

Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions

Cross-roads of knowledge: a new approach for training on health and tackling social exclusion

Bruno de Goer ⁽¹⁾, **Claude Ferrand**, **Pierre Hainzelin**

Résumé : Le réseau santé précarité du bassin chambérien a participé à l'élaboration de 3 formations dont l'objectif était d'améliorer les relations entre personnes en grandes difficultés sociales, et professionnels agissant dans le champ de la santé. Ces formations ont la particularité d'être effectuées avec des personnes ayant une expérience de vie très difficile. Elles sont nommées formations croisées ou co-formations. Chaque acteur apporte ses connaissances, qu'elles soient universitaires, d'action ou issues de l'expérience vécue. Au total, 59 professionnels et 27 personnes se sont formés ensemble entre mai 2005 et juin 2006.

La méthode et des outils expérimentés dans les programmes Quart-Monde Université et Quart-Monde Partenaire, ont été utilisés. Ils donnent un cadre de travail qui permet aux participants de débattre ensemble sur un pied d'égalité.

Ces trois co-formations démontrent que, avec rigueur et sous certaines conditions, elles peuvent être mises en œuvre et apporter une plus value tant pour les professionnels que pour les personnes concernées.

Mots-clés : Formation - pauvreté - exclusion - diététique - migrants.

Summary: *The network for promoting healthy vulnerable populations in the area of Chambéry participated in the development of three training sessions aiming to improve the communication and relationships between people with severe social difficulties and health professionals. These training programmes are particularly unique in that they are designed and intended to be carried out with people having a very difficult life experience. They are called either cross-roads training or co-trainings. Each participant contributes his/her own knowledge or experience, whether it is academic-based, work-experience based, or life-experienced based knowledge. A total of 59 professionals and 27 people have been trained together between May 2005 and June 2006*

The method and pilot-tested tools from the Fourth World University and the Fourth World Partners' programs were used. They provide a working framework that allows the participants to debate and discuss together starting from an equal-level field of interaction

These three co-trainings show that, in certain conditions and when they are developed and carried out rigorously, their implementation can bring added value benefits to the professionals and to the people involved

Keywords: Training - poverty - exclusion - nutrition - migrants.

(1) CH de Chambéry - Permanence d'Accès aux soins de santé - 7, square Massalaz - BP 1125 - 73011 Chambéry

Introduction

Précarité, pauvreté, grande pauvreté, exclusion : ces termes, qui recouvrent des réalités différentes (encadré 1), sont directement liés au niveau de l'échelle sociale. En dehors de la pauvreté définie par un seuil monétaire, le nombre de personnes concernées est difficile à établir : le phénomène peut prendre des formes tellement différentes qu'on peut difficilement le réduire à un modèle mathématique [36]. En 2001, 3 600 000 personnes vivaient en dessous du seuil de pauvreté (défini à 50 % du niveau de vie médian), soit 6,1 % de la population française [35]. Il n'est plus à démontrer que les inégalités de conditions de vie génèrent des inégalités sociales de santé [6, 7, 27, 33]. La progression des risques de mauvaise santé ou de décès le long de l'échelle sociale est notifiée pour la quasi-totalité des pathologies [35], et débute dès l'âge scolaire [22]. L'âge moyen des décès des sans abris est situé entre 41 et 47 ans [22, 37]. Ces inégalités sociales de santé sont une des composantes du paradoxe français dont les dépenses publiques sont parmi les plus élevées au monde [20]. Elles s'inscrivent dans un tableau général de progrès de la santé [17], et semblent s'accentuer [26, 39]. Les réduire est un impératif qui nécessite de travailler sur de multiples déterminants, notamment liés à l'individu, à son environnement, aux réponses sanitaires [4, 21]. L'accès aux soins est l'un des composants, qui présente lui-même de nombreux obstacles : administratifs, psychosociaux, culturels, relationnels... [2, 9]. Lorsque le soin ne semble pas possible, le professionnel trouve cette situation d'échec d'autant plus incompréhensible et inacceptable qu'il sait prendre en charge correctement l'immense majorité de la population pour une pathologie donnée. Il peut alors renvoyer l'échec au patient : il n'observe pas les conseils, ou n'a pas envie de se soigner [9, 13]. De fait, les professionnels ont été eux-mêmes façonnés par leur histoire personnelle (en règle étrangère au monde de la misère) et par leur cursus scolaire et universitaire, excluant le plus souvent un savoir éprouvé sur la grande pauvreté, et encore plus un savoir acquis par les très pauvres eux-mêmes. Rares sont les professionnels qui imaginent que les pauvres ont quelque chose à leur apprendre sur leur métier [12]. Or, d'après certaines associations, dont le mouvement ATD Quart-Monde, l'expertise des personnes concernées est indispensable pour comprendre ce que les professionnels jugent comme des attitudes allant à l'inverse d'une démarche de santé.

En effet, permettre la participation des personnes dans les questions qui les concernent est de plus en plus notifié comme un préalable à la réalisation d'actions pertinentes. Des outils et des pratiques sont développés : groupes de paroles, actions de santé communautaire, participation des habitants et ateliars santé ville, débats sur des projets et des évaluations de politiques de santé, Conseils à la vie sociale dans des centres d'accueil ou des foyers [5, 10, 23-25, 32, 38, 40, 48]. Le travail présenté ici relève d'un registre complémentaire : celui de la formation professionnelle.

S'inscrivant dans cette dynamique, le réseau santé précarité du bassin chambérien (encadré 2), en lien avec divers partenaires, a participé en 2005 et 2006 à 3 actions de formation croisée entre professionnels exerçant dans le champ de la santé, et des personnes ayant l'expérience de très grandes difficultés sociales : expérience de la misère, vie dans la rue, expérience de

la fuite d'un pays à la recherche d'un asile. Ces actions de formation s'appuient principalement sur la démarche initiée par le mouvement ATD Quart-Monde avec les outils issus des programmes Quart-monde Université [19] et Quart-monde Partenaire [18]. Cette démarche a été travaillée par la permanence d'accès aux soins de santé du Centre hospitalier de Chambéry⁽²⁾, afin de la diffuser dans le cadre d'un réseau médico-social santé-précarité, en ouvrant de nouvelles approches [16]. Elle se base sur le fait qu'il existe 3 types de savoirs : le savoir universitaire, le savoir d'action (issu des pratiques professionnelles) et celui issu de l'expérience vécue.

Encadré 1 : Définitions

Précarité et grande pauvreté : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » [43].

Pauvreté : « *Individus ou familles dont les ressources sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie minimaux acceptables dans l'état membre dans lequel ils vivent* » [11].

Exclusion : « *Incapacité à accéder aux droits fondamentaux* » [44] et « *Maladie du lien et de la reconnaissance sociale* » [30].

Encadré 2 : Le réseau santé précarité du bassin chambérien

Le réseau santé précarité représente les liens développés entre les différents acteurs du champ sanitaire et du champ social, de l'hôpital et de la ville. Il n'est pas formalisé dans un statut juridique. Il s'est développé à travers différentes actions autour de la santé comprenant divers dispositifs et associations : équipe de rue, halte de jour, structures d'hébergement, alcoologie, santé mentale... Coordonné par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre hospitalier de Chambéry, ce réseau draine le territoire du bassin chambérien, soit environ 125 000 habitants. Il est défini en trois pôles : les Centres hospitaliers (général et spécialisé), le secteur libéral, le secteur institutionnel et associatif. Une charte a été élaborée. Début 2007, elle a été signée par plus de 90 professionnels et une dizaine d'institutions.

(2) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont des dispositifs hospitaliers mis en place par la loi relative à la lutte contre les exclusions. Des consultations de médecine générale et la présence d'une assistante sociale doivent permettre un accès au plateau technique hospitalier et à la médecine de droit commun (Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998).

Trois expériences de formation (Tableau I)

« *Expérience de la misère et professionnels de la santé* »

La première, prévue sur 3 jours, au printemps 2005, a été mise en place suite à une journée de travail multidisciplinaire en janvier 2003 intitulée « *Exclusion et santé, quel travail en commun ?* ». Plus de 120 professionnels (libéraux, hospitaliers et associatifs) ont notamment débattu sur les processus de précarisation et d'exclusion, l'influence des conditions de vie sur la santé, le travail interprofessionnel. La table-ronde clôturant la journée était intitulée « *La co-formation : utopie ou avenir ?* ». Les orateurs (le responsable des programmes Quart-Monde Université et Quart-Monde Partenaire et une personne issue du monde de la misère) ont convaincu le réseau de travailler en ce sens.

Ainsi, la première expérience de co-formation a pu être mise en place, intégrant 14 professionnels du champ sanitaire (hospitaliers et libéraux : plusieurs médecins et infirmières, 1 dentiste, 1 pharmacien, 1 orthophoniste) ; 5 professionnels du monde social travaillant en lien avec la santé, 8 personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté (membres du mouvement ATD Quart-monde et du secours catholique, avec 2 accompagnateurs). Trois animateurs (2 professionnels et 1 volontaire du mouvement ATD Quart Monde) formaient l'équipe pédagogique. Les personnes ont travaillé ensemble, d'abord autour de leurs représentations respectives de la misère et de la santé, à partir de mots-clés. Des mots parfois très durs tels que guerre, faim, souffrance, violence, peur, honte, inexistence, ont été exprimés. Ils contrastent avec certaines expressions concernant la santé, par exemple : sourire, joie, autonomie, bien-être, épanouissement. Si la santé apparaît ici plutôt pour les professionnels comme un état de bien-être, un capital à conserver, pour les personnes en difficultés, elle apparaît plutôt comme un but jamais atteint.

Les représentations sur le rôle respectif des professionnels et des personnes en difficultés dans un projet de santé ont été abordées à travers un photolangage. Les personnes ayant l'expérience de la misère expriment devoir se battre au quotidien contre de multiples problèmes qui véritablement les assaillent. Des récits d'expériences, élaborés par les participants (encadré 3), ont permis un travail sur les logiques en jeu dans les interactions entre professionnels et personnes en difficultés (logiques institutionnelles, professionnelles et logiques de la personne : certaines se renforcent, beaucoup semblent s'opposer) ; sur la nature des relations (relation d'aide, de pitié, de partenariat...), et sur la participation et les conditions pour être acteurs ensemble dans un projet de santé. Les analyses des récits ont été croisées et débattues, non pas pour se mettre d'accord, mais pour mieux se comprendre en respectant les savoirs des uns et des autres. La troisième journée a permis de préparer ensemble une restitution des travaux. Elle fut présentée à des responsables institutionnels et associatifs avec élaboration d'un débat autour de 3 axes : les représentations, les logiques et la participation [47]. Si les participants s'accordent sur la qualité technique des soins, les personnes en difficultés notifient l'absolue nécessité de leur humanisation.

À l'issue de cette formation, les participants ont demandé la mise en place d'une quatrième journée à distance. Elle s'est déroulée un an après (juin

2006), autour des points d'appuis et des difficultés pour mettre en œuvre ce qui avait été appris au cours de la formation initiale. Le théâtre forum a été l'outil utilisé pour permettre des débats entre les professionnels et les personnes ayant l'expérience de la misère.

« Vie dans la rue, grande précarité et professionnels de la diététique »

La deuxième formation a été initiée par un cabinet de consultants (« Lasaire scop »), suite à un appel à projet en santé publique de la DRASS Rhône-Alpes autour de la participation des personnes dans leur projet de santé. Forte de cette première expérience, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé a été associée à ce projet, dont l'élaboration a été effectuée avec des personnes en très grandes difficultés. Dans la dynamique du Programme National Nutrition Santé (PNNS) [31], une journée de formation a été mise en place entre des professionnels de la diététique et des personnes soit vivant ou ayant vécu dans la rue (d'Annecy), soit vivant dans une grande précarité au sein d'un quartier de Villefontaine (Isère). Les personnes d'Annecy ont été accompagnées par l'Herminette. Il s'agit d'une structure d'accueil autogérée par des personnes sans domicile et par le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) St François d'Assise qui assure au travers de ses activités de restauration collective des formations en cuisine et de la mise au travail. Les personnes de Villefontaine étaient soutenues par « le Pivoley », lieu d'accueil également autogéré.

Les 17 professionnels impliqués étaient des diététiciennes hospitalières et libérales, des élèves de l'école en économie sociale et familiale et leur responsable pédagogique, 1 médecin, 1 infirmière, 1 étudiante en santé publique. Un travail préparatoire a été effectué par l'ensemble des groupes, présenté en cours de matinée. L'Herminette a utilisé un support de type fichier Power Point sur les priorités et la place de l'alimentation dans la journée d'une personne sans domicile (préparé en lien avec une vingtaine d'autres personnes de la rue). Une usagère de l'Herminette a réalisé un « Kamishibaï »⁽³⁾ afin de présenter les conditions de vie d'une personne sans domicile. Les usagers du Pivoley ont exprimé leurs représentations et leur comportement alimentaire. Des étudiantes conseillères en économie sociale et familiale d'Annecy ont présenté leur alimentation au quotidien, contrastant fortement avec celle des personnes sans domicile. Des diététiciennes sont intervenues pour rappeler les bases de l'alimentation. Enfin, une étudiante en BTS économie sociale et familiale a présenté un travail à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'une trentaine de personnes de la rue intitulé « La santé via l'équilibre alimentaire, un poids pour tous ».

Des débats croisés ont suivi les interventions. À l'issue de ceux-ci, 3 sujets ont émergé pour un travail en ateliers :

- Comment organiser les échanges entre les professionnels et les usagers ?
- Comment équilibrer l'alimentation avec la réalité : les contraintes, le budget...

(3) Le Kamishibaï est un théâtre d'images ; il est né au Japon il y a trois siècles. Des images défilent face au public, le texte correspondant se trouve sous les yeux du narrateur. Au fur et à mesure qu'il lit le texte, il fait coulisser les images. Le Kamishibaï est conçu pour un large auditoire.

- Comment agir sur les motivations, l'envie et les enjeux pour les personnes ?

À la suite du retour de ces groupes en plénière, l'ensemble des participants a vivement souhaité une deuxième journée, initialement non prévue, afin de travailler des aspects pratiques. Ils concernaient la mise en place de groupes mixtes professionnels/personnes en grandes difficultés pour effectuer les courses, préparer un repas équilibré et le manger ensemble, le tout avec les contraintes et les moyens des personnes en très grandes difficultés. Cette journée a eu lieu en juin 2006 avec des échanges permettant une prise de conscience par les professionnels des difficultés pour mettre en pratique les conseils habituellement prodigués pour une alimentation équilibrée.

« Exil, asile et professionnels de la santé »

La troisième formation croisée, intitulée « Exil, Asile et santé : formation par le croisement des savoirs et des pratiques » a été organisée par un réseau ville-hôpital VIH, hépatites et toxicomanies (REVIH-STIS) en coordination avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre hospitalier de Chambéry. Elle a eu lieu sur 2 journées en juin 2006.

Vingt-trois professionnels (médecins, infirmières, psychologues... ; hospitaliers et libéraux, ainsi que quelques travailleurs sociaux en lien avec la santé) se sont formés avec des personnes ayant vécu la migration dans le cadre d'une recherche de protection asilaire. Ces dernières étaient accompagnées pour certains par l'association Migration Santé Rhône-Alpes, pour d'autres par le réseau REVIH-STIS et un foyer d'accueil.

La démarche et les outils utilisés ont été sensiblement les mêmes que pour la formation avec les personnes ayant vécu la grande pauvreté, membres d'ATD Quart-Monde et du Secours Catholique. Un travail initial a été effectué sur les représentations de la migration et de la santé à travers des objets et des photo-langages. Les contrastes de représentation de l'exil à partir d'une même photo ont été saisissants, par exemple l'aventure pour les uns et l'insécurité pour les autres. Dans un second temps, l'analyse croisée des récits d'expériences (encadré 3) amène d'autres éléments. Les priorités ne sont pas les mêmes : pour les migrants, la volonté d'obtenir un titre de séjour (« avoir des papiers ») et l'hébergement prennent le pas sur tout le reste (notamment la santé), avec toujours un sentiment d'insécurité permanente. Cette constatation rejoint celle de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale [34]. Les questions posées par les acteurs de santé, lors des consultations, sur le parcours des patients-migrants semblent très difficilement supportables. Elles renvoient à un sentiment de jugement trop vécu, sans comprendre à quoi pourraient servir ces informations pour soigner. Enfin, les participants ont travaillé autour des conditions découvertes pour être acteurs ensemble dans un projet de santé. Les 3 axes qui ont émergé des discussions étaient la gestion du temps, la gestion des affects et les suites à donner : ces éléments ont alors été repris et débattus en 3 sous-groupes.

Sur ces 3 formations, ce sont 59 professionnels et 27 personnes ayant une expérience vécue très difficile, qui se sont formés en confrontant leurs connaissances. Chaque formation a été évaluée par les participants en discussion collective et par un questionnaire de fin de session.

Tableau I : descriptif des trois formations

	FORMATION N° 1 Mai-juin 2005 Juin 2006	FORMATION N° 2 Avril 2006 Juin 2006	FORMATION N° 3 Juin 2006
Promoteur	PASS et réseau santé précarité	Lasaire Scop	REVIH-ST5
Partenaires	Santé Toxicomanies Savoie – Formation Continue du Centre hospitalier de Chambéry – Mouvement ATD Quart-Monde – Secours Catholique	L'Herminette Le Pivoley PASS – Centre hospitalier de Chambéry	PASS – Centre hospitalier de Chambéry Migration santé Rhône Alpes
Financements	État et assurance maladie (FNPEIS*)	État	État et assurance maladie (FNPEIS*)
Professionnels impliqués	19 professionnels libéraux, hospitaliers et associatifs	17 professionnels de la diététique dont des diététiciennes hospitalières et libérales	23 professionnels libéraux, hospitaliers, et associatifs
Personnes ayant l'expérience de vie	8 personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté	7 personnes en très grande précarité (dont vie dans la rue)	12 personnes ayant connu la migration pour recherche d'asile
Méthodes utilisées	Issues du programme quart monde partenaire : – travail sur les représentations – des récits d'expériences sont analysés en commun : quelles logiques en œuvre, quelle est la nature des relations, comment les personnes participent. Quelles sont les conditions pour être acteur ensemble dans un projet de santé ?	Analyse croisée à l'aide de projections de textes et de diapositives ; ateliers de travail en commun	Idem formation N° 1
Nombre de journées	3 + 1 un an après	2	2

* : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information en Santé.

Discussion

Cadre politique et législatif

Ces formations entrent dans le cadre de plusieurs lois, programmes et schémas de santé publique, de par l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, l'implication de l'hôpital et la recherche de partenariat avec les personnes en grandes difficultés sociales. Elles répondent à l'article 73 de la loi relative à la lutte contre les exclusions qui stipule que « *le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseau* », ainsi qu'à l'article 151-1 : « *Les établissements de formation sociale doivent former à la connaissance du vécu des personnes et des familles très démunies et à la pratique du partenariat avec elles* » [44]. La loi relative à la politique de Santé Publique (août 2004) notifie dans ses objectifs « *la réduction des inégalités*

de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé, et les programmes de santé publique mis en œuvre doivent prendre en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées [45]. L'ex Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), terminé en 2006, incluait le développement du partenariat avec les personnes en difficultés [42]. Il a été repris dans le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) Rhône-Alpes, dont l'article III notifie « *la réduction des inégalités en matière de santé tout en recherchant l'implication des usagers* » [46]. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins demande aux hôpitaux de s'impliquer en matière d'accès aux soins. Le suivi des contrats d'objectifs et de moyens vérifie que les PASS travaillent en réseau avec des professionnels, associations et institutions extérieures à l'hôpital. Enfin, le volet santé – démarche Atelier Santé ville – des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) place les habitants au cœur des initiatives pour réduire les inégalités sociales et territoriales [41].

Faisabilité

Ces 3 formations démontrent qu'il est possible de mettre ensemble sur un pied d'égalité des professionnels ayant un statut social, des connaissances reconnues, un présent et souvent un avenir clair avec des personnes dont le savoir n'est ni organisé, ni reconnu, en très grandes difficultés, en insécurité permanente – c'est le cas des migrants, mais aussi de toute personne en très grandes difficultés sociales [50] –. À la demande de l'ensemble des participants, deux des trois actions ont conduit à une autre journée complémentaire initialement non prévue, et la troisième, à engager une suite. Notons ici une approche différente pour la formation autour de l'alimentation et les 2 autres : participation des personnes en difficultés à l'élaboration des journées, travail avec d'autres supports. Si elles sont possibles, ces formations croisées nécessitent un cadre rigoureux. La multiplication des co-formations dans des contextes différents a amené le mouvement ATD Quart-Monde à élaborer une charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté [1]. Nous présentons quelques éléments éprouvés lors de ces trois formations mais également dans diverses autres formations (en direction des travailleurs sociaux par exemple) [3, 18, 49].

Les conditions de mise en œuvre de ce type de formation sont les suivantes :

- la présence effective des personnes ayant une expérience de vie difficile : si c'est une évidence, elle doit être appliquée. Cela nécessite, comme l'a beaucoup développé dans un autre contexte Paolo Freire [41], qu'elles prennent préalablement conscience de leur capacité d'action. Mais il faut aussi que les professionnels acceptent que les personnes en difficultés aient des choses à leur apprendre ;
- de créer les conditions d'autonomie des savoirs en vue de leur mise en réciprocité : il faut exclure tout lien de dépendance avec les professionnels. Plus une personne est pauvre ou en difficultés, plus elle dépend de professionnels. Plus elle est faible, plus elle a affaire à eux jusque dans l'intimité-même de sa vie [8]. Il convient donc que les personnes ayant l'expérience de la misère ou de la migration ne soient pas issues du même lieu géographique que les professionnels ;

- d'établir un espace de confiance et de sécurité. En effet, plus quelqu'un est pauvre, plus il a peur de ceux-là même qui ont pour mission de l'aider ou qui décident pour lui [8]. Il faut alors définir des règles de confidentialité et un cadre éthique, clairement partagés ;
- de n'isoler aucun acteur : les personnes ayant l'expérience de l'exclusion ou de la migration doivent vivre l'association avec toute personne ayant les mêmes conditions de vie, avoir des espaces de réflexion, d'expression et de dialogue. Une équipe d'accompagnement, qui soutient les personnes en difficultés, est indispensable. Elle est à distinguer de l'équipe pédagogique, garante du cadre. Les personnes en difficultés travaillent ensemble en amont de la formation, la rencontre avec les professionnels devant être préparée ;
- d'utiliser des outils qui permettent l'expression de tous. Les récits d'expérience en font partie et prennent ici une grande place. Leur analyse croisée à partir d'un angle d'attaque permet à tous les acteurs de se situer à égalité (encadré 3) ;
- la vigilance de l'équipe pédagogique pour permettre l'évolution de la formation en fonction de l'avancée et de l'orientation des travaux.

Éthique

L'ensemble des participants doit prendre conscience de certains éléments et accepter des règles. La base est de considérer que chacun est détenteur de savoir : le savoir d'expérience est complémentaire et situé au même niveau que le savoir universitaire et le savoir d'action. Tous les acteurs doivent se placer dans une position de recherche. Si des expériences personnelles sont exprimées, elles ne doivent pas sortir du groupe de travail. Les récits d'expériences sont écrits dans l'objectif d'une formation donnée et ne sont pas diffusés au-delà : ils sont détruits à l'issue de celle-ci. La liberté de parole doit être respectée, les professionnels doivent être en position d'écoute de personnes qui ont des difficultés d'expression. Enfin, il faut s'assurer que tous les participants puissent tirer un bénéfice pour eux et pour leur milieu (milieu professionnel, milieu de la grande pauvreté, milieu du monde de la migration). En aucun cas, doivent être tolérés de potentiels effets négatifs pour les personnes en situation de grandes difficultés. Celles-ci doivent être reconnues comme véritablement co-formatrices. Cette reconnaissance peut être concrétisée sous forme d'indemnisation, dans un cadre légal, en étant très vigilant aux conséquences administratives potentiellement graves pour des personnes souvent bénéficiaires de minima sociaux. Dans tous les cas, elles doivent recevoir, au même titre que les professionnels, une attestation de formation. Si seuls les professionnels avaient à y gagner, ce serait une forme d'exploitation [28]. Les personnes en difficultés ressentiraient alors un sentiment d'injustice, une perte de confiance supplémentaire et une aggravation de la perte du lien.

Difficultés

La représentativité

Les personnes ayant une expérience de vie difficile sont-elles représentatives de leur milieu ? Si elles n'ont pas été cooptées ou élues par celui-ci, si la base minimale – souhaitée mais pas toujours acquise – est de savoir lire et écrire, il est notable qu'elles discutent avec leurs pairs, avant et après les

formations. Si le quotidien ne doit pas être insupportable au point de ne pouvoir être présent à la formation, elles ont l'expérience de cette vie d'exclu. Ceci dit, certains migrants étaient dans des situations encore très graves, et certaines personnes ayant l'expérience de la rue vivaient encore sans toit. Cette question de la représentativité peut également être posée pour les professionnels. Ils sont bien évidemment volontaires, et ceux qui participent à ces formations ont une sensibilité pour avancer dans la compréhension de la relation avec ces publics. Il est notable que le retour effectué vers leurs pairs est probablement moindre que pour les personnes en difficultés, mieux accompagnées.

La notion de légitimité semble ici plus pertinente que celle de représentativité.

L'investissement en regard du nombre de professionnels formés

Pour croiser les savoirs, il n'est pas possible d'envisager de grands groupes de professionnels formés par session. L'investissement très important d'un comité de pilotage, d'une équipe pédagogique et d'une équipe d'accompagnement en limite la multiplication. Si on ajoute la complexité des dossiers pour permettre les financements, il faut aujourd'hui une forte motivation voire une réelle approche militante pour obtenir ce résultat.

Émotions et affects

Faire travailler ensemble des professionnels et des personnes ayant l'expérience de très grandes difficultés sociales durant 2 ou 3 jours, une fois la confiance installée, amène au risque de transferts et contre transferts très positifs, de passer d'une relation de co-chercheur à une relation d'amitié avec perte de la distance nécessaire à ce travail. Ces relations ont évolué dans les 3 cas : tendues en début de formation, devenues ensuite plus apaisées, les désaccords ont pu s'exprimer et être entendus sans entraîner la rupture. À l'issue, elles sont devenues amicales. La formation avec les migrants a amené à évoquer et travailler les aspects émotionnels dans le cadre de l'accompagnement, qui peut être transposé dans les formations : comment garder de la distance en permettant l'expression d'émotions ? Comme le note un rapporteur, « *il faut de l'empathie. Trop d'affectif empêche de travailler. Trouver la juste distance entre l'affectif et l'indifférence. L'émotionnel peut aussi être un moteur. Il n'y a pas de distance idéale dans la relation. Les demandeurs d'asile demandent plus qu'une relation professionnelle, la part affective recherchée est plus importante. Il convient de naviguer entre le trop et le pas assez* ». Cet aspect est d'autant plus important que dans la précarité, la problématique de la rupture identitaire est posée de manière insistante, pour des personnes ayant une perte de confiance en eux, en les autres et en l'avenir [15]. Le sentiment de honte est un élément central [29] : « passer de la honte à la fierté » est d'ailleurs un élément-clé mis en évidence dans l'un des mémoires du croisement des savoirs [19].

Conclusion

Dans une approche croisée telle que décrite ici, la formation a lieu dans les discussions interactives entre les participants, et les débats sont beaucoup

plus importants que leurs conclusions. L'évaluation par questionnaire démontre un vécu particulièrement positif. Par exemple, sur 32 réponses aux questions posées en fin de formation avec les migrants, 32 notifient l'intérêt de cette approche et 29 personnes disent qu'elles vont modifier leur pratique. Des professionnels expriment un changement de leurs représentations. Ils notent mieux comprendre les réactions des personnes en difficultés, mais aussi de patients « tout venant », et tentent de s'adapter. Les personnes qui ont une expérience en retirent de nouvelles connaissances, une fierté certaine, et une meilleure confiance en elles face aux professionnels dont elles comprennent aussi mieux les limites de leurs champs d'action.

Cette approche entre tant dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions que celui de la réduction des inégalités de santé, en complément d'autres actions (par exemple, participation des habitants à des ateliers santé ville ou des actions de santé communautaire). Indiscutablement, elle crée du lien. Elle considère non seulement que l'autre a quelque chose à apporter, mais que cet apport est indispensable pour une meilleure compréhension mutuelle. Travailler en ce sens est un impératif tant éthique que de santé publique. Cela nécessite des précautions importantes. La « *charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale* » mérite d'être diffusée et utilisée [1].

Encadré 3 : Les récits d'expérience : un outil pour travailler sur un pied d'égalité

Deux des trois expériences de co-formation décrites dans cet article ont été mises en place à partir des outils élaborés par les programmes franco-belges « Quart-Monde Université » [19] et « Quart-Monde Partenaire » [18]. Il n'y a pas un enseignement, mais chaque participant est à la fois co-chercheur, co-acteur et co-formateur. Les professionnels, qui maîtrisent mieux tant l'écrit que l'oral, vont avoir tendance à imposer leurs connaissances. Les récits d'expérience ont démontré leur pertinence pour que les différents acteurs se mettent sur un pied d'égalité.

Ce sont des récits écrits de façon anonyme en début de formation par chaque participant, réunis en sous-groupes d'acteurs. Ils doivent décrire, sur une page, une situation vécue qui a mis en jeu des interactions entre des institutions, des professionnels et des personnes en grandes difficultés. Les faits sont bruts, décrits le plus objectivement possible, que les interactions aient abouti à un échec ou à la réussite de la prise en charge. Chaque sous-groupe choisit ensuite les textes les plus significatifs. Dans un second temps, les interactions décrites dans ces récits sont analysées en sous-groupes mixtes (composés à la fois de professionnels et de personnes ayant l'expérience de vie) à partir d'un angle d'approche pré-déterminé. Par exemple, le travail sur les logiques associe 3 temps : lister les institutions et les personnes intervenant dans chaque récit, puis pour chacun d'eux nommer leurs logiques et pensées d'intervention. Enfin, notifier les logiques qui se renforcent et celles qui s'opposent. D'autres angles d'approche peuvent être travaillés : par exemple les initiatives et les prises de risque ou la nature des relations. Ainsi, l'analyse des professionnels peut éventuellement être contredite ou complétée par celle des personnes ayant l'expérience de vie difficile, et inversement. Il ne s'agit pas tant de se mettre d'accord que de comprendre le raisonnement de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

1. ATD Quart Monde. Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques. Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. [URL : <http://www.atd-quartmonde.asso.fr>] [Consulté le 05/07/2006].
2. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. *Sci Soc Sante* 2006;24:11-31.
3. Boucault V. A Angers, des exclus deviennent les formateurs de travailleurs sociaux. *Le Monde Economique* du 28 février 2006:VII.
4. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des données comparatives. *BEH* 2007;(2-3):10-14.
5. Caniard E. La place des usagers dans le système de santé. *Adsp* 2000;(31):12-14.
6. Castiel D. Investir dans le social pour réduire les inégalités de santé. *Concours Médical* 1995;127:2266-2269.
7. Colin C, Moffet S. Les inégalités socio-économiques et la santé: aperçu de la perspective québécoise. *Prévenir* 1995;28:175-87.
8. Deroitte B. Une formation mutuelle. *Rev Quart-monde* 2002;182:12-3.
9. D'Ivernois JF, Debionne FP, Join-Lambert L, Larcher P, Martignolles E. Les professionnels de la santé face au quart-monde: un dialogue difficile. In: *La santé des enfants et des familles du quart-monde*. Paris: CIE, 1988:37-40 et 42.
10. ENSP. Ecole Nationale de Santé Publique. Impliquer les habitants des quartiers « difficiles » dans les actions de santé. Dossier documentaire, atelier N° 9. Rennes, 2007: 50 p.
11. Fahmy E, Gordon D. La pauvreté et l'exclusion sociale en Grande Bretagne. *Economie et Statistiques* 2005; 383-384-385:109-13.
12. Fayard D. Professions et pauvreté : le déficit de la formation. *Rev Quart-monde* 2002;182:4-5.
13. Foucras P. « Santé et exclusion : apport du stage de médecine générale ». [Mémoire pour le certificat d'aptitude à la Maîtrise de stage de l'Ecole du CNGE] (Collège National des Généralistes Enseignants). Paris, 2001.
14. Freire P. Pédagogie des opprimés. Paris : Maspéro 1982: 202 p.
15. Furtos J. Introduction. Souffrir sans disparaître. La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Eres 2005: 357 p. (9-38).
16. Géry Y. Professionnels/publics précaires : le choc de la confrontation. *La santé de l'Homme* 2006;382:28-9.
17. Grémy F, Rainhorn JD. Santé : le devoir de la différence et de l'indifférence. *Informations sociales* 1999;80: 64-75.
18. Groupe de recherche action-formation Quart Monde Partenaire. Le croisement de pratiques. Quand le Quart-Monde et les professionnels se forment ensemble. Editions Quart-monde 2002: 227 p.
19. Groupe de recherche Quart Monde Université. Le croisement des savoirs. Quand le Quart-Monde et l'Université pensent ensemble. Co-éditions de l'Atelier et Quart-Monde 1999: 525 p.
20. Haut comité de la santé publique. La santé en France en 2002. Paris : La Documentation française, 2002: 412 p.
21. Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. *Santé Publique* 1999;2:225-41.
22. Hirsch M. La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la cohésion sociale. *BEH* 2007;(2-3): 9-10.
23. Institut Théophraste Renaudot. Pratique la santé communautaire : de l'intention à l'action. Lyon : Chroniques sociales 2001: 138 p.
24. Joubert M, Richard C. Les ateliers santé ville. Diversité. *Ville-école-intégration* 2005;143:123-131.
25. Lamoureux P. L'approche participative dans un projet de santé. *La Santé de l'Homme* 2006;(382):12.
26. Lamoureux P, Guilbert P. Les inégalités de santé s'accroissent. Les leçons du baromètre 2005. *Concours médical* 2006;128:787-90.
27. Maillard C. Précarité et santé. *Concours médical* 2005;127:2216.
28. Maisondieu J. De l'exploitation à l'exclusion, un progrès ? *Le temps des cerises* 2003: 50 p.
29. Maisondieu J. La fabrique des exclus. Bayard 1997: 265 p.
30. Marc G. Santé et exclusion. In : Groupe « Ethique et Santé » 1995:3-9.
31. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Programme National Nutrition Santé. Dossier de presse, 31 janvier 2001
32. Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône Alpes. Dossier Ressources 2005. « Connaître pour agir ensemble ». Lyon, 2005: 190 p.

33. Moulins JJ, Dauphinot V, Dupré C, et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *BEH* 2005;(43):213-215.
 34. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2001-2002. Paris : La Documentation française 2002: 128 p.
 35. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2003-2004. Paris ; La Documentation française 2004: 168 p.
 36. Perrier P. Populations défavorisées : un état des lieux préoccupant. *Santé de l'Homme* 1992;301:17-8.
 37. Plumb JD. Homelessness : Care, Prevention, and Public Policy. *Ann Intern Med* 1997;127:973-5.
 38. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Rhône Alpes 2000-2003. Des « acteurs bénéficiaires » aux « acteurs professionnels ». Eclairage sur les orientations du PRAPS 2000-2003 à partir de l'expression de groupes de personnes en situation précaire ou exclues. Lyon, 2001: 23 p.
 39. Prescrire Rédaction. « Aggravation des inégalités sociales de santé en France ». *Prescrire* 2006;26(278): 861.
 40. République française. Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles. *Journal Officiel* du 27 mars 2004;(74);5909.
 41. République Française. Délégation Interministérielle à la Ville. Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Fiches Thématiques 2006: 23 p.
 42. République française. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes. Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins. Bilan 2000-2003. Orientations 2003-2006. Lyon, 2003: 121 p.
 43. République Française. *Journal Officiel*. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport du Conseil économique et social 1997;6 (28 février): 104 p.
 44. République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal Officiel* du 31 juillet 1998: 175.
 45. République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel* du 11 août 2004: 185.
 46. République française. Plan Régional de Santé Publique Rhône-Alpes 2006-2010. Priorités de santé publique. Lyon, 2006: 39 p.
 47. REVIH-STIS. Résonance Santé. Bulletin d'information des réseaux REVIH-STIS et santé précarité du bassin Chambérien 2005: 4 p.
 48. Rifkin S, Pridmore P. Partners in planning. Information, Participation and Empowerment. London: Macmillan Education Ltd 2001: 168 p.
 49. Sochard L. Quand les plus pauvres forment les professionnels. *Revue TESS* 2006;25:33-35.
 50. Venard J, Martinez Molines B. « La sécurité, ce serait de pouvoir penser à l'avenir ». *Revue Quart Monde* 2005;195:5-9.
-

