

# Les ateliers de pédagogie sociale, une pratique collective comme outil de médiation en santé

Carole Galloy

Dans le cadre du Diplôme Universitaire

Médiation en Santé

Année 2025

Sous la supervision du Professeur Olivier Bouchaud

Remarques préliminaires :

Dans un souci d'inclusion orthographique des genres, il est choisi, dans ce mémoire, de déroger à la règle voulant que le masculin, considéré comme genre « neutre », l'emporte sur le féminin. Nous utiliserons donc l'écriture inclusive à l'aide du point (.) et du pronom « ielle » pour relater la diversité d'une catégorie représentée. Comme nous le verrons dans ce mémoire, les règles font et défont les normes et réciproquement. La médiation en santé tend à amoindrir les inégalités, la manière d'écrire à son propos le tentera aussi.

Bonne lecture.

Remerciements :

Je remercie tout d'abord mes cohabitant.e.s qui m'ont soutenue dans cette aventure de formation professionnelle et écriture du mémoire, pour le meilleur et pour le pire, mes camarades de l'association Ancrage qui m'accompagnent dans la concrétisation quotidienne d'une utopie sociale, l'ensemble de la promotion du DU médiation en santé : corps enseignant et apprenant.e. s avec qui les débats en classe ou à la machine à café ont été porteurs, Nadia Said qui m'a dit vouloir me lire à un moment où tout cela ne faisait plus sens et ma famille de sang et de cœur qui me soutient matériellement et émotionnellement.

Introduction .....	p4
I.    Les inégalités en santé : « en France là où on soigne tout le monde mais pas de la même manière » .....	p5
A. Une analyse structurelle et matérielle du public qui fréquente des ateliers de pédagogie sociale à Nancy, quartier des trois maisons.....	p5
B. Précarité, pauvreté et isolement .....	p7
C. Le racisme et le sexisme dans l'accès et la prise en charge de la santé.....	p9
II.    les ateliers de pédagogie sociale: une tentative d'action sur les inégalités à la santé globale .....	p14
A. Histoire et mise en pratique de la pédagogie sociale .....	p14
b. Influences théoriques .....	p14
c. Protocole .....	p16
B. Des exemples concrets d'ateliers et l'analyse de leurs bénéfices sur la santé globale d'un groupe d'individu.e.s .....	p18
III.    Des dispositifs d'ateliers de groupe qui « soignent l'institution » .....	p24
A. Clinique st Alban et psychothérapie institutionnelle : une institution qui s'émancipe .....	p24
B. expérience de stage en centre de santé communautaire .....	p24
a. La promotion de la santé ....	p25
b. L'éco-soin ....	p26
c. Sportif et culturel en autogestion ....	p27
C. . Vers la santé planétaire.....	p 28
a. Au jardin en Santé. ....	p28
b. Comme ailleurs dans le monde, et si la santé était au centre de la société ? ....	p29
Conclusion .....	p30

Introduction :

Ce mémoire professionnel va se présenter comme une conférence gesticulée mais à l'écrit c'est-à-dire comme un mélange de savoirs chauds et de savoirs froids. Les savoirs chauds se réfèrent à l'ensemble de mes savoirs expérientiels : en tant que pédagogue et professeure d'arts plastiques au sein de l'école publique, de militante et fondatrice d'une association de quartier d'entraide envers les exilé.e.s et médiatrice en santé stagiaire. Les savoirs froids font échos à des savoirs plus scientifiques appris pendant ma formation de DU Médiation en Santé à l'université Paris La Sorbonne Nord, de janvier à juin 2025 tenue par des professionnel.les de la médiation en santé et du champ médical.

Je ne suis pas encore médiatrice en santé mais dans ma pratique de pédagogie sociale, je me suis retrouvée à gérer des problématiques de santé, ce qui m'a poussée à suivre cette formation.

Avec ce mémoire je vais essayer de comprendre en quoi les ateliers de pédagogie sociale peuvent permettre la construction d'un lien de confiance et d'un cadre sécurisant pour agir sur l'amélioration de l'état de bien être des individu.e.s d'un même quartier. En cela nous verrons comment ces ateliers peuvent être un outil de médiation en santé. Plus qu'en agissant sur des trajectoires individuelles mises côte-à-côte, nous verrons comment la pédagogie sociale peut être considérée comme un outil d'émancipation collective qui participe aux processus de transformation sociale pour une amélioration de la santé collective et environnementale à l'échelle d'un quartier.

Plus généralement, cela nous permet de construire une réflexion autour de l'accès à la santé : en travaillant à plus petite échelle, en considérant une santé plus localisée et adaptée aux besoins, nous porterons une critique sur les conceptions de la santé, ou du système de santé institutionnelle davantage homogénéisé et standardisé.

Dans un premier temps nous verrons dans quel contexte et auprès de quel public les ateliers de pédagogie sociale peuvent avoir du sens. Nous nous demanderons d'où viennent leurs empêchements vers la bonne santé. Dans une seconde partie, nous décortiquerons l'histoire puis le protocole des ateliers de pédagogie sociale en nous appuyant sur des exemples concrets pour en nommer les bénéfices en écho aux constats de la première partie. Enfin nous regarderons de plus près les institutions médicales qui utilisent les ateliers collectifs dans les processus d'amélioration de la santé dont le centre de santé communautaire dans lequel j'ai fait mon stage. Le tout, pour ouvrir sur la notion de santé planétaire, dans un monde globalisé, où les comportements des un.e.s ont des conséquences sur la vie des autres.

## **Partie I : Les inégalités de santé : « En France on soigne tout le monde mais pas de la même manière »**

### A. Une analyse structurelle et matérielle du publique qui fréquente des ateliers de pédagogie sociale à Nancy, quartier des trois maisons.

Lors de la formation – DU médiation en santé- nous avons écrit collectivement la définition de la médiation en santé :

« La médiation en santé est un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès au soin des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'information. C'est un processus de tissage de liens, d'interface, entre les professionnel.le.s de santé et les patient.e.s qui permet de les maintenir dans le système de santé et de réduire les inégalités de santé. Le médiateur, la médiatrice doit faire preuve d'écoute active, d'allers-vers, de non jugement et d'une utilisation maîtrisée de son réseau pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnel.le.s de santé concernant les difficultés des patient.e.s à réaliser leur parcours de soins. »

J'ajouterai à cela que le médiateur ou la médiatrice doit être conscient.e et vigilant.e vis-à-vis des rapports de dominations structurels qui organisent la société et qui se jouent sur les territoires sur lesquels ielle exerce. Avoir une lecture de ces rapports de pouvoir, liés à la classe sociale, au genre, à la race sociale<sup>1</sup> des patient.e.s, lui permettra de sortir d'une expertise individualisante qui peut avoir des effets culpabilisants sur les patient.e.s qui n'ont pas toujours la main mise sur tous les aspects pouvant améliorer leur santé. Ainsi, dans quel contexte social et politique s'inscrit l'action de médiation en santé en France, et plus particulièrement à Nancy dans un quartier appelé les 3 maisons, en 2025 ? Cette question me paraît essentielle pour trouver des outils appropriés à la situation de chacun.e, au-delà d'un accompagnement uniquement individuel (toutefois nécessaire) défini avec la personne en lien avec sa singularité biologique et sa culture<sup>2</sup> acquise tout au long de la vie. Je me servirai donc de la sociologie dans cette partie pour analyser les classes sociales dans

---

<sup>1</sup> En sciences sociales, la racialisation est les processus par lequel des personnes ou des groupes sont assignées à une catégorie raciale. Il s'agit de construction sociale, produit du racisme scientifique, la notion de race humaine n'ayant aucun fondement biologique.

<sup>2</sup> J'aime utiliser la définition de la culture, vue en cours avec le professeur Bouchot : « Ce qui nous reste quand on perd la mémoire » . C'est-à-dire tout ce qui fait quelqu'un par l'acquis de son expérience (en lien avec la famille, l'école, sa religion, sa curiosité individuelle, son parcours de vie, ses pratiques communautaires etc.)

lesquelles s'inscrivent les personnes qui viennent aux ateliers de pédagogie sociales, qui rencontrent des difficultés et des discriminations dans leur parcours de santé, et qui en arrivent à être écartées du droit commun.

Il me semble pertinent et adéquat d'user de la sociologie puisque : « La sociologie pose des constats, c'est rendre une photo à un instant de la société. Elle n'est pas là pour imposer des normes mais plutôt elle les révèle»<sup>3</sup>. En suivant cette réflexion, l'objectif de ce mémoire n'est pas de créer de nouveaux stéréotypes, ni généralités, mais plutôt de regarder les chiffres pour comprendre comment est organisée une société dans sa globalité, la nôtre, tout en sachant que certains parcours individuels dérogent aux statistiques et que certaines catégories se croisent. Il paraît utile de s'intéresser à la manière dont se sont construites la santé et la médecine pour comprendre comment se sont construites les inégalités<sup>4</sup>. Les études sociologiques permettent de constater qu'il existe des déterminants sociaux en santé qui sont des éléments indépendant de la santé physique innée, mais qui sont liés à la géographie spatiale et sociale de l'entourage d'un.e patient.e. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les déterminants sociaux de la santé se définissent comme des :

« (...) circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques »<sup>5</sup>.

Ces déterminants sont sociaux, ils sont corrélés aux inégalités sociales auxquelles parfois s'ajoutent des discriminations de genre et de race, et cela impacte de fait l'évolution de la santé de chacun.e.s. Comme le dit si bien Foucault : les dominations s'inscrivent dans les corps et façonnent des destins physiques différenciés<sup>6</sup>, c'est ce qu'il appelle le biopouvoir.

---

<sup>3</sup> Citation de Laure Bérini lors d'un interview dans l'émission Cest dans l'air de Médiapart le 6mai 2025.

<sup>4</sup> La sociologie de la santé est d'abord apparue comme une sociologie de la médecine, et plus encore de la profession médicale, distincte voire distante d'une société des classes sociales et plus largement des rapports sociaux. Or, il y a beaucoup à gagner à étudier la médecine comme une pratique inscrite dans un milieu (au sens social et territorial du terme) et dans un système de soin. En effet, la pratique médicale ne varie pas seulement en fonction de la transformation des règles régissant la profession médicale ; elle change également selon les milieux, le système de soin dans lequel elle s'exerce et selon les rapports de force qui s'y ajoutent.

<sup>5</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Mesure%20des%20inégalités%20sociales%20-%20déterminants%20sociaux%20et%20territoriaux%20de%20la%20sante.pdf>

<sup>6</sup> [https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/06/16/le-biopouvoir-ou-la-gouvernance-des-corps-vue-par-michel-foucault\\_6084307\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/06/16/le-biopouvoir-ou-la-gouvernance-des-corps-vue-par-michel-foucault_6084307_3232.html)

En France « on soigne tout le monde mais pas de la même manière »<sup>7</sup>. Cette citation a retenu mon attention car elle renseigne un double mouvement : non seulement les personnes qui auraient le plus besoin de soin, car une santé plus fragilisée (liée très souvent à la précarité, ce que nous verrons plus loin) ne vont pas forcément se faire (bien) soigner, mais les soignant.e.s ne mobilisent pas le même accueil à toutes les personnes en fonction de leur âge, genre, origine supposée, situation administrative etc. Pendant la pandémie du Covid-19 par exemple nous avons bien vu que certaines populations étaient plus à risque que d'autres. Cette crise sanitaire d'ampleur inédite n'a pas frappé de la même façon la population en France, selon le niveau socio-économique, l'origine géographique, le genre ou la classe d'âge<sup>8</sup>. Nous allons décortiquer rapidement ces catégories sociales pour comprendre comment agir ensuite dessus avec la pédagogie sociale. A Nancy, dans le quartier des trois maisons, nous recevons des enfants, des adultes, pour certain.e.s en situation irrégulière, majoritairement Roms et musulman.e.s. la grande majorité des adultes sont des femmes.

## B. Précarité, pauvreté et isolement

Laurent Ott, développe une réflexion intéressante sur la différence entre la pauvreté et la précarité et ce que cela permet ou empêche. Le pédagogue social explique que :

« La précarité n'est pas la pauvreté car elle n'induit pas du tout la même attitude dans la vie. Le pauvre a peu ; mais ce peu, il s'emploie constamment à en faire un "peu plus". Ce peu est maîtrisé et détermine des stratégies de survie et de créativité qui génèrent également de la solidarité et de la coopération avec d'autres qui comme eux, ont peu. C'est un peu qui est "commun" à d'autres, qui détermine une expérience partagée, qui ne déprime pas mais pousse au contraire à la relation avec les "autres comme nous". Ce qui frappe la société occidentale depuis plus de quarante ans n'est pas encore ou pas seulement la pauvreté ; c'est autre chose, c'est la précarité. La précarité génère de l'isolement social, des attitudes de repli de dépression et surtout un interdit de ressentir, de vivre et comprendre que le vécu individuel peut être un pont avec les autres. Chaque précaire vit sa précarité comme une lutte qui l'épuise et qui se déploie en priorité et avec intensité vis-à-vis de ses plus proches. Nul n'est plus senti comme l'ennemi ou le rival du précaire, qu'un membre de sa propre famille, son voisinage, ou les autres "comme soi"<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Revue Z N°17 : Saint-Étienne - Soigner la santé

<sup>8</sup> Le racisme et le sexisme dans l'accès et la prise en charge de la santé.

<sup>9</sup><https://www.laurent-ott-formations.org>

La précarité se caractérise comme une situation d'incertitude vis-à-vis de l'avenir. Ainsi, l'avenir et sa durée ne sont pas assurés, en découle une absence de sécurité permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux et de bien-être. Cette insécurité peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus graves et parfois définitives. Les sécurités dont il est question sont multiples : le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social et surtout la confiance en l'institution. Ces situations de précarité se construisent et s'accumulent, parfois dès le début de la vie des personnes. En effet, les inégalités sociales de santé agissent dès la naissance : selon le site du gouvernement, deux fois plus d'enfants d'ouvrier.e.s que d'enfants de cadres se trouvent déjà en surpoids en grande section de maternelle. Par la suite, les maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, lombalgies...) touchent plus les personnes des classes populaires. De fait, à long terme, les ouvrier.e.s vivent moins longtemps, tandis que les cadres et professions intellectuelles sont en meilleure santé et ont l'espérance de vie la plus longue. Ces inégalités sociales de santé sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe et elles ont tendance à s'accroître<sup>10</sup>.

La précarité crée des stigmates physiques parfois visibles et une mésestime de soi. Dans le livre *Sur les dents*<sup>11</sup>, l'auteur explique bien les ponts entre précarité et soin dentaire. Cette problématique est très intéressante car nos dents sont un facteur de bonne santé visible quand on souhaite s'exprimer ou exprimer des émotions, le sourire par exemple. Une mauvaise haleine, des dents cassées (violences conjugales), une hygiène buccale sommaire, peuvent créer de la honte. La honte de sourire en dit long sur les liens entre bien-être physique et état mental. De plus la précarité peut paralyser et empêcher d'aller vers le soin de soi. Ces stigmates sont parfois même discriminés au sein du système de santé. Les personnes précaires ne sont pas toujours bien accueillies dans les centres de santé pour des raisons administratives et de pauvrophobie<sup>12</sup>.

Nous avons vu que la précarité entraîne des situations d'éloignement du soin, éloignement qui n'est pas que du fait de conditions matérielles mais aussi du fait de mésestime de soi et de violence symbolique. Je m'appuierai encore sur les études sociologiques pour aller plus loin dans la

---

<sup>10</sup> Site santé.gouv

<sup>11</sup> Cyran, O. (2021). *Sur les dents : ce qu'elles disent de nous et de la guerre sociale*. Paris : La Découverte.

<sup>12</sup> En 2016 ATD quart Monde crée le mot « pauvrophobie » pour désigner les discriminations subies par les pauvres, l'accueil dans les institutions médicales en est une.

compréhension des éloignements au droit commun. Je vais utiliser le concept d'intersectionnalité<sup>13</sup> pour comprendre que tout le monde ne vit pas la précarité de la même manière, car à cela peut se combiner et s'ajouter des discriminations handiphobes, homophobes, sexistes et racistes durant leur parcours de soin, et plus largement dans leur quotidien.

### 3. Le racisme et le sexisme dans l'accès et la prise en charge de la santé.

#### a. le racisme structurel

Le racisme, en termes de systèmes organisés au sein des sociétés qui provoquent des inégalités de pouvoir, de ressources, de capacités et d'opportunités entre les groupes raciaux ou ethniques, est en augmentation dans de nombreux contextes nationaux. Il prend la forme de croyances, de stéréotypes, de préjugés, de discriminations, de menaces et d'insultes ouvertes. Le système de santé publique n'en est pas exempt.

Myriam Dergham explique que la médecine française n'a pas vocation à être raciste :

« Heureusement, ce serait un raccourci énorme. On est encore dans un système de santé aujourd'hui où on paye selon ses moyens et on reçoit selon ses besoins. Toutefois, les soignants sont des êtres humains. Qui dit êtres humains dit failles et dit qu'on arrive tous avec notre bagage éducatif, socioculturel, nos biais cognitifs, qu'on va d'ailleurs apprendre également à l'hôpital. Et notre rôle en sciences sociales, c'est de mettre le doigt là-dessus afin de minimiser au maximum tous ces biais pour que tous les patients soient traités de la même façon ».<sup>14</sup>

En France on prône avec fierté l'universalisme des lumières. On oublie le passé colonial de la même période qui a encore des impacts aujourd'hui sur les corps des descendants des pays colonisés : expériences médicales sur les corps noirs pendant la traite négrière aux zoos humains. La science occidentale n'a toujours pas fait son *méa culpa*. La médecine coloniale justifiait une hiérarchie des races et donc l'esclavage. (Tout comme l'homosexualité a été considérée comme une maladie mentale jusque dans les années 1980). Des expériences ont été faites sur les corps juifs

---

<sup>13</sup> Crenshaw, K.-W.-. et Bonis, O. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39(2), 51-82. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>.

<sup>14</sup> <https://egalite-diversite.univ-lyon1.fr/2025/04/14/replay-de-la-table-ronde-sur-le-racisme-en-sante/>

pour faire avancer la médecine pendant la seconde guerre mondiale. La médecine a donc participé à construire des corps et des races et à justifier leur hiérarchies. Dans un cours d'éthique cette année nous avons vu que la notion de consentement n'est arrivée que tardivement et que mettre les patient.e.s au cœur de leurs choix sans paternalisme est encore en travail. Cette Histoire crée des traumatismes, de la méfiance et du rejet par rapport à la fiabilité de l'institution scientifique. Mais surtout, elle fabrique des stéréotypes qui autorisent des biais racistes dans la prise en charge des patient.e.s même si la loi est la même pour tous et toutes

Dorothée Prud'homme, travaille, sur les effets pratiques des catégorisations ethno raciales appliquées aux patient.e.s Roms à l'hôpital. Elle constate que ces catégorisations entraînent des traitements différenciés selon la classe sociale, le sexe et l'origine (réelle ou supposée) et des voies par lesquelles ces derniers opèrent<sup>15</sup>.

Tout le monde connaît le stéréotype du syndrome méditerranéen, expliqué également par Myriam Dergham. Ce dernier, consiste à penser que les femmes arabes exagèrent leur douleur, par conséquent celles-ci sont moins bien prises en charge. En hausse dans les pays occidentaux, l'islamophobie subie par les femmes voilées est un facteur d'exclusion qui crée des conséquences sur la santé mentale et sociale<sup>16</sup>. Nada Negraoui parle de stéréotypes intégrés dans ses travaux où elle explique qu'à force d'être stéréotypées, les personnes concernées intègrent ces stéréotypes racistes, s'y conforment et parfois en viennent à se détester<sup>17</sup>.

Ce paragraphe nous a permis de montrer que la médecine a participé à construire une hiérarchisation des corps, des races et des manières dont on les soigne. Ces catégorisations ont encore des effets comme on l'a montré dans les pratiques de certains médecins, mais aussi, a des effets sur les manières dont les patient.e.s se perçoivent.

---

<sup>15</sup> <https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-4-page-49?lang=fr>

<sup>16</sup> <https://www.courrierinternational.com/article/minorites-les-effets-de-l-islamophobie-sur-la-sante-mentale-des-musulmans-indiens>

<sup>17</sup> Nada Negraoui a écrit une thèse: Le repli communautaire des musulmans de France comme stratégie identitaire pour faire face à la stigmatisation: le rôle modérateur des politiques d'intégration ?

## b. Sexisme systémique :

Nous avons vu en cours avec Olivia Gross que les femmes subissent ce qu'on appelle des injustices épistémiques<sup>18</sup>. Dans la relation médecins-patient.e.s, ce concept a permis de montrer le préjudice qu'un patient subit dans certaines situations qui l'empêche de participer pleinement en tant qu'acteur lors d'une consultation. Ces injustices peuvent être testimoniales, c'est à dire qu'une femme est moins crédible quand elle parle, perçue comme inapte à connaître les sciences. Sa parole n'est pas considérée et par conséquent cette femme s'autocensure et ne se sent pas légitime pour parler de son diagnostic de santé.

Encore une fois cela s'explique par une histoire patriarcale de la médecine occidentale. Quand bien même il existe des femmes médecins depuis l'antiquité, elles ont toujours été minoritaires et à de trop nombreuses périodes, voir exclues de la médecine. Pour autant, depuis la nuit des temps, beaucoup de femmes se transmettaient des savoirs vernaculaires sur la santé, car elles ont toujours été au centre du soin dans les sociétés. Elles ont toujours été assignées au soin de l'autre mais pas à LA santé. Dans son livre « Une guerre mondiale contre les femmes, Des chasses aux sorcières au féminicides », Silvia Federici<sup>19</sup> parle de dépossession des savoirs et savoirs faire des femmes pour donner place petit à petit à une médecine paternaliste et très souvent humiliante. Des sociologues contemporaines comme Aurore Koechlin, expliquent dans leurs recherches<sup>20</sup> que de manière paternaliste on surmédicalise les femmes dans leur santé reproductive là où on priorise la bonne santé des hommes dans le domaine scientifique. Par exemple on fait de moins bons diagnostics des infarctus chez les femmes que chez les hommes. Les symptômes sont moins (re)connus et la prise en charge est moins bonne.

Le validisme peut également être une source d'exclusion comme le montre le témoignage de cette personne bègue qui n'a jamais osé prendre part à des activités collectives à cause de son handicap:

---

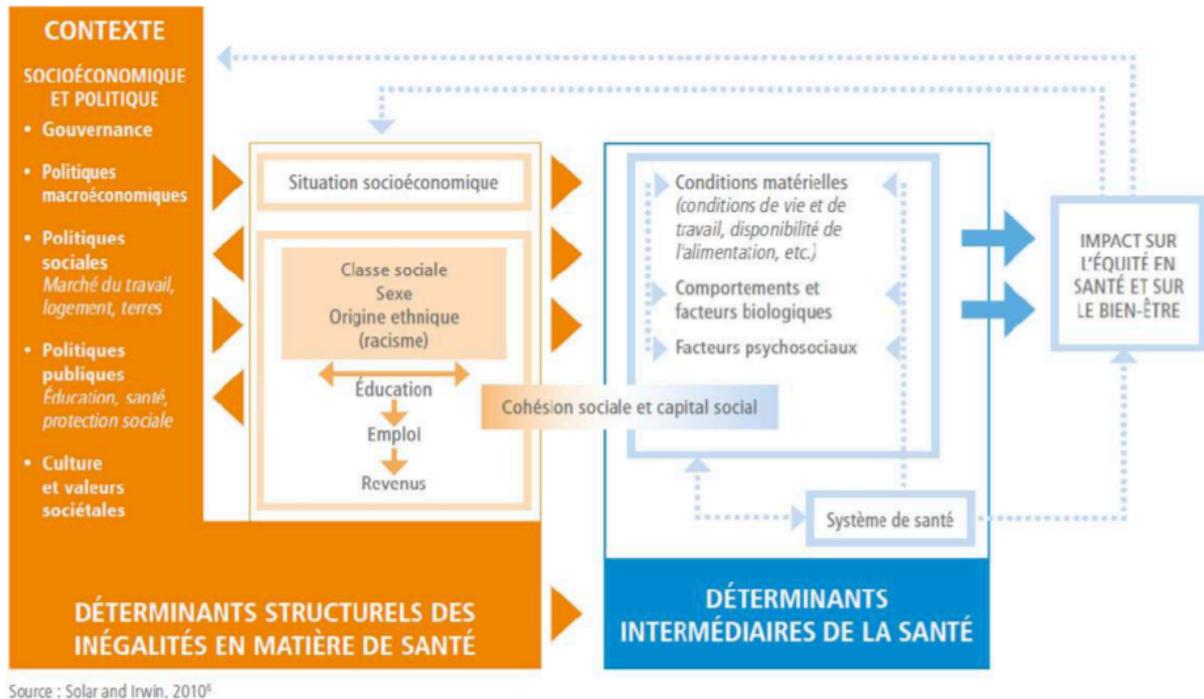
<sup>18</sup> Le concept d'injustice épistémique (*epistemic injustice*) a été introduit par la philosophe Miranda Fricker (2007) pour signifier un type d'inégalité qui se manifeste dans l'accès, la reconnaissance, et la production des savoirs ; appliqué et développé dans de nombreux domaines de l'épistémologie sociale, y compris dans le domaine de la santé.

<sup>19</sup> Federici, S. (2021). *Une guerre mondiale contre les femmes : des chasses aux sorcières au féminicide* (É. Dobenesque, Trad.). Paris : La Fabrique.

<sup>20</sup> Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*. Paris : Éditions Amsterdam.

« Il va sans dire que cette infirmité dressait un obstacle entre moi et le monde extérieur. C'est le premier son qui a du mal à sortir ; il est, en quelque sorte, la clé de la porte qui sépare mon univers intérieur du monde extérieur (...) », Le pavillon d'or (Mishima Y., 1956)

Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de santé peut être résumé dans le schéma suivant :



*Schéma vu en cours, lors de la réservation du Château en Santé à Marseille.*

## Conclusion de Partie

Quand Laure Pitti se demande : « pourquoi le système de soin n'est pas en mesure de compenser les inégalités sociales de santé et contribue à les (re) produire », cela me rappelle les constats souvent déprimants que je fais en tant qu'enseignante de l'éducation nationale et grande défenseuse de l'école publique. Sous couvert d'égalité des chances dans l'école publique tout le monde pourrait transformer sa condition en « travaillant ». Ce postulat méritocratique est encore plus culpabilisant pour les personnes qui n'ont pas la main mise sur tous les facteurs de leurs échecs. Ces réflexions m'amènent à me questionner sur le rôle de médiation en santé. Loin de moi

l'idée de dire que le système de santé est à lui seul maltraitant, il s'inscrit dans une société hiérarchisée et libérale. Le manque de moyens matériels et humains est la première cause de la dégradation d'accueil dans les hôpitaux et centres de santé. La marchandisation des services remplace le tissu relationnel familial et amical et de voisinage, qui se désagrège en même temps que la société s'individualise. Les lois sécuritaires qui ferment les grilles des écoles, qui rendent suspicieux tout regroupement de personnes ajoutent à la difficulté à se rencontrer entre voisin.e.s.

La médiatrice ou le médiateur en santé peuvent elles avoir un impact positif dans tous ces parcours ? Comment redonner de la confiance en soi, dans les autres et dans l'institution dans ce cadre ? Dans une société validiste<sup>21</sup> et individuelle, comment se sentir moins seul.e, comment sortir de la méfiance ou la culpabilité, comment créer des solidarité-entraide géographique ?

On pourrait penser que j'ai fait beaucoup de détours pour aborder la question des ateliers de pédagogie sociale mais il faut comprendre que la pédagogie sociale est un procédé clairement lié à l'état de la société sous toutes ses formes. Il se propose de regarder la société avec lucidité et de changer de focale pour agir sur le monde social et les individu.e.s. Et il tente d'agir sur le retour à une horizontalité réelle entre les genres, les classes, les races sociales, les âges dans sa pratique. De plus la pédagogie sociale ne produit pas un changement social en s'appuyant sur la création d'environnements privilégiés comme les écoles ou institutions sociales et culturelles, elle propose de travailler dans l'environnement réel des groupes et des personnes et de le modifier collectivement.

---

<sup>21</sup> Issu dans les années 2000 des disability studies, le validisme est un terme militant qui désigne un système d'oppression sociale que subissent les personnes handicapées. <https://www.sudeducation.org/13295-2/>

## Partie 2 : Les ateliers de pédagogie sociale pour un retour vers la santé globale.

« La notion de sécurité peut recouvrir des réalités bien différentes. Il y a la sécurité de savoir que, statistiquement, vous avez moins de chances de recevoir une flèche en plein cœur. Et puis il y a celle de savoir que, si jamais cela vous arrive, vous serez entourés de personnes compatissantes <sup>22</sup> ».

Dans cette partie, en s'appuyant sur la définition officielle de la santé selon l'OMS, et en considérant tous les empêchements à cette santé développés dans la première partie, nous allons comprendre comment les ateliers de pédagogie sociale sont une tentative de réponse positive pour amoindrir les discriminations en santé. Dès 1986, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Réfléchir à l'amélioration du bien-être social me semble essentiel et le point de départ d'une escalade vers le mieux. Par ricochet, le bien-être mental est clairement lié et par effet de causalité, l'amélioration du bien-être physique en découle « bien dans ma tête bien dans mon corps ».

### A. Histoire et mise en pratique de la pédagogie sociale

#### a. Influences théoriques:

Clairement inspirée de l'éducation populaire et des pédagogies critiques théorisées par Paulo Freire, et illustrée par des ateliers de rue dans les favelas au Brésil, la pédagogie sociale est un procédé émancipateur qui a lieu là où vivent et habitent les gens concernés. Les ateliers gratuits et réguliers doivent suivre un protocole d'inconditionnalité d'accueil bien particulier.

En France, La Pédagogie sociale s'inscrit également dans une longue histoire, notamment à travers l'œuvre du philosophe allemand Paul Natorp (1854-1924), qui a défini la Pédagogie sociale comme « *théorie de l'éducation, « pour », « à travers » et « avec » la société* ». Le concept a été ensuite développé par Helena Radlinska (1879-1954), en Pologne, en définissant la Pédagogie sociale comme « *pédagogie de transformation de la société* » et « *pédagogie de la totalité de l'expérience de la vie* ». La pédagogie sociale, dans son essence s'adapte et se réinvente en fonction

---

<sup>22</sup> Graeber, D., & Wengrow, D. (2021). *Au commencement était... Une nouvelle histoire de l'humanité* (É. Roy, Trad.). Paris : Les Liens qui libèrent. Ici l'auteur aborde le fait qu'en Europe au temps des lumières, des pauvres mourraient de faim et qu'en comparaison à la même période, des sociétés amazoniennes s'organisaient autour du partage.

des territoires sur lesquels elle agit. Par exemple bell hooks, afroféministe Etatsunienne en a fait une pratique d'ateliers décoloniaux auprès d'une population afro-américaine discriminée. En France, le « Chantier de Pédagogie sociale », lié au mouvement de la Pédagogie Freinet, définit la Pédagogie sociale, en référence à trois notions clefs : éduquer- transmettre-transformer.

D'après la coordination nationale de la pédagogie sociale la définition de la pédagogie sociale pourrait être la suivante :

« La Pédagogie sociale apparaît dès lors comme un système théorico-pratique destiné à soutenir des initiatives sociales qui visent à transformer concrètement les conditions d'existence et l'environnement des groupes et des publics définis indistinctement à la fois comme acteurs et bénéficiaires. La Pédagogie sociale ne se propose donc pas, comme dans le Travail social classique d'accompagner des groupes « exclus » ou en « marge » vers une normalité et un équilibre problématique, mais bien davantage d'organiser ces groupes pour améliorer leurs conditions d'existence, en s'impliquant dans la vie locale, la vie sociale, et leur environnement, ainsi que dans les institutions qu'ils fréquentent<sup>23</sup> ».

Tout comme dans la médiation en santé, comme nous l'apprenons dans notre formation, l'idée n'est surtout pas de faire à la place des usager.e.s mais bien de faire ensemble et de proposer des outils pour que les personnes s'émancipent par elles-mêmes et donnent du sens à ce qu'elles font en lien avec leur propre vie . Ce procédé n'est surtout pas de créer une énième dépendance caritative ou tutelle sociale paternaliste. Il est question ici d'émancipation collective et donc d'ateliers en groupe. L'organisation en groupe ne cherche pas à nier les individu.e.s et leur singularité, bien au contraire, nous allons voir qu'en « faisant groupe », on ré-estime son soi unique.

*Je tiens à souligner que mes parents étaient dans une volonté d'émancipation, de libération et non pas dans un esprit de charité, de bonnes oeuvres.*

Cristina HEINIGER, fille de Paulo Freire,

Irène Pereira, pédagogie contemporaine, précise dans une émission radio sur France culture<sup>24</sup> qu'utiliser les pédagogies critiques au sein des pédagogies institutionnelles est possible, que cela consiste à apprendre à lire et à écrire de manière critique, pas juste de déchiffrer et comprendre mais aussi d'analyser la société en état de conscience des rapports sociaux qui la

---

<sup>23</sup> Définition posée dans un manifeste, par les acteurs en pédagogie sociale, réunis sous ce même nom <https://laragedusocial.org/la-pedagogie-sociale/>

<sup>24</sup> Emission radio : Le Brésil, le pouvoir contre l'école ? France culture, 17 février 2019

structurent. Se situer dans un groupe social, situer ce groupe social dans la société pour que l'émancipation individuelle passe par l'émancipation du groupe auquel l'individu est lié.

### b. Le protocole

Les ateliers dits « de pédagogie sociale » ont un cadre avec des règles bien définies pour être porteurs d'amélioration du bien être social. Le point le plus essentiel est l'accueil inconditionnel. Chaque habitué.e ou nouvellement arrivé.e doit se sentir accueilli.e, considéré.e. C'est dans cette notion d'accueil que j'ai retrouvé des similitudes avec le cours sur le counselling<sup>25</sup> et d'écoute active, enseignées par Stephanie Esteve. La suspension de jugement et la congruence sont des postures indispensables au bon déroulé de l'atelier. Les personnes ne doivent pas se sentir culpabilisées si elles arrivent en retard ou partent plus tôt car leur réalité est celle-là. Pour autant les ateliers commencent toujours à la même heure et finissent à la même heure. Cela pose un cadre nécessaire pour créer de la confiance et de la sécurité.

Les ateliers commencent en cercle. Le cercle de culture, comme l'appelle Paulo Frere, implique une disposition spatiale où tout le monde est à égalité : tout le monde est à égale distance du centre. Le cercle symbolise l'égalité de chaque participant.e dans le dialogue. Dans le cercle, chacun.e voit tout le monde et donc chacun peut s'adresser à tout le monde. Les ateliers se terminent également en cercle autour d'une petite « météo », autre outil d'éducation populaire qui consiste à dire comment on se sent, si l'atelier nous a plu, ce qu'on aimerait faire la prochaine fois, ce qui nous a déplu et pourquoi. Ces rituels peuvent être rassurants. Ils sont aussi un moyen de travailler les compétences psychosociales. Formée au programme PRODAS<sup>26</sup>, je remarque que lors de ces espaces de conclusion d'atelier, les personnes apprennent à repérer leurs émotions, parfois les nommer. Cela leur permet de se sentir entendu.e.s et donc les faire exister. Bien entendu, pendant ces moments de météo d'ouverture et de fermeture d'atelier, il n'est pas obligatoire de parler. Il faut du temps pour se sentir capable de parler de soi devant les autres. Le temps long est une notion que nous allons revoir tout au long de cette partie, elle est indispensable pour obtenir des changements positifs dans la vie des gens. Du temps pour se rencontrer, se sentir en confiance, pour faire confiance aux autres, et pour se faire confiance à soi. Le fait d'être accueilli.e de la même

---

<sup>25</sup> L'Écoute Active est une technique d'accompagnement développée à partir des travaux de C. Rogers, psychologue humaniste américain du milieu du XXe siècle. Ce concept est fondé sur le fait que chaque être humain a en lui-même les ressources nécessaires à son développement personnel.

<sup>26</sup> <https://www.prodass.fr/le-prodass-programme-de-developpement-des-competences-psychosociales-de-lenfant-et-de-lenseignant/>

manière peu importe l'âge, le genre, la langue, la religion, permet de retrouver de l'estime de soi, retrouver de la dignité mais aussi d'accepter les autres.

La régularité des ateliers est essentielle si les personnes veulent être sûres qu'elles peuvent compter sur le groupe. Tout le monde n'aura pas besoin ni envie de venir toutes les semaines, ne pourra pas forcément, mais pour d'autres cela deviendra un rendez-vous indispensable et attendu. Certaines personnes s'autonomiseront et n'auront plus besoin de ces espaces assez tôt pour se sentir mieux et seront alors pris dans de nouvelles dynamiques, pour d'autres cela prendra des années. Certaines personnes repassent plus occasionnellement dire bonjour pour faire de la convivialité, cela est signe de reconnaissance du groupe même si la personne s'est émancipée des ateliers et ne ressent plus le besoin de venir régulièrement. Peu importe le calendrier, peu importe que ce soit l'été ou l'hiver. Beaucoup de personnes ne sont pas concernées par le calendrier normatif (vacances scolaires, jours fériés...) ou au contraire en sont encore plus vulnérables (solitude). Cela devient un repère spatiotemporel (même jour, même heure, même lieu) qui peut redonner des repères et du sens à une vie, du mouvement dans une perte d'envie, de l'élan vers autre chose. J'ai souvent entendu lors d'un atelier « s'il n'y avait pas l'atelier je n'aurais pas bougé de mon lit » « j'ai attendu toute la semaine que ce soit mercredi ! » Nous finissons toujours les ateliers en se disant « au revoir, à la semaine prochaine » comme une promesse qu'on sera encore là mais que là l'atelier est fini.

Il y a donc ce protocole à respecter mais ensuite l'activité en soi proposée lors des ateliers est très variable : cuisine, jardinage, jeux de plateaux, enquête scientifique, activités artistiques et manuelles, percussions, etc. Elle peut être proposée par une personne du groupe en amont et/ou choisie collectivement. Elle peut aussi être en lien avec la réalité du groupe, célébrer un anniversaire, faire des travaux dans la maison de quartier. L'idée est de partir des idées, envie des individu.e.s tout en proposant autre chose de différent. Il s'agit de valoriser la « culture » de l'autre, tout en cultivant la curiosité vers autre chose et ainsi sortir légèrement de sa zone de confort dans un cadre sécurisant. C'est bien de cette sécurité perdue dont nous avons parlé dans la première partie, liée à la précarité des usagè.e.s, que nous tentons de retrouver avec la pédagogie sociale. Pour également redonner de la considération à leur parole, les femmes des ateliers osent proposer des ateliers. Elles deviennent force de proposition pour l'ensemble du groupe. Elles se sentent ainsi écoutées et comprises dans un parcours, comme nous l'avons vu dans une première partie, où leur ressentis et besoins sont souvent dévalorisés.

## B. Exemples d'ateliers pour illustrer mon propos concrètement :

Avec l'association de quartier Ancrage à Nancy<sup>27</sup>, nous organisons des ateliers de pédagogies sociales tous les mercredis et parfois certains dimanches. Par exemple, les personnes voisin.e.s d'un même quartier se retrouvent pour un atelier cuisine. L'objectif est simple : fabriquer le gouter que l'on partagera ensemble ensuite. Cet atelier permet de se retrouver dans le faire, délier les langues, se parler banalités dans un premier temps, et de choses plus intimes ensuite. Certaines personnes ne parleront pas mais seront là avec leur langage corporel. Le fait de cuisiner ensemble sort de la cellule individuelle familiale où ce sont souvent les mêmes personnes qui y sont assignées. Et aussi, certaines personnes qui vivent seules ne cuisinent même plus pour elle. Ce moment est une possibilité de raconter des anecdotes sur des plats, des recettes liées à une histoire familiale parfois lointaine (pour des personnes exilées) parfois douloureuse (pour de personne en rupture familiale) des anecdotes ironiques pour des personnes surmenées. Autour de l'atelier on apprend les uns les autres à prononcer les ingrédients en plusieurs langues (ce qui valorise une langue maternelle souvent disqualifiée par la république française sous prétexte de communautarisme (l'arabe, le roms...)). On devient fier.e de qui on est. On rigole car on se trompe en prononçant mal le mot. On partage du rire. Ces moments vont redonner de la confiance et de l'estime, ce qui désamorce les stéréotypes intégrés contre soi-même expliqué dans la première partie, théorisés par Nada Negraoui.

Le met terminé, on s'assoie ensemble à une table et on partage un repas.

Dans la rue, le lendemain, on se salue car on se (re)connaît.

Autour du repas une personne peut aborder un souci « je n'ai pas de voiture pour nouveau travail qu'on m'a trouvé » et peut être qu'une autre va pouvoir dire « ah, mais mon cousin il travaille dans un garage il peut t'aider » ou « savez-vous comment remplir ce dossier administratif compliqué ? » C'est bien le rapport de confiance lié à un cadre, au fait de se voir régulièrement et au fait de ne pas venir pour un rendez-vous car on a peur d'être jugé.e mais c'est parfois autour d'une tout autre activité que cela peut avoir lieu, plus simplement. Ces espaces de convivialité qui crée de l'entraide améliorent la santé mentale. Ces ateliers permettent de créer des liens sociaux et de là solidarité pour palier à des conditions d'existence et de créer des interstices que système de santé ne permet pas toujours tellement il est parfois surplombant .

---

<sup>27</sup> <https://ancrage-nancy.org/site/>

C'est dans le contexte de ces ateliers réguliers que des problématiques clairement de santé physique ont été abordées sous diverses formes : de l'écoute, parfois du partage d'expériences. Des conseils échangés de la recette de grand-mère aux propositions de massage. Cela ne remplace pas un diagnostic médical mais le simple fait de considérer sa douleur, d'accepter des conseils est un pas vers une envie de prendre soin de soi. Parfois, certaines personnes échangent, lors de ces moments, des adresses de professionnels de santé où il et elle se sont senti.e en confiance ou l'inverse. Ces espaces de convivialité qui créent de l'entraide améliorent la santé mentale. Lors de ces moments , se tissent de la mutualisation de savoirs, de savoirs faire. Nous avons vu en cours l'importance des partenariats et du réseau. Cela me fait penser à la minga en Amérique du sud:

« En Abya Yala, ce principe s'incarne dans différents modes de mutualisation des tâches, ressources et biens nécessaires aux travaux et constructions collectives : déménager une maison, cultiver un champ, construire un bâtiment. La minga c'est quand des personnes, voisin-es et communautés travaillent ensemble en même temps, qu'ils et elles partagent la joie, la convivialité, la rencontre, et l'expérience de la force collective »<sup>28</sup>

Lors de la formation, nous avons eu plusieurs interventions d'associations qui font de la médiation en santé, qui utilisent des moments de repas (de sa préparation) au moment de son partage, pour accompagner les démarches d'accès à la santé. L'association Uraka de Paris 18e par exemple amène des repas « traditionnels » aux malades de l'hôpital pour leur rappeler leur pays d'origine et se sentir plus proches ainsi de leur famille restée au pays<sup>29</sup>.

Une autre association d'aide au Chibanis de Saint Etienne organise des « tupercare » , moment de discussion sur la santé autour d'un goûter partagé<sup>30</sup>.

Si l'on s'appuie sur les mots de Tosquelles, psychiatre et fondateur de la psychanalyse institutionnelle : « Il y a de l'institution partout où il y a rassemblement ou convocation répétitive, le bistrot du coin pouvait le cas échéant le devenir à condition de pouvoir y rencontrer avec une certaine fréquence les mêmes personnes ». Les ateliers de pédagogie sociale deviennent une

---

<sup>28</sup> extrait du livre Révolution de notre temps écrit par les peuples veulent. <https://thepeopleswant.org/fr/manifesto>

<sup>29</sup>[https://www.gouttedor-et-vous.org/\\_URACA-BASILIADE\\_](https://www.gouttedor-et-vous.org/_URACA-BASILIADE_)

<sup>30</sup> Revue Z N°17 : Saint-Étienne - Soigner la santé

institution en soi. Mais une institution où les usagèr.e.s en sont partie prenante, à la fois acteur, actrices et bénéficiaires.

Les ateliers de Pédagogie sociale ne sont pas que des moments édulcorés où il est juste question de se faire du bien. Des sujets très sérieux de santé publique et santé environnementale peuvent être mis sur la table. Par exemple, avec un groupe d'enfants et adolescent.e.s nous avons réalisé un podcast « solidamitié »<sup>31</sup>. Pendant cet atelier de plusieurs séances, nous ont appris des techniques comme la prise de son, le montage audio et avons pu faire un état des lieux des associations solidaires du quartier, formelles ou non. Nous avons également réfléchi à la notion d'amitié, à l'entraide. Nous avons fait des micro-trottoirs dans le quartier, ce qui a permis de se sentir à l'aise pour aller parler aux gens dans la rue et surtout pour se rendre visible, exister et ne plus raser les murs, ce qui était le cas pour certaines jeunes filles.

Lors d'un autre atelier nous avons fabriqué des voitures en cartons pour faire ensuite une course de voitures sur un terrain vague du quartier. Encore une fois, prendre l'espace pour des minorités comme des familles maghrébines, stigmatisées, ou des Room Kosovars dans un quartier mixte est déjà une réussite. La thématique de la voiture nous a permis d'aborder les questions de pollutions (pollution sonore dans la rue, prévention routière, pollution environnementale). Nous avons aussi fabriqué une carte sensible<sup>32</sup> pour se repérer dans le quartier dans un premier temps, en indiquant les endroits importants pour les personnes de l'atelier (et non pas ceux habituellement posés sur un plan de ville). Puis dans un second temps, nous avons fait une carte des itinéraires choisis indiquant où on souhaiterait aller si notre voiture avait des ailes. On a parlé des moyens de transport pour arriver en France dans un parcours d'exil, on a situé des pays, parlé de distance géographique et de distance du cœur. On a mis la maison de quartier au centre de la carte car c'est là que nous nous sommes tous et toutes rencontré.e.s.

Reprendre la ville est une notion abordée par Lefebvre<sup>33</sup> dans son ouvrage « le droit à la ville ». L'auteur y critique la production contemporaine de l'urbain, qui fait appel de manière

---

<sup>31</sup> Si vous souhaitez écouter : <https://soundcloud.com/monahkl/sets/atelier-radio>

<sup>32</sup> Une carte sensible est une image utilisant une partie des règles de la sémiologie graphique pour représenter une information relevant du sensible ou de l'émotionnel. Se plaçant plutôt du côté des méthodes dites qualitatives, la carte sensible prend acte des limites des outils traditionnels de représentation de l'espace pour refléter certains aspects du réel, notamment l'espace par les acteurs (et en particulier les acteurs peu dotés en capital spatial et culturel).

<sup>33</sup> Lefebvre, H. (1968). *Le droit à la ville*. Paris : Anthropos.

généralisée « aux principes de planification et de fonctionnalisme qui provoquent alors l'éviction des classes populaires des quartiers centraux ». Dans ce nouveau façonnement des villes, le citoyen se voit imposer une homogénéisation des styles de vie. Pour Lefebvre, le droit à la ville a pour but de donner la possibilité aux habitants de participer à la création de l'urbain. Avec les ateliers, les habitant.e.s se donnent le droit d'exister dans la ville.

Dans cette dynamique de se réappropriier les espaces, nous avons organisé un atelier « décoloniser la voute céleste ». De manière assez exceptionnelle nous nous sommes retrouvé.e.s un soir fin août, à 23h00 sur ce même terrain vague, où une personne est venue nous raconter toutes les histoires liées aux constellations dans le monde entier et ce, en nous décentrant du point de vue eurocentré. Cela a permis de valoriser d'autres mythologies, d'autres légendes, d'autres géographies du ciel. Les enfants ont inventé des constellations. Les enfants nouvellement arrivés de Palestine ont parlé du ciel de Gaza et ce fut la première fois que, traumatisé.e.s, ils et elles abordaient la question de la guerre.

S'appropriier la ville la nuit est aussi un vrai travail de mise en confiance pour certaines personnes, notamment les femmes victime de violence physiques et psychologiques qui vivent avec une peur intégrée lors de leurs déplacements.

Au cours d'une discussion, une pédagogue sociale d'un quartier de Saint Denis<sup>34</sup> me témoigne que lors d'un atelier dans le centre social de quartier, les mères des enfants constatent que leurs enfants sont tous malades. Elles remarquent en discutant qu'il n'y a pas de chauffage dans l'école. Elles joignent alors leurs personnes et leurs forces pour créer une délégation pour leur parole auprès de la mairie afin d'améliorer l'état de l'école de quartier. Elles obtiennent gain de cause. Cette victoire est une victoire sur l'amélioration de la santé de leurs enfants mais aussi une victoire symbolique sur le pouvoir d'agir collectif. Suite à cela elles listent tous les besoins pour améliorer la santé environnementale des habitant.es du quartier (santé sonore, horaires de chantier, isolation des immeubles, etc.). Elles créent leur collectif et se mettent alors à lutter côte à côte pour leur santé. Cela m'a fait penser aux revendications du front de mère<sup>35</sup> qui militent pour l'obtention de repas équilibrés et végétariens à la cantine dans un soucis de santé individuelle mais aussi environnementale. Ici résistance par le bas pour faire bouger le haut « les institutions ».

---

<sup>34</sup> <http://www.appeldesappels.org/tam-tam/collectif-des-associations-du-franc-moisin-et-autres-quartiers-a-saint-denis-et-drailleurs-1842.htm>

<sup>35</sup> <https://www.front2meres.org/>

C'est également autour d'un atelier de cartographie politique que l'auteur<sup>36</sup> rend visible la proximité géographique des zones polluées avec les aires d'accueil des gens du voyage : le lien entre santé et politique publique est ici clair.

Historiquement, dans les années 1970, aux Etats Unis, les Blacks Panthères et les Young Lords se sont organisés collectivement pour faire améliorer leur santé. Lors d'atelier d'éducation populaire, les personnes apprenaient les premiers gestes de secours, la bonne alimentation, ou encore à nommer leurs besoins. Les Young lord ont lutté conjointement en ramassant les poubelles dans des quartiers défavorisés pour améliorer la santé de leur communauté, puis fait de la prévention contre le crack et l'héroïne. C'est parce qu'elles étaient complètement exclu.e.s des politiques publiques de santé qu'elles ont dû s'organiser en communauté pour ensuite se donner de la confiance et interpeller le gouvernement. C'est bien la conscientisation collective de l'injustice qui donne droit au chapitre et peut faire évoluer les lois et les normes, avec un objectif d'amélioration de la santé envers une communauté discriminée. Les mouvements de Act Up en furent un exemple reconnu.

Lors du cours de démocratie en santé, par Olivia Gross, nous avons étudié que les lois progressistes pour une meilleure inclusion en santé répondent souvent à des luttes menées par des patient.e.s concerné.e.s.

Lors d'un autre cours d'anthropologie de la santé, par Stéphane Tessier, nous étudions que les normes aussi évoluent, par exemple le fait de fumer dans les salles de classes. Ainsi, ce qui nous semble naturel n'est pas neutre, cela nous dicte une morale, qui peut évoluer. Ce sont sur ces normes que le pouvoir d'agir collectif peut influencer.

### **Conclusion de Partie :**

Les ateliers collectifs autogérés sont bien des processus collectifs qui permettent de débloquent des situations de grande solitude, de dépression ou de mésestime de soi. Ils rejoignent sur certains aspects les prescriptions sociales, qui se basent sur les mêmes constats. L'être humain est un tout dont l'accès au sport, à la nature, à la culture (comme aller au musée) est essentiel pour son bien être<sup>37</sup>. Les ateliers de pédagogie sociale ajoutent à cette émancipation individuelle, la

---

<sup>36</sup> <https://www.visionscarto.net/aires-d-accueil-les-donnees>

<sup>37</sup> <https://www.moco.art/fr/art-sur-ordonnance>

notion d'appartenance collective et de pouvoir d'agir collectif. Ses usager.e.s peuvent ainsi se situer dans un quartier que ce soit géographiquement, socialement et dans une communauté.

« Aucun individu, Aucune organisation ne peut négocier sans le pouvoir d'imposer la négociation. »

Saul Alinsky, pédagogue social



France, Lozère (48), Saint-Alban-sur-Limagnole, sculpture sur un mur de l'hôpital psychiatrique.

### **Partie 3: Des dispositifs d'ateliers de groupe qui « soignent l'institution »**

Il n'y a bien sûr pas que des institutions démedicalisées qui font des ateliers collectifs d'émancipation. Bien au contraire. Au sein de structures médicales, les bienfaits des pratiques artistiques et sportives en groupe sont remarquables. Ces pratiques collectives sont positives pour les soigné.e.s et les soignant.e.s.

Certaines personnes sont amenées dans leur parcours de vie à se retrouver dans des établissements collectifs, mais leur fonctionnement ne crée pas forcément des liens sociaux d'entraide et vécu commun. Nous allons voir des exemples d'institutions qui se sont posé la question du « faire collectif » que ce soit entre les usager.e.s, entre les soignant.e.s et entre soignant.e.s et usager.e.s.

#### 1. Clinique St Alban et psychothérapie institutionnelle : une institution qui s'émancipe

Un des grands exemples inspirant et révolutionnaire de pratique collective au sein d'un hôpital est celui dans et hors les murs de la clinique Saint Alban en Lozère pendant et après la seconde guerre mondiale. Lieu d'asile au sens de refuge pour les réfugiés de guerre, et asile pour les malades mentaux, il fut le carrefour de rencontres entre enfants, prostitué.e.s psychotiques soignant.e.s qui partagèrent les mêmes espaces et ensemble recréèrent une mini société. Tosquelles, psychiatre de la clinique et cofondateur de la psychothérapie institutionnelle<sup>38</sup> affirme qu'il faut travailler les malades et le personnel soignant pour soigner l'institution.

Il y a eu depuis des cliniques héritières de cet endroit où soignant.e.s soigné.e.s, habitant.e. du village cohabitent autour de tâches collectives complémentaires. Il n'est pas question de faire de l'occupationnel mais bien de prendre sa part d'engagement matériel dans le fonctionnement de la communauté. Ces manières s'organiser dans l'institution améliorent aussi les conditions de travail des soignant.e.s comme le disait Franz Fanon, qui s'est formé à St Alban.

#### 2. Expérience de stage : centre de santé communautaire (CSCJardin):

La santé communautaire se caractérise par le fait de partir des vécus et des besoins des personnes concernées selon la façon dont elles s'expriment sur le terrain au sujet de leurs

---

<sup>38</sup> La psychothérapie institutionnelle est un type de psychothérapie en institution psychiatrique qui met l'accent sur la dynamique de groupe et la relation plus horizontale entre soignant.e.s et soigné.e.s

conditions de vie ou de leurs désirs, même si ces derniers contredisent les recommandations médicales. Elle vise à développer l'autonomie en santé des patient.e.s, en questionnant le rôle central des médecins dans le soin et en valorisant les savoirs non médicaux sur les maladies, tirés de l'expérience des malades : les savoirs pairs. Elle s'appuie sur la participation des personnes concernées, leurs compétences et les réseaux (interpersonnels, associatifs, militants voire institutionnels) existants dans les lieux où elle se pratique. En France, des centres de santé communautaires se créent dans les années 70s souvent dans les quartiers populaires comme celui de Villeneuve à Grenoble. Ces centres proposent une organisation de travail plus horizontale et salarient des équipes pluridisciplinaires (infirmier.e. médecin psy accueillant.e ..)

La santé communautaire se fonde sur une pensée politique et globale de la santé : l'idée que celle-ci ne se résume pas au bon fonctionnement biologique du corps, mais qu'elle est un fait social dépendant de divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Avant de s'installer dans un quartier, un centre de Santé Communautaire fait un diagnostic de l'ensemble de la population qu'il accompagne.

Vous avez bien compris que je me suis sentie au bon endroit, dans ce stage.

Au jardin en santé, des ateliers collectifs sont ritualisés plusieurs fois par semaine sous trois formes :

a. La promotion de santé :

Chaque mois, la médiatrice en santé organise le recueil des besoins auprès des usager.es du centre de santé. Le recueil des besoins des usager.es se structure autour des ateliers collectifs de prévention et de promotion de la santé. Ce recueil a donc lieu dans la salle d'attente, dans les entretiens individuels de médiation en santé ou dans les consultations médicales ou infirmières. La médiatrice fait ensuite le tour des professionnel.les qui pourraient animer les ateliers, entre en contact avec les éventuels expert.es et partenaires qui pourraient aider à co-animer sur des thématiques spécifiques et produit un programme mensuel d'ateliers.

Cela peut faire écho aux ateliers collectifs proposées par les plannings familiaux. La pratique des accueils collectifs des Planning familiaux est héritière des approches féministes dites du positionnement. Celles-ci visent à mettre la parole des concerné-es au centre du dispositif afin d'impulser la co-création d'un savoir expérientiel en matière de sexualité, de contraception ou encore de pratiques gynécologiques. Cette approche importée des États-Unis dans les 60s et d'une

longue histoire militante en France vise à mettre au centre le savoir des femmes sur leur propre corps. Cela passe par la remise en cause du pouvoir médical et de ses protocoles, l'investigation pratique, la lutte contre l'ignorance des femmes sur la connaissance de leur corps, la lutte des inégalités d'accès à la santé.

**EFFET 1 : DECONSTRUIT EFFICACEMENT LES IDÉES REÇUES ET ACQUÉRIER DE NOUVELLES CONNAISSANCES**  
 LES ÉCHANGES DE POINT DE VUE PERMETTENT DE DECONSTRUIRE LES IDÉES REÇUES SUR LES SEXUALITÉS, L'ANATOMIE, LES VIOLENCES, LES EFFETS SECONDAIRES DE CONTRACEPTIFS... ÉCHANGER ENTRE PAIR.ES  
 CE LIEN ENTRE SAVOIR EXPÉRIENTIELS ET APPROPRIATION DE CONNAISSANCES EST SOULIGNÉ PAR LES USAGER.ES ELLE-MÈMES. IL PERMET DE TROUVER ENTRE ELLES ET EUX DES SOLUTIONS EN ÉCOUTANT DES TÉMOIGNAGES ET DE LES APPROPRIER.

**EFFET 2 : DIMINUE LE STRESS DE LA CONSULTATION**  
 L'ENVIRONNEMENT ET LA LOGISTIQUE ONT UN IMPACT IMPORTANT DANS LA PRISE EN CHARGE.  
 EN EFFET, LA DISPOSITION DES ESPACES ET DES SALLES REND L'AMBIANCE CONVIVIALE ET ACCUEILLANTE. LE CHAMP LÉGICAL DES ÉMOTIONS EST UTILISÉ : "APAISEE - EMPATHIE - RASSURÉE - DÉSTRESSÉE"  
 LE MOULIN EST COMFORTABLE... LES BOUTONS ET PIVAS SONT DYSFONCTIONNEMENT PRODIGES... C'EST UN COCCOLAT BONBON.

**EFFET 3 : FACILITE L'EXPRESSION DES SENTIMENTS**  
 LE COLLECTIF DEVIENT UN VECTEUR DE SOLIDARITÉ ET DE SOUTIEN. LES ÉLÉMENTS NON-VERBAUX SONT SIGNIFICATIFS (ROUGIRES, REGARD, TAPÉ SUR L'ÉPAULE...). LES PERSONNES PEUVENT EXPRIMER LEURS DEMANDES, CRAINTES LORS DU GROUPE.  
 "en fait c'est très douloureux pour moi et j'ai pas du tout envie d'en parler. Incliné en arrière"  
 "d'accord très bien, tout à fait de s'éloigner d'être traité, éternelle... dans tous les cas vous êtes légitimes"

**EFFET 4 : LA SORTIE DE L'ISOLEMENT**  
 LE GROUPE PERMET DE SE SENTIR "MOINS SEULE". L'ACCUEIL COLLECTIF EST ENVISAGÉ COMME UN MOYEN EFFICACE DE SORTIR DE L'ISOLEMENT RELATIONNEL ET PALLIER L'ÉLOIGNEMENT AUX INSTITUTIONS. IL PERMET DE CRÉER DES LIENS SOCIAUX (S. PAIGOM- 2022)  
 LE SOUTIEN DES AUTRES MEMBRES DU GROUPE SONT SIGNES DE PROTECTION ET DE RECONNAISSANCE. EN PLACANT LES PARTICIPANT.ES AU CENTRE ET EN VALIDANT LEURS EXPÉRIENCES PERSONNELLES.  
 "moi j'ai super peur de mettre un stérilet culaire, car ma copine a ses règles tout le temps avec."  
 "moi ça va et franchement je n'ai pas ça... après je crois que ça dépend de comment tu as tes règles avant de le mettre."

**EFFET 5 : L'HORIZONTALITÉ DU LIEN PATIENT-PRO**  
 CE LIEN ENTRE SAVOIR EXPÉRIENTIELS ET APPROPRIATION DE CONNAISSANCES EST SOULIGNÉ PAR LES USAGER.ES ELLE-MÈMES. IL PERMET DE TROUVER ENTRE ELLES ET EUX DES SOLUTIONS EN ÉCOUTANT DES TÉMOIGNAGES ET EN DE LES APPROPRIER.  
 LA DÉMÉDICALISATION EST PERÇUE PAR LES PARTICIPANT.ES GRÂCE À LA BIENVILLANCE DES PROFESSIONNELLES, L'ABSENCE DE JUGEMENT ET LA CRÉATION D'UNE AMBIANCE CHALEUREUSE.  
 "il y a quelque chose de très bienveillant, très féministe, très positif, je trouve... il y a une démarche cadrée et tout, avec un protocole, super cool. Alors que chez le médecin traitant... j'étais plus en mode... réfléchit, mais je me posais la question, est-ce que ça va être bien réceptif que j'aborde ce sujet ?"

**EFFET 6 : LA LIBÉRATION DE LA PAROLE CONCERNANT LES DISCRIMINATIONS ET LA VIOLENCE**  
 CRÉER UN CADRE PROPICE AU PARTAGE DE VECUS DE VIOLENCES PERMET AUX PERSONNES DE S'EXPRIMER LIBREMENT SANS PEUR DE REPRÉSAILLES. CETTE EXPÉRIENCE EST VÉCUE COMME "RASSURANTE" PAR UNE USAGÈRE CAR CELA "PERMET DE COMPRENDRE QUE NOUS VIVONS LA MÊME EXPÉRIENCE".  
 "et sinon vous faites quoi toutes, dans la vie ? - les usagères viennent de milieux professionnels différents - et tout se passe bien!" Les usagères finissent toutes par témoigner de violences au travail "c'est pas facile tous les jours - je dois faire face aux violences sexistes..."

**LES LIMITES DU GROUPE DU POINT DE VUE DES USAGER.ES:**  
**LA BARRIÈRE DE LA LANGUE:** LA LANGUE PEUT ALOURDIR LE DÉROULÉ DE L'ACCUEIL ET RENDRE LE VECUS MOINS OPTIMAL. MÊME SI DES STRATÉGIES SONT MISES EN PLACE ET DÉMONTRENT UNE VOLONTÉ DE PROMOUVOIR L'INCLUSION ET L'ÉGALITÉ D'ACCÈS.  
**LE REFFRÈGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES:** DISCUTER DES VIOLENCES PERMET DE CLARIFIER DES CONCEPTS COMME LE CONSENTEMENT, CE QUI EST BÉNÉFIQUE MAIS CE TEMPS DEVAIT ÊTRE PRÉCÉDÉ D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE SUR CE SUJET POUVANT RAVIVER DES SOUVENIRS.

Les bénéfices des ateliers

### b. l'éco-soin :

La démarche d'éco-soin s'incarne aussi dans la mise en place d'ateliers de soins collectifs. Ces ateliers ont pour objectif le développement d'interventions non médicamenteuses, qui améliorent la santé des usager.es et développent la collaboration avec des partenaires du territoire et entre le CMP<sup>39</sup> et le CSCJardin. En 2023, trois thématiques sont développées : douleurs persistantes, sommeil et dépression. Au delà de la santé sexuelle et reproductive c'est aussi la santé mentale qui est abordée lors de ces ateliers.

<sup>39</sup> Un Centre médical psychiatrique est attenant au CSCJardin en santé.

### c. Sportif et culturel autogéré :

Enfin des ateliers artistiques ou sportifs ont lieu tous les mardis après-midi. Ils concernent les patient.e.s volontaires mais aussi l'équipe médicale qui y participe. La médiatrice en santé coordonne ces moments. Elle planifie et accueille les participant.e.s. Cela fait partie de sa fiche de poste. Ces moments sont co animés par l'ensemble des membres du centre : les médecin.e.s, l'infirmière, les secrétaires médicales et les patient.e.s eux-mêmes.

Lors d'un atelier, il était question d'aller faire de la pétanque dehors, or il a plu. La force du groupe a été de rebondir, s'adapter et proposer autre chose. Nous avons visionné un film très intéressant « Un autre soin est possible »<sup>40</sup> sur un centre de santé communautaire à Echyrolle. S'ensuit un débat pour comprendre le fonctionnement atypique du centre de santé à Bron. J'ai trouvé cela très pertinent comme proposition car les patient.e.s pouvaient vraiment donner leur avis sur leur vécu dans le centre, ainsi que comprendre son fonctionnement en autogestion.

De manière plus particulière et expérimentale, j'ai eu la chance d'assister à la dernière séance d'un cycle « entre femme » qui a duré six mois. Cela lie un peu les trois types d'ateliers du centre. Tous les jeudis matin de novembre à avril un groupe de femmes s'est retrouvé pour faire des ateliers ensemble. Cette mixité choisie de genre a été proposé dans la tradition des bénéfices de la mixité choisie entre personnes concernées par une même oppression, théorisée par Christine Delphy<sup>41</sup>.

Pendant ces ateliers il y a eu : de la gym douce, des ateliers d'autodéfense, de discussions sur la santé gynécologique, du théâtre forum. Le groupe était le même pendant six mois. Certaines activités étaient proposées par les patientes elles-mêmes. Comme expliqué avec les ateliers de pédagogie sociale c'est le temps long et la régularité des rendez-vous qui a porté ses fruits.

La matinée de bilan entre usagères et soignantes m'a permis de comprendre la nécessité d'un tel espace, grâce à un outil d'éducation populaire « pépite râteau »<sup>42</sup>, les personnes ont su dire à quel point ces ateliers ont été bénéfiques pour elles. La preuve en est, elles ont demandé à avoir une salle une fois par semaine pour continuer. Tout au long des ateliers une veille à la traduction pour les personnes allophone était nécessaire.

---

<sup>40</sup>[https://www.youtube.com/watch?v=TPn\\_edifie0](https://www.youtube.com/watch?v=TPn_edifie0)

<sup>41</sup> <https://lmsi.net/La-non-mixite-une-necessite>

<sup>42</sup> Pépite-rateau consiste à dire ce que l'on garde de positif de l'atelier (pépite) et ce qu'il faudrait améliorer (rateau) cela permet de pouvoir aborder le négatif aussi.

Les phrases dites pendant le bilan de l'atelier pour les usagères du CSCJardin du bilan parlent d'elles-même :

« si on vient à chaque fois, c'est que c'est mieux qu'être ailleurs comme chez nous »

« j'ai pu rencontrer des gens, me sentir moins seule »

« C'était très bien d'aborder des sujets comme les hormones, qu'on connaît moins et on ne peut pas aborder cela en famille par exemple »

« C'est rare des espaces où on peut être soi-même »

« Je suis contente et fière de venir »

« Heureuse de ce qu'on a fait, entre femmes, car nous les femmes on est dévalorisées. On a fait ça, sans autre but que s'aider entre femmes »

Ce qui était marquant c'est que les soignantes ont aussi témoigné des bénéfices de ces ateliers pour elles-même, dans leur travail mais aussi dans leur vie personnelle.

Dans la même dynamique, une camarade du DU m'a raconté que la ville de Paris propose des ateliers d'escrime gratuits qui sont donnés dans un centre de santé du 19<sup>e</sup> pour des femmes victimes de violences.

Lors de la formation, nous avons assisté au cours d'un médiateur en santé du Château en Santé de Marseille, un centre de santé communautaire. Ce médiateur nous expliquait que les lignes de bus de nuit ont été supprimées dans leur quartier, cela fut un combat mené par le centre de santé, les habitant.e.s et des professeur.e.s de l'école à côté du centre, contre la politique de la ville pour remettre en place ces lignes. Comme nous avons vu dans la première partie, il est question ici de faire partie ensemble d'une communauté géographique, se sentir concerné.e.s de ce qui s'y passe et se sentir plus fort.e.s ensemble pour négocier l'amélioration des conditions de vie dans ce quartier.

### 3. Vers la santé planétaire

#### a . Au jardin en santé

Pour aller encore plus loin dans notre réflexion d'appartenance à un tout social et environnemental, je trouve intéressant d'ouvrir ce mémoire sur cette notion de santé planétaire, notion toujours mise en perspective dans la manière dont les ateliers sont proposés au CSCJardin:

« La santé planétaire est une démarche globale où l'on s'intéresse à l'individu, à son mode de vie, son alimentation, son environnement. On considère aussi que toutes les pollutions, le dérèglement climatique et la disparition de la biodiversité ont un impact sur notre santé, et que nous devons travailler en conséquence avec les patients »<sup>43</sup>.

Extrait du rapport d'activité de l'année dernière du CSC jardin :

## METTRE EN ŒUVRE LA SANTÉ PLANÉTAIRE AUPRÈS DE PERSONNES VULNÉRABLES

**Le concept de vulnérabilité est complexe à appréhender** : la caractérisation d'un groupe comme vulnérable n'implique pas forcément que chaque individu du groupe se trouve dans une situation de vulnérabilité. Le fait d'être vulnérable n'exclut pas de pouvoir être autonome par exemple. Pourtant, la vulnérabilité concerne tout le monde, à différents moments de la vie. Et de nombreuses personnes, parmi les usager.es du Jardin, cumulent différentes formes de vulnérabilités. **Au Jardin, nous considérons qu'en termes de santé planétaire, les personnes vulnérables sont non seulement les plus exposées, mais aussi les moins responsables de la dégradation de notre environnement.**

Prendre soin de l'environnement c'est prendre soin de soi. Mais encore une fois, loin des éco-gestes individuels, ou loin de faire culpabiliser les pauvres qui ne sauraient pas consommer bio. La santé planétaire met en perspective une justice de classe et un droit à un environnement sain et dépollué. Encore une fois, la conscientisation collective peut avoir un impact sur la construction de playdoyers pour une meilleure santé environnementale par exemple. Dans cette notion récente de santé planétaire en France, on peut noter une inspiration des théories écoféministes amérindiennes<sup>44</sup>

b. Comme ailleurs dans le monde, et si la santé est au centre de la société ?

Je terminerai donc ce mémoire avec un autre exemple de santé globale inspirant : Depuis leur soulèvement armé en 1994 contre l'État mexicain et le capitalisme, les zapatistes insurgé.e.s indigènes du Chiapas ont instauré des communautés autonomes où ils et elles construisent leur propre système d'éducation, de justice, de santé. Face au manque criant d'infrastructures publiques médicales pour les populations de langue maya la santé a été un domaine prioritaire dans la construction de leur autonomie . En 30 ans, elles ont ainsi développé un système de soins combinant médecine traditionnelle et médecine allopathique. Dans chaque

---

<sup>43</sup> Propos de Gwenaëlle Ferré , fondatrice et coordinatrice du CSCjardin

<sup>44</sup> <https://journals.openedition.org/traces/5454>

commune une commission de santé s'occupe de l'approvisionnement en médicaments et assure la formation des promoteurs et promotrices. Les médicaments sont dispensés par des médecin.es solidaires et par des prometteurs et promotrices expérimenté.e.s avec une approche critique face à la dépendance aux industries pharmaceutiques. L'accent est mis sur un système de soins aussi autonome que possible où la médecine traditionnelle occupe une place importante : plantes médicinales ostéopathie locale et savoir-faire des sages-femmes sont valorisés. Comme les promoteurs et promotrices d'éducation, celles et ceux de santé ne touchent aucun salaire. Leur mission consiste en une charge tournante, ils et elles travaillent aussi au champ.

Ce qui est intéressant dans leur fonctionnement et inspirant c'est que le rôle de prescripteur prescriptrice en santé tourne tout au long de la vie. Je ne sais pas si cela est transposable tel quel dans notre système mais cela donne des pistes de travail pour une société plus concernée collectivement sur les questions environnementales, de santé et de bien-être de tous et toutes.

Programme d'ateliers qui on lieu au CSCJardin et carte réalisées par les usager.e.s pendant un atelier « d'orientation » :



## Conclusion générale

La veille du rendu de mon mémoire, je me retrouve à Paris, pour entamer une cinquième semaine de formation et en profite pour aller au BAL voir l'exposition Mass Hysteria de Laia Abril.

*Dans On Mass Hysteria, Laia Abril propose une lecture visuelle des différentes interprétations mises en oeuvre pour tenter d'expliquer ce qui a longtemps été qualifié « d'hystérie collective ». Ces phénomènes frappent principalement des communautés d'adolescentes et de femmes étroitement soudées, confrontées à des situations de stress majeur ou d'oppression qui manifestent des symptômes collectifs dépourvus de cause physiologique : évanouissements, tremblements, fous rires inextinguibles, transes. (...) À travers de nombreuses archives, des sorcières de Salem au XVII<sup>e</sup> siècle aux écolières du Botswana en 2019, Laia Abril démontre aussi l'incroyable étendue géographique et temporelle du phénomène. Faisant aussi bien appel à l'anthropologie, la psychologie, l'histoire de la médecine ou le droit des femmes, Laia Abril se fait l'écho de nouvelles interprétations de ces crises, aujourd'hui appelées « maladies psychogènes de masse ». Prend forme ici la théorie anthropologique qui voit ces crises psychosomatiques comme un langage de résistance des femmes aux systèmes d'oppression, aux douleurs collectives ou aux traumas transgénérationnels<sup>45</sup>.*

Cette exposition arrive comme une conclusion à toutes mes réflexions. Quelles soient mystiques, physiologiques, psychosomatiques, sociales ou épigénétiques ces épidémies sont le résultat d'une oppression vécue collectivement avec des conséquences sur la santé physique des personnes. Dans son exposition Laia Abril finit avec des vidéos de protestations de groupes de femmes partout dans le monde aujourd'hui. Ces femmes décident de prendre la rue pour faire évoluer leurs droits sociaux, parfois au coût de leur vie. La conscientisation de leurs conditions de vie et par conséquence de la dégradation de leur santé leur donne la force de manifester ensemble pour faire bouger les lois qui peuvent avoir un impact direct sur l'amélioration de leur santé. Le droit à l'avortement en est l'exemple. Elles ne se sentent plus seules pour agir.

Je conclurai cette recherche avec une phrase prononcée par une usagère du centre de santé de Bron lors d'un bilan d'atelier : « il faut créer d'autres espaces pour se dire d'autres choses. » c'est très joli et puissant aussi, comme si la circulation et l'expression de la parole était trop conditionnées, trop enfermées dans les institutions telles qu'elles fonctionnent généralement et qu'il fallait d'autres espaces et d'autres temporalités -plus longues- et d'autres espaces -plus collectifs-.

Les ateliers de pédagogie sociale qu'ils soient dans ou en dehors des institutions de santé, permettent en premier lieu de casser l'isolement en se sentant appartenir à un groupe territorial,

---

<sup>45</sup>Extrait du catalogue d'exposition.

une rue, un quartier qui nous ressemble à première vue ou pas. Se rencontrer, se reconnaître, se retrouver améliore la santé sociale et directement mentale des individus. Il s'agit aussi de pouvoir partager de la convivialité et créer de l'entraide, de mutualiser des ressources et surtout de pouvoir se situer dans une société et y pouvoir agir collectivement. En sortant de la culpabilité et de la honte de soi, ces espaces peuvent permettre de s'organiser collectivement pour faire bouger les orientations des politiques publiques concernant la santé.

Pour agir à la racine des problématiques et pour ne pas uniquement mettre un pansement sans stopper l'hémorragie, il faut considérer une réflexion sur la société dans sa globalité ( et réfléchir à la place de la santé dans cette organisation).

Pour répondre à notre question initiale sur comment la pédagogie sociale peut être une réponse de médiation en santé, nous répondrons qu'elle permet d'agir collectivement, en conscience, sur les déterminants sociaux en santé, permet de débloquer certaines situations d'empêchements vers le bien être global individuel et collectif . Et que pour agir sur les déterminants sociaux en santé il faut agir sur la société elle-même et non pas uniquement sur les comportements individuels, ni même uniquement sur le système de santé comme par exemple en réfléchissant à une meilleure santé environnementale ce que propose la santé planétaire.

## Bibliographie :

- Cyran, O. (2021). *Sur les dents : ce qu'elles disent de nous et de la guerre sociale*. La Découverte.
- De Cock, L., & I. Pereira (2019). *Les Pédagogies critiques*. Agone, coll. « contre-feux ».
- Freire, P. (2021). *La Pédagogie des opprimés*. Agone.
- Gelly, M., Mariette, A. & Pitti, L. (2021). Santé critique Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237(1), 4-19. <https://doi.org/10.3917/ars.236.0004>.
- Gelly, M. & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58(1), 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>.
- Graeber, D., & Wengrow, D. (2021). *Au commencement était... Une nouvelle histoire de l'humanité* (É. Roy, Trad.). Les Liens qui libèrent.
- Richard, C. (2017). *Young Lords : Histoire des Blacks Panthers latinos (1969-1976)*. Éditions L'Échappée.
- Richard, C. (2023). *La santé communautaire : une autre politique du soin*. 369 Éditions.
- Saint-Etienne soigner la santé. (2025). *Z : Revue itinérante d'enquête et de critique sociale*, n°17, Editions de la dernière lettre.
- Tosquelles, F. (2021). *Soigner les institutions*. Les Archnéens.
- Zwerg, N. (dir.). (2023). *Ceci n'est pas un atlas*. La cartographie comme outil de luttes, 21 exemples à travers le monde. Éditions du Commun.



