une perspective intersectionnelle amène à travailler simultanément les différents rapports de pouvoir à l'œuvre. Cela contribue à renouveler notre intelligibilité des processus produisant la santé ou la maladie, tout en invitant à réfléchir à la pertinence et aux limites des processus de catégorisation opérés, contre les risques d'essentialisation. Certaines propositions pourront d'inspirer de cette approche.

Sont attendus des travaux qualitatifs aussi bien que quantitatifs, qu'ils envisagent la santé de façon globale ou qu'ils ciblent des pathologies ou des dimensions de la santé précises, à une échelle macro ou micro.

Cette session 3 est organisée par Géraldine Bloy et Yannick Le Hénaff.

Adresses mail pour les soumissions : [gbloy@u-bourgogne.fr](mailto:gbloy@u-bourgogne.fr) ; [yannick.le-henaff@univ-rouen.fr](mailto:yannick.le-henaff@univ-rouen.fr)

#### **Session 4 : Bricolages et hybridations entre le psychologique, le biologique et le social en santé et en santé mentale**

Dans le champ de la santé, pour la plupart des maladies chroniques, et plus spécifiquement dans le champ de la santé mentale, le raisonnement en termes d'interaction « bio-psycho-environnementale » s'impose désormais sur la recherche d'un ordre de causalité. Cette approche, reposant sur des données dites factuelles, est promue en particulier dans les textes des politiques publiques qui soulignent l'existence d'une pluralité de « facteurs » agissant sur le capital physique, psychique et social des individus. Il découle de cette approche des façons particulières de penser les processus pathologiques ainsi que les réponses thérapeutiques légitimes.

Ainsi, s'agissant des troubles de la santé mentale, la désignation d'une complexité d'interactions tend à disqualifier les approches psychanalytiques au nom de l'absence de scientificité de ses hypothèses fortes sur le sens des symptômes. A l'inverse, ce sont les conceptions de la santé « totale », se forgeant au sein de la pensée biomédicale, qui s'imposent comme les plus pragmatiques sur le plan explicatif et sur celui du rétablissement. Par exemple, les thérapies comportementales et cognitives, bien que se fondant sur les observations portant sur le fonctionnement du cerveau, travaillent essentiellement à la réadaptation de l'individu à son environnement. Plus largement, la lecture bio-psycho-environnementale semble alors surtout justifier un travail sur les « capacités » permettant de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement des personnes présentant un trouble physique ou psychique. Dans ce contexte, la prescription et les usages de psychotropes se donnent à (ré)-interroger : en effet, l'importance donnée à l'action sur les symptômes porteurs de souffrance « cliniquement significative » et qui sont les plus incapacitants socialement semble créer de nouvelles continuités entre traitement médical et traitement psychologique. Par exemple, pour certaines associations de patients, l'important est de proposer aux patients un large choix de réponses thérapeutiques, à adapter aux « besoins » de chacun, sans présumer de la supériorité d'un traitement par rapport à un autre.

Partant de ces constats, on souhaite interroger les modalités de réception et d'appropriation de cette lecture bio-psycho-environnementale chez l'ensemble des acteurs du champ de la santé et de la santé mentale dont les frontières sont parfois poreuses (exemple des maladies neurodégénératives, des addictions). Parmi les professionnels, on peut en effet faire l'hypothèse qu'elle fait l'objet de bricolages et de négociations, dans les discours qui portent sur les causes et le développement des troubles comme dans les pratiques auxquelles cette approche donne lieu. On questionnera également dans cette perspective les entrecroisements et les articulations entre les différentes disciplines et expertises, ou le discours sur le « social » de la médecine et/ou de la psychiatrie. Sur le plan des pratiques, on s'intéressera aussi aux hybridations caractérisant les réponses thérapeutiques « intégratives » – qui proposent d'agir simultanément sur les mécanismes psychiques, physiques, émotionnels, sociaux... Du côté des patients ainsi que des associations, on interrogera les logiques avec lesquelles ils se saisissent de la lecture bio-psycho-environnementale en lien avec les demandes de reconnaissance ou encore de déstigmatisation des troubles.

Cette session 4 est organisée par Nadia Garnoussi, Florent Schepens et Lynda Sifer-Rivière.

Adresses mail pour les soumissions :

[ngarnoussi@gmail.com](mailto:ngarnoussi@gmail.com) ; [florent.schepens@u-bourgogne.fr](mailto:florent.schepens@u-bourgogne.fr) ; [lynda.sifer.riviere@gmail.com](mailto:lynda.sifer.riviere@gmail.com)

## 2. Sessions conjointes

### **Les professionnels des soins face à la rationalisation des univers de la santé**

#### ***Session conjointe RT 19 « Santé, médecine, maladie, handicap » et RT 1 « Savoirs, travail et professions »***

Le processus de rationalisation, comme dimension fondamentale du *new public management*, se retrouve au cœur des évolutions de fond que connaît le champ de la santé et de la santé mentale. S'il se décline et se traduit de différentes manières selon les domaines d'activité, les institutions et leurs objectifs, ce processus est très largement solidaire aujourd'hui des impératifs d'efficience des pratiques et du contrôle des dépenses.

Pour une partie des professionnels, tout particulièrement ceux dont le métier recouvre des compétences relationnelles, ces impératifs signifient l'augmentation des contraintes qui pèsent sur la réalisation du travail de soin et en fragilisent les dimensions considérées comme les plus nobles (celles qui touchent à l'« humain »). Pour les cadres, et notamment ceux dits « de proximité », les injonctions à la rationalisation prennent un autre sens. Ces encadrants de première ligne (par exemple, cadres de santé) ont pour mission de faire accepter et appliquer des décisions souvent synonymes de restructurations et restrictions douloureuses pour les agents, sans avoir participé à l'élaboration de ces mesures et sans forcément y adhérer. Cette transformation des cadres de métier en managers perturbe donc les rapports entre professionnels du soin et leur chef immédiat, mais également les rapports de pouvoir entre cadres situés aux différents niveaux de la lignée hiérarchique.

Dans les structures de soins, ces contraintes sont générées en particulier par l'augmentation du traçage des activités, des dispositifs de contrôle de qualité, de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'aune de critères standardisés, ensemble de dispositifs qui relève d'un pilotage gestionnaire médico-économique. Face aux effets des réaménagements du système de soins, les professionnels déploient une diversité de réponses qui vont des stratégies d'adaptation, d'instrumentalisation aux techniques de contournement et de résistance, via des usages spécifiques d'outils, méthodes, procédés et règles qui leur sont imposés.

Ce sont à ces différentes stratégies que nous nous intéresserons et à leurs registres de justification, plus particulièrement ceux qui produisent des formes de critique sociale. Ainsi, nous pourrions interroger les manières dont les acteurs s'approprient certaines analyses et notions produites par les sciences sociales pour construire leur vision du système de soin et de ses évolutions. Ces analyses peuvent par exemple alimenter la conception d'une intensification des pratiques de « contrôle » et de « normalisation » des individus au nom des objectifs de performance et de rentabilité. Plusieurs domaines pourront être abordés sous l'angle de ces questionnements :

- celui des conceptions des acteurs et des groupes professionnels qui sont à la fois les récepteurs, passeurs, producteurs, « applicateurs » et « transformateurs » du processus de rationalisation des soins de santé ;
- celui des pratiques thérapeutiques elles-mêmes, notamment celles qui voient se croiser des logiques de conformation et de résistance aux objectifs d'efficience et d'efficacité ;
- celui des revendications des mouvements de patients, également révélatrices de tensions entre la défense de l'évaluation des « bonnes » pratiques professionnelles et la dénonciation de la « déshumanisation » latente que les finalités proprement gestionnaires engendreraient.

Cette session conjointe est organisée par Sophie Divay et Nadia Garnoussi.

Adresses mail pour les soumissions : [sophie.divay@wanadoo.fr](mailto:sophie.divay@wanadoo.fr) ; [ngarnoussi@gmail.com](mailto:ngarnoussi@gmail.com)

## **Sport-santé et sport-bien être : une réflexion à renouveler**

***Session conjointe RT 19 « Santé, médecine, maladie, handicap » et RT 31 « Sociologie du sport et des activités physiques »***

La pratique sportive est fréquemment présentée comme un vecteur de santé. Les politiques publiques, mais aussi le monde médical, associatif et sportif, confortent cette appréciation, et encouragent à travers force dispositifs une activité physique à visée sanitaire, sociale et psychique. Ces initiatives visent en particulier - mais pas exclusivement - des publics vulnérables ou considérés "à risques". Ces rapprochements entre sport et santé au sens large (voire bien-être) méritent d'être questionnés par le regard sociologique. Ils s'ancrent dans des héritages socio-historiques qui gagneraient à être resitués. Les rapports de pouvoir et les processus de moralisation dans le cas du sport-santé sont à questionner à l'articulation entre des normes médicales, sociales et sportives et leur réappropriation (ou non) par les institutions, les collectifs divers (associatifs, collectivités locales, professions établies ou émergentes), les professionnels de terrain, les patients ou les pratiquants. L'étude des activités physiques à visée sanitaire couvre ainsi un large spectre, de la construction sociale de ces problèmes jusqu'à leur réappropriation par les acteurs, en passant par les manières dont elles prennent sens et se configurent dans l'activité.

Au regard des questionnements exposés ci-dessus, les propositions de communication pourront porter sur l'action publique, la mise en place de dispositifs, leur (ré)appropriation par les professionnels de la santé ou du sport, les publics visés, etc. Elles pourront également mettre en lumière les difficultés de certains publics vulnérables (médicalement ou socialement) à accéder à la pratique sportive, ou à se « convertir » à ces usages de l'activité sportive. Les propositions pourront s'ancrent dans des contextes variés, dès lors qu'elles interrogent l'usage de pratiques physiques dans un contexte sanitaire ou socio-sanitaire, à partir d'approches théoriques et de terrains variés.

Cette session conjointe est organisée par Hélène Joncheray, Yannick Le Hénaff, et Géraldine Bloy.

Adresses mail pour les soumissions :

[helenejoncheray@yahoo.fr](mailto:helenejoncheray@yahoo.fr) ; [yannick.le-henaff@univ-rouen.fr](mailto:yannick.le-henaff@univ-rouen.fr) ; [gbloy@u-bourgogne.fr](mailto:gbloy@u-bourgogne.fr)

## **De la santé à l'environnement et réciproquement**

***Session conjointe RT 19 « Santé, médecine, maladie, handicap » et RT 38 « Sociologie de l'environnement et des risques »***

Nées de dynamiques scientifiques qui leur sont propres, les sociologies de la santé, la médecine et la maladie et de l'environnement sont amenées de façon croissante à questionner la frontière entre leurs objets d'études respectifs. Pour la première, l'environnement n'est plus tout à fait un « ce qui nous entoure » un peu général, tandis que pour la seconde la santé n'est plus seulement une conséquence lointaine de dégradations écologiques. Au cours de ces dernières décennies, la problématique environnementale a ainsi (ré)émergée dans les objets d'étude de la sociologie de la santé, la médecine et la maladie avec tout autant de force que la problématique sanitaire a (re)surgi dans les objets d'étude de la sociologie de l'environnement. A ce titre, les RT19 et RT38 organisent une session conjointe afin de partager leurs expériences respectives concernant les articulations et tensions entre problématiques environnementales et sanitaires. De la santé à l'environnement et réciproquement, comment chacun dé/re/construit son objet, apprend de l'autre et apprend à l'autre? Comment pérenniser

ce dialogue et ses apports heuristiques? Ce questionnement se déclinera tout particulièrement à partir du thème fédérateur du 7<sup>ème</sup> congrès de l'AFS : Sociologie des pouvoirs et pouvoirs de la sociologie. Quels pouvoirs les sociologies de la santé, la médecine et la maladie, et de l'environnement appréhendent, dévoilent, déconstruisent ou reconstruisent-elles? Quel est en retour leur pouvoir en face d'enjeux questionnant rien moins que l'humanité et la nature, leurs interactions et leur survie respective ... ou plutôt commune?

Réflexions théoriques, retours d'expériences méthodologiques, résultats de travaux empiriques disciplinaires ou pluri/interdisciplinaires sont attendus pour nourrir les échanges entre sociologies de la santé, de la médecine, de la maladie et de l'environnement. Les propositions de communications pourront s'inscrire dans la liste thématique non exhaustive suivante:

- La santé environnementale, ses formes, ses déclinaisons et sa montée en puissance dans les discours militants, politiques, professionnels (agricoles, biomédicaux, du bâtiment...) et médiatiques ;
- Les nouvelles pratiques ou activités qui émergent à l'hôpital autour des questions de santé environnementales (exposition aux pesticides, cancers, maladies professionnelles...);
- Les cumuls entre risques "naturels" et vulnérabilités/risques socio-sanitaires (conditions de vie/déterminants de la santé...);
- La gestion des médicaments et des prélèvements médicaux : domicile, ville, hôpital et toutes structures médicales et médico-sociales ;
- La construction sociale, professionnelle et médicale de nouveaux risques sanitaires liés à l'environnement (cancers, perturbateurs endocriniens...);
- Les impacts environnementaux des politiques sanitaires... et réciproquement : entre local et global (par exemple, les effets du Plan National Santé Environnement (PNSE), qui a vocation à répondre aux préoccupations françaises sur les conséquences sanitaires à court et moyen terme de l'exposition à certaines pollutions de leur environnement, et ses déclinaisons actuelles dans les Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE), co-pilotés par les agences régionales de la santé, les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement) ;
- L'obsolescente ou la permanence du dualisme nature/culture au prisme de la santé environnementale ;
- Les intersectionnalités entre inégalités sanitaires et environnementales.

Cette session conjointe est organisée par Lynda Sifer-Rivière, Hélène Cléau et Cécilia Claeys.

Adresses mail pour les soumissions : [sifer@vjf.cnrs.fr](mailto:sifer@vjf.cnrs.fr) ; [cleauhelene@yahoo.fr](mailto:cleauhelene@yahoo.fr) ; [cecilia.claeys@univ-amu.fr](mailto:cecilia.claeys@univ-amu.fr)

### **Quelle(s) socialisation(s) à la santé ?**

***Session conjointe RT 19 « Santé, médecine, maladie, handicap » et RT 50 « Socialisations »***

Cet appel commun aux RT 19 « Santé, médecine, maladie, handicap » et RT 50 « Socialisations » vise à poser la question de la socialisation à la santé, à travers celle de la fabrique du « bon » patient et de la construction des « bonnes » dispositions qui font l'individu « acteur » et « responsable » de sa santé. Il est attendu des communications qu'elles étudient précisément les instances de socialisation (hôpital, médecine ambulatoire, familles, administrations et politiques de santé publique, associations, médias, pairs...) qui sont en jeu, ou les modalités des processus de socialisation examinés (socialisation explicite ou implicite, totale ou diffuse, « douce » ou « forte », pour reprendre les termes de l'appel général du RT

50), ou encore leurs effets (apprentissage pratiques et cognitifs, rapports à la médecine ou au corps, souci de soi et des autres...). Les résistances, actives ou passives, adaptations ou prédispositions des personnes à ces processus de socialisation à la santé entrent également dans le périmètre de la session, tout comme les travaux qui étudieraient les socialisations aux médecines ou aux normes alternatives.

Cette session conjointe est organisée par Géraldine Bloy et Muriel Darmon.

Adresses mail pour les soumissions : [gbloy@u-bourgogne.fr](mailto:gbloy@u-bourgogne.fr) ; [muriel.darmon@ehess.fr](mailto:muriel.darmon@ehess.fr)