

# Co-formation Précarité et Santé

## SE FORMER ENSEMBLE entre professionnels

### et personnes en difficultés sociales

Co-formation organisée par



Dossier coordonné par



Avec la participation de





**REVIH-STs** est un réseau de santé ville-hôpital médico-social autour du VIH, des hépatites, des toxicomanies et de la précarité. Il gère notamment des appartements de coordination thérapeutique : [www.revih-sts.fr](http://www.revih-sts.fr)



#### LE SECOURS CATHOLIQUE

soutient et accompagne les personnes en précarité dans une perspective d'implication des personnes, et de recréation de liens sociaux : [www.secours-catholique.org](http://www.secours-catholique.org)



**ATD QUART-MONDE** est un mouvement familial qui a pour objectif un vivre ensemble citoyen avec des personnes très défavorisées et des personnes de tous milieux : [www.atd-quartmonde.org](http://www.atd-quartmonde.org)



**LA MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION** est une association qui soutient la lutte contre la pauvreté à travers des missions d'observation, de veille, d'étude, d'animation de réflexions, de sensibilisation et de communication : [www.mrie.org](http://www.mrie.org)

#### SIGNATAIRES :

##### MILITANTS

Régine **ADJO**, Marlyn **BARRANCO**, Ghali **BOUZAR**, Annie **CONSTANT**, Pascale **GAYE**, Milka **ILIC**, Bernard **MOURGEON**, Rose **PEHLIVAN**, Nadine **SAN JUAN**, Jean-Marc **TURJMAN**

##### PROFESSIONNELS

Françoise **ADAM**, Delphine **BELLOLI**, Fabienne **BOUCHAGE MOSZKOWSKI**, Christine **BUTTAD**, Anne-Marie **CASSET**, Louise **CAVAT**, Isabelle **CHAVETIAS**, Aminata **COLLIN**, Bénédicte **DELBRU**, Stéphanie **DEROO LE BRUN**, Anne-Marie **DUBONNET**, Sonia **GABORIAUD**, Emilie **GEX**, Valérie **GOLLINUCCI**, Myriam **MARGARO**, Joëlle **MILLIOTTE**, Julien **MIRABEL**, Corinne **MONNERIE**, Danièle **PAOLI GRAS**, Madeleine **PAROT**, Andrée **PERRIER**, Marlène **PEYRET**, Aurélie **RIBOUD**, Josette **RICHARD**, Dominique **RUFFIER**, Dominique **SARTORI**, Françoise **SAVRIN**, Sophie **SINSARD**, Sophie **THOLIN**, Muriel **VREVIN**

##### EQUIPE D'ANIMATION

Pascale **ANGLADE**, Josiane **COGNARD**, Philippe **DALMON**, Bruno **de GOER**, Ludovic **de LALAUBIE**, Brieuc **GALES**

##### Et le soutien de

Marie-Agnès **MARECHAL**, Brigitte **SATIN** et Christiane **VACHOUX**

**Avec** la contribution de la MRIE :  
Claire **HAUVILLER** et Flora **PERRIER**

**Et** le soutien de **Revih-Sts**, le **centre hospitalier de Chambéry** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), le **Secours Catholique**, **ATD Quart-Monde** et les **financeurs** de la co-formation<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances, Chambéry Métropole, le Conseil Général de la Savoie et le Conseil Régional.

## Co-formation précarité et santé : SE FORMER ENSEMBLE entre professionnels et personnes en difficultés sociales

Début 2011, trois journées de « co-formation » ont été organisées par l'association DREVIH-STIS, en partenariat avec le Secours Catholique, ATD Quart-Monde, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital de Chambéry et la MRIE. Cette co-formation a réuni une trentaine de professionnels de santé et de travailleurs sociaux en lien avec la santé, ainsi qu'une dizaine de « militants » (personnes vivant des situations de précarité et engagées dans la lutte contre la pauvreté). Les militants sont ici en tant que formateurs.

Par les échanges qu'elle a permis, cette co-formation a été riche d'enseignements individuels difficiles à valoriser de façon écrite, l'apprentissage naissant de l'expérience de la confrontation des idées et des savoirs. Toutefois, certains échanges, réflexions ou questions issus de ces trois journées peuvent être partagés avec d'autres. C'est l'enjeu de cet article dans lequel nous invitons le lecteur à confronter sa pratique (personnelle ou professionnelle) aux enseignements de cette co-formation. Ce document est le résultat du travail accompli entre professionnels et militants pendant ces trois journées.

### UNE CO-FORMATION C'EST QUOI ?

La méthode pédagogique part du postulat qu'il existe 3 types de savoirs, indispensables et complémentaires : les deux premiers, le savoir universitaire et le savoir professionnel de terrain, qui sont organisés et reconnus ; le troisième type est le savoir issu de l'expérience vécue. Dans cette approche, ce savoir est reconnu au même niveau que les autres et les conditions nécessaires pour l'organiser sont mises en place.

La formation des professionnels est donc ici effectuée avec et par des personnes ayant une expérience de vie difficile. Loin de simples témoignages de vie, chaque participant est formateur et formé, chacun apporte ses connaissances et ses analyses. Il s'agit de chercher ensemble les difficultés et des pistes de solutions.

Cette méthode pédagogique a été élaborée par le Mouvement ATD Quart-Monde à travers 2 programmes « Quart Monde Université » et « Quart Monde Partenaire »<sup>2</sup>, une charte en définissant les règles éthiques<sup>3</sup>. Sur Chambéry, elle a été appliquée à la santé à plusieurs reprises<sup>4</sup>.

Au cours de 3 journées de formation, les participants ont été amenés à découvrir et comprendre leurs différences de points de vue face à des situations concrètes qui les font se rencontrer dans la vie courante. L'animation s'est basée sur une alternance d'exercices sur les représentations, d'analyses d'expériences, de réflexions entre pairs et de temps de mises en commun.

<sup>2</sup> Groupe de recherche Quart Monde Université et Quart-Monde Partenaire « Le croisement des Savoirs et des Pratiques. Quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble » Ed Ateliers et Ed Quart Monde ; 2008 : 703p. Et : Ferrand C (sous la direction de) « Le croisement des Pouvoirs » Atelier-ed Quart-Monde, Paris ; 2008 : 223p.

<sup>3</sup> 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 » Site : <http://www.atd-quartmonde.fr/-Reseau-Croisement-des-savoirs->

<sup>4</sup> de Goër B, Ferrand C et Hainzelin P « Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions » *Santé Publique* 2008 ; 20 (2) : 163-175. Et : de Goër B., Reinhardt C. « La santé et les Gens du Voyage : le défi d'une co-formation ». *Revue Prescrire*, N°322 (Aout 2010), 576-577.

## 1. UNE CO-FORMATION ÇA SERT A QUOI ? REponses DONNEES PAR LES PARTICIPANTS DE CETTE CO-FORMATION

« J'avais besoin d'approfondir ces thèmes avec d'autres personnes pour essayer d'analyser un petit peu ma pratique » (aide soignante)

« On ne connaît rien à la précarité et on y est souvent confronté » (interne en médecine)

« Faire en sorte que les situations présentées ne se reproduisent plus » (militant)

Avant de participer à la co-formation, les militants et les professionnels avaient un objectif commun : partager et mieux comprendre les logiques et représentations des uns et des autres. Pour les professionnels, il s'agissait aussi de s'interroger sur leurs pratiques vis-à-vis des publics en situation de précarité et de les faire évoluer. Les professionnels insistaient sur le fait qu'ils

manquent de formation sur ces enjeux, alors qu'ils y sont fréquemment confrontés. Pour les militants, il y avait aussi le désir d'améliorer la prise en compte des situations de précarité par les soignants et le système de soins en général.

« En tant que soignant, on a des images sur ce qu'est la bonne santé et qui ne correspondent pas forcément avec ce que la personne, elle, elle a envie pour sa vie » (aide soignante)

« Ils aiment leur métier et je pense qu'ils aiment les personnes aussi » (militant)

« C'est ce que j'ai retenu avec la nécessité de communiquer, c'est toujours les mêmes choses qui reviennent, du temps d'un côté, de la communication de l'autre » (médecin généraliste)

Au bout des 3 jours de co-formation, les participants ont affiné ou corrigé leurs représentations et leurs regards sur le soin, la précarité et le rôle de chacun. Ils expliquent avoir pris conscience de l'importance de la communication dans la relation soignant/soigné. Les professionnels ajoutent qu'ils ont été interpellés par l'importance à donner à l'accueil de la personne. Ils ont aussi pris conscience de l'effort accompli par les personnes en situation de précarité pour venir frapper à

leur porte et pour entrer en relation avec le personnel de santé. Quant aux militants, ils expliquent avoir été touchés par l'intérêt et l'implication des professionnels dans l'exercice de leur métier.

## 2. DES ENSEIGNEMENTS DE LA CO-FORMATION...

### → ... A PARTIR DE REPRESENTATIONS CROISEES

Le premier temps de la co-formation était dédié à une réflexion entre pairs sur des notions (mots ou rôles). Tout d'abord, les participants étaient invités à trouver les mots qui, selon eux, définissent le mieux la « santé » et la « misère ». Chacun des 5 groupes<sup>5</sup> constitués choisissait l'image qui, parmi plus d'une centaine, illustre le mieux la position du professionnel ou de la personne en situation de précarité. Voici quelques conclusions tirées de l'analyse parallèle des perceptions exprimées.

### Quels sont les deux mots qui, pour moi, définissent le mieux la « misère » ?

Par rapport au mot « **misère** », les professionnels restent sur une vision « *globale* » de la misère (ils citent les différentes dimensions concernées). Ils insistent sur l'isolement fort des personnes en situation de précarité : « *difficultés relationnelles* », « *manques psychosociaux* », « *vulnérabilité sociale* »... Un groupe de professionnels présente la misère comme une spirale de « *repli, resserrement et pertes* ».

Les militants utilisent des mots et expressions forts qui décrivent leur souffrance : « *décadence* » (très grande pauvreté), « *gouffre* », « *honte* », « *angoisse du jour et du lendemain* », « *déprime de ne pas y arriver, de ne pas pouvoir aider ma famille* »... Ces derniers expliquent : « *l'une des causes de la misère, c'est la société* », « *à force de faire des demandes, on abandonne* ». Pourtant, ces derniers rendent compte d'une vision plus optimiste que les professionnels en intégrant davantage de mots connotés positivement comme : « *solidarité* » ; ils expliquent « *la misère n'est pas une fatalité* », « *cela n'empêche pas d'être acteurs* ».

<sup>5</sup> 3 groupes de professionnels et 2 groupes de militants.

### Quels sont les deux mots qui, pour moi, définissent le mieux la « santé » ?

Par rapport au mot « **santé** », les professionnels renvoient largement au « *bien être* » et à un certain nombre de concepts issus de l'éducation à la santé comme : « *bonne hygiène de vie* » ou « *prendre soin de soi* ». Ils évoquent un « *capital* » à préserver, alors que pour les militants la santé est une « *conquête* », un rêve inatteignable : « *ce n'est pas possible d'y arriver au bien-être !* », ils se battent pour ne pas tomber plus bas et : « *même si un jour on n'a plus de problème d'argent, on mettra du temps avant d'arriver à ne plus galérer* ». L'enjeu de l'argent est aussi exprimé comme permettant l'accès à une bonne santé.

### Quelle est l'image qui représente le mieux le rôle du professionnel soignant ?

Les 3 groupes de professionnels ont choisi une photo avec une embarcation sur l'eau pour pointer le danger, les incertitudes, les peurs qui les entourent : « *temps d'attente et de réflexion pour savoir où on va aller* », « *nécessité de s'arrêter pour ne pas être emporté par le courant* ». Ils expliquent qu'ils naviguent ensemble en s'appuyant les uns sur les autres. Mais ces représentations marquent surtout leur sentiment de proximité avec les personnes : « *se laisser embarquer avec elles parfois à la dérive* », « *prendre en charge la personne avec ce qu'elle est* ». Les professionnels se situent « *dans la même barque* » que les gens qu'ils soignent, et de ce fait : « *il faut aller les chercher là où ils sont, là où ils en sont* » et « *faire face ensemble aux difficultés* ».

La représentation du rôle du professionnel par les militants est beaucoup plus distanciée, à la fois idéalisée et interrogée. Les soignés ne se sont pas représentés dans les photos. La première image présente un troupeau d'oies sauvages en plein vol : « *travail d'équipe avec un meneur qui va aider les autres. Equipe soudée qui s'entraide* ». Les militants ajoutent que « *si on ressent les conflits dans une équipe, ça fait perdre confiance* ». La deuxième image représente un artiste en

plein travail, les militants expliquent : « *être un maître dans son métier* ». Ils ajoutent toutefois que souvent « *il oublie d'expliquer ses actes à ses patients* ».

### Quelle est l'image qui représente le mieux le rôle de la personne en situation de précarité ?

Les professionnels expriment encore leurs incertitudes voire un certain désarroi face à ce public qui les met en difficulté. Le brouillard, la vague et la complexité de la machine présentés sur les images, en rendent compte, ainsi que les explicitations : « *comment font-ils ?* », « *on ne comprend pas tout, ils nous déstabilisent, nous obligent à penser autrement* ». Face aux grosses vagues de l'existence, le parapluie représente la fragilité des moyens dont disposent les personnes en situation de précarité. L'image de la cigogne dans le TGV rend compte du « *décalage entre les personnes en difficultés et le système* ». Face à ces situations extrêmes qu'ils ne comprennent pas toujours, les professionnels ont exprimé leurs craintes vis-à-vis des soignés comme en témoigne la photo des bisons dans la brume : « *qu'attendez-vous d'eux ?* » a demandé l'animateur, « *qu'ils ne chargent pas* » a spontanément répondu un professionnel avant d'évoquer la force et la résistance dont ils font preuve devant l'adversité. A propos de l'image centrale, les professionnels voyaient tout d'abord un échafaudage, des gravats ; ils ont exprimé leur doute et leur rejet : « *on ne sait pas ce que c'est et on ne sait pas ce qui se passe avec les personnes en précarité* », « *on veut tout mettre à la déchetterie* ». Puis leur réflexion les a amenés à transformer leur regard en admiration : « *cette photo nous bouscule et nous fait revoir tous nos savoirs* », « *la photo nous apparaît alors comme une œuvre d'art* ».



Les militants pointent la lourdeur des difficultés qu'ils rencontrent : « *accumulation des problèmes* », « *toujours des problèmes qui se rajoutent* », « *souffre psychologiquement et moralement* » et insistent sur l'importance de l'effort à fournir pour frapper à la porte : « *rien que le fait d'aller jusqu'à l'hôpital, ça coûte* ». De ce fait, une fois que la personne a fait l'effort de venir : « *c'est votre travail* ». D'où une forte attente vis-à-vis de l'accueil proposé : « *il faut nous accueillir, nous aider à trouver des repères* ». Les militants expriment un fort sentiment de dépendance vis-à-vis des autres avec des répercussions car ce « *sentiment de dépendance entraîne la violence* », comme en témoignent certaines images. En effet, la violence apparaît fortement dans l'image du haut traduisant l'importance de la lutte dans le parcours de santé des soignés. Au-delà de la dépendance, se pose aussi la question de la position du soigné vis-à-vis du soignant. Faut-il se rebeller ou se conformer à ce que les soignants attendent ? La réponse n'est pas simple car si le soigné se « *rebelle* », il n'est plus un « *bon pauvre* », mais l'adaptation extrême est alors signe de perte d'énergie et de personnalité. Pour faire face aux difficultés, les militants « *recherchent des solutions* » ; « *on se tourne vers la nature, on se change les idées pour penser à autre chose* ».



→ ... A PARTIR D'UNE REFLEXION SUR LES PRINCIPAUX « NŒUDS » IDENTIFIES COMME OBSTACLES A LA SANTE

Après le travail sur les représentations, les participants ont écrit 7 récits d'expériences. Ceux-ci ont ensuite été analysés en groupes mixtes (militants / professionnels) sous l'angle des logiques en jeu (logiques institutionnelles, logiques professionnelles, logiques des personnes) ; puis sous l'angle de la nature des relations entre les personnes (relations d'aide, de pitié, de pouvoir...). Enfin, ils ont eu une réflexion sur les conditions nécessaires, ou les obstacles à éviter, pour permettre aux personnes d'être actrices de leur projet de santé. A l'issue des analyses croisées des situations écrites, 4 grands thèmes, des « *nœuds* », identifiés comme interagissant dans les relations soignants / soignés, ont été travaillés. Voici les principaux

enseignements tirés de ces réflexions collectives.

**Questions financières :  
quelles interactions dans la relation ?**

Deux récits d'expériences démontraient que les questions financières jouent un rôle important et interagissent dans les relations entre soignants et soignés. L'argent était aussi très présent dans les représentations de la santé et de la misère.

Au cours des échanges, les participants de l'atelier ont tout d'abord rappelé qu'il existe d'autres priorités financières que la santé : les enfants, le logement et charges liées, les transports ou l'alimentation. Avec une question sous-jacente : quel regard porte-t-on sur la priorité de l'autre ? Mais surtout, malgré les remboursements, la santé a un coût et ce d'autant plus pour les personnes qui souffrent de pathologies chroniques (frais directs mais aussi indirects). A ce sujet, un militant explique que sa santé lui coûte 10% de ses revenus chaque année. Aux franchises médicales, coût de la mutuelle<sup>6</sup> et frais de déplacements, s'ajoutent les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents même pour ceux qui bénéficient de la CMU-C<sup>7</sup> : « *l'argent et la santé, ça ne va pas ensemble* », « *on fait déjà beaucoup d'efforts pour se soigner* » ou encore « *la CMU ça sert juste à rester en vie* ». A noter aussi que des pans entiers de la santé sont souvent mis de côté ou négligés car trop chers : accès aux diététiciens, psychologues, podologues, soins dentaires ou optiques. Quant à la prévention, elle occupe la dernière place des priorités des personnes. Les participants de ce groupe regrettent que les possibilités de soins des patients et les tarifs ne soient pas davantage précisés lors de la consultation.

L'argent reste un tabou dans les relations soignants / soignés, tabou particulièrement dommageable quand on n'a pas les moyens et que l'on souffre. D'autant que lorsque la souffrance est trop forte, on réfléchit moins

<sup>6</sup> Une part non négligeable des militants ne bénéficient pas de la CMU-C parce qu'ils sont à la limite, au-dessus du seuil et doivent payer une mutuelle.

<sup>7</sup> Alors que les médecins n'ont pas le droit d'appliquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C.

à la dépense et aux conséquences que les frais vont engager...

Les médecins présents ne sont pas toujours à l'aise avec le système du paiement à l'acte. Ils ont peur de la suspicion, de la part des soignés, de multiplier les actes pour augmenter leurs revenus, et se sentent parfois obligés de réaliser des prescriptions alors que ces dernières ne sont pas indispensables. Face à ces débats, les militants répondent simplement qu'ils préfèrent qu'on ne leur prescrive rien, mais qu'on leur explique et que ce qui est important pour eux, c'est aussi le temps qu'on leur consacre : « moi je trouve qu'il me prend 23€ pour 5 minutes ». L'important est de se sentir à l'aise avec son médecin, de pouvoir librement s'exprimer. A ce sujet, les militants expliquent qu'il n'est pas toujours facile de choisir son médecin du fait des refus de soins, des dépassements d'honoraires et de la nécessité d'une proximité géographique. De leur côté, les médecins expriment un sentiment de culpabilité quand ils doivent prioriser les actes médicaux en fonction de ce que pourront financer leurs patients.

Pour pallier à ces difficultés, les participants du groupe proposent aux médecins de développer l'information sur ce à quoi le patient peut avoir accès et à quel prix. Ils proposent aussi aux médecins de réfléchir avec le patient à un « balisage du parcours de soins » adapté aux revenus de la personne.

### **Peurs et violences habitent les relations : comment les reconnaître et les dépasser ?**

Les questions de peurs et de violences ont traversé les échanges au cours des deux premières journées de co-formation. Elles sont ressorties très clairement dans une des images choisies par les militants vis-à-vis du rôle du soigné : scène du jeune en train de jeter un cocktail Molotov.

C'est tout d'abord parce qu'elles sont tues que les peurs se manifestent et se transforment parfois en violence. Si les peurs des uns sont souvent comprises par les autres quand elles sont exprimées, le problème est qu'elles ne sont pas toujours dites. Et sans expression des craintes

vécues par les soignants comme par les soignés, la situation peut vite déraiper : « on sent une cocotte minute en nous ».

Les peurs et les violences peuvent aussi s'installer du fait d'une distance vécue entre soignant et soigné. Cette distance est à la fois étouffée et creusée, comme l'explique un militant : « on est tous des êtres humains. Y'a que l'argent et les études qui nous séparent ! ». Elle peut faire naître un sentiment d'infériorité et donc un malaise du côté des militants : « on sent que la personne qui est en face de nous se sent supérieure et nous, on se sent tout petits » et aux professionnels de répondre : « c'est une de mes peurs dans mon métier. C'est le meilleur moyen pour ne pas se rencontrer ».

Du côté des militants, ce sont surtout les enjeux de connaissance qui font la différence et fondent les différends. Les militants expliquent qu'ils ont peur d'être jugés, peur de donner l'impression de ne pas comprendre. Ils expliquent que souvent, ils n'osent pas poser des questions et que eux, ils « ne savent pas ». Et pourtant, en d'autres domaines, il n'est pas toujours certain que le savoir soit du côté des professionnels. Du côté des soignants, c'est davantage la crainte que leur position « favorisée » soit mal vécue ; ils expliquent « être gênés d'être privilégiés » et « ne pas vouloir être mis sur un piédestal ». En même temps, ils ont conscience de leur peur d'être « envahis ou contaminés » par la situation de la personne, sans oublier qu'eux aussi vivent avec leurs souffrances.

Se pose alors la question de la juste distance : « comment doser notre position de professionnel ? ». Jusqu'où aller dans l'empathie ? Que peut-on dire et ne pas dire ? Les raisonnements ne sont pas les mêmes. Alors que les soignants pensent qu'il n'est pas souhaitable de faire part de leur peur au soigné, une militante souligne que d'entendre qu'on se fait du souci pour elle lui donne le sentiment « d'être importante pour quelqu'un ».

La question de la juste distance est particulièrement difficile lorsqu'il s'agit de sujets intimes et délicats comme l'alcool ou encore l'hygiène. Vis-à-vis de l'hygiène, les participants du groupe se sont mis d'accord sur le fait qu'il fallait en parler après qu'une

relation de confiance s'est installée et en choisissant, avec tact, les bons mots. Ils ont insisté sur le fait que le manque d'hygiène pouvait traduire un mal-être à prendre en compte ou des conditions de vie difficiles. Enfin, l'importance de valoriser la personne et de « ramener à une position d'égal » a été soulignée.

En cherchant des leviers, les participants du groupe ont insisté sur l'importance de construire une relation d'égal à égal, en reconnaissant l'autre comme un partenaire. Il a aussi été largement question de construire une relation de confiance et de ne pas hésiter à mettre des mots sur ses peurs. Est-ce qu'un levier ne pourrait pas être d'en parler au début de la consultation (pour les soignants comme pour les soignés) ?

### Quelles conditions pour accueillir, écouter, communiquer... ?

A l'issue des deux premières journées, les participants ont indiqué que les conditions favorables pour que les personnes en difficultés puissent être actrices dans leur projet de santé, passent surtout par l'accueil, l'écoute et la communication. Quelles sont les conditions pour que ces attitudes, parfois considérées comme passives, soient possibles et efficaces ? Le groupe a travaillé sur les obstacles à la communication, l'accueil et l'écoute.

Ils peuvent être résumés en trois axes :

- le positionnement des professionnels dont le regard peut être perçu comme dévalorisant et plus administratif qu'humain,
- les contraintes institutionnelles (rentabilité),
- la mauvaise communication entre professionnels ou entre professionnels et personnes soignées.

Ces éléments sont générateurs d'angoisse pour les personnes, et d'exigences : il faut « tout, tout de suite ». Dès lors, le risque de rupture d'accompagnement est fort. Pour les militants, les interrogations ne sont pas tant sur les compétences du soignant que sur sa capacité à les comprendre.

Par ailleurs, ces obstacles viennent parasiter la relation en entraînant un manque de

respect mutuel (rendez-vous ou horaires non respectés par les professionnels ou par les personnes soignées), et une incompréhension réciproque : les professionnels pensent parfois « rendre quelque chose humain, croient bien faire, mais les choses peuvent être mal vécues. Il y a un écart entre le contexte de prise en charge et la réalité vécue ».

Une fois ces constats établis, le groupe a réfléchi à la façon de les dépasser. Parce qu'elles permettent la rencontre, les notions de respect, d'humanité et d'écoute ont été particulièrement soulignées. Grâce à elles, la personne peut « oser dire ».

L'adaptation des professionnels aux besoins des personnes a aussi été questionnée, avec l'enjeu pour les soignants d'« accepter de perdre ses propres repères pour inventer des solutions nouvelles en coopération avec la personne défavorisée et en coordination avec les autres professionnels de santé ».

Pour tous, il s'agit de prendre le temps de reconnaître l'autre avec ses contraintes, ses représentations, ses difficultés, pour avancer ensemble.

### Dépendance aux professionnels soignant : choisie ou subie ?

Le groupe a commencé à travailler à partir d'une idée qui avait surgi lors des deux premiers jours de co-formation. Professionnels et militants avaient des regards divergents sur : est-ce qu'on accepte d'être soigné parce qu'on est en confiance ou parce qu'on n'a pas d'autre possibilité ? Avec le constat que : « à force d'aider, on risque de déposséder. A force d'avoir peur d'être dans la non-assistance, on dépossède la personne ».

Qu'est-ce qui fait que la dépendance est choisie ou subie ? Pour les participants, c'est la non-prise en charge globale de la personne qui crée une dépendance subie. La multiplication des intervenants, le manque de communication entre eux et la non-connaissance des dispositifs par les professionnels empêchent la personne d'être actrice. Ainsi, les professionnels ne font pas toujours appel aux acteurs sociaux qui prennent en compte la fragilité du patient face à la dépendance au soignant. Le choix du médecin est aussi questionné. En effet, si en théorie chacun peut choisir



son médecin, la réalité peut être toute autre. La restriction est liée aux refus de CMU, aux difficultés de mobilité dans les zones de désertification médicale et à l'hôpital où on ne choisit pas son médecin. D'autre part, la déclaration de choix du médecin traitant est parfois, elle aussi, vécue comme une contrainte. Faire le choix de ne pas déclarer son médecin traitant relève de la liberté mais enferme aussi les personnes hors du système de soins. A contrario, le médecin traitant est perçu comme une personne de référence, de confiance. Dès lors, se pose la question de la liberté : « *la liberté, c'est résister mais c'est aussi parfois s'enfermer* ». S'enfermer, c'est-à-dire refuser systématiquement les soins parce qu'on est révolté et que la démarche est ressentie comme trop lourde. Enfin, les contraintes institutionnelles, avec notamment les logiques de rentabilité, limitent le choix et l'accès aux soins. Or, comme l'explique un militant, pour pouvoir « *être acteur, il faut avoir le choix* ».

Tous les participants admettent que la grande vulnérabilité est un facteur de dépendance. Pour autant, « *le choix et la soumission sont quelque chose de dynamique et non pas de figé* ».

Mais dès lors, quels sont les leviers pour passer d'une dépendance subie à une dépendance choisie ? Le groupe s'accorde à dire qu'il y a toujours une part de dépendance qui ne peut être réduite : « *une dépendance plus ou moins obligée car on vient voir une personne qui a des connaissances supplémentaires* ».

Parmi les leviers, on retrouve ceux qui fondent la relation : la communication, l'écoute, le respect mutuel et la reconnaissance des compétences de chacun.

En outre, les participants estiment que tout le monde a une responsabilité :

- le professionnel qui doit faire preuve de souplesse, accepter de remettre en question ses représentations, mais aussi pouvoir s'informer sur les dispositifs existants,
- le patient qui doit réfléchir à son projet de soin même si le fait de refuser certains actes « *ne veut pas dire qu'il ne veut pas se soigner* »,
- les institutions qui doivent permettre qu'un professionnel soit référent et encourager la communication interprofessionnelle.

Passer d'une dépendance subie à une dépendance choisie nécessite de prendre du temps pour se comprendre et se connaître.



### 3. QUELQUES MOTS DE CONCLUSION

Ce sont avant tout les représentations des uns et des autres qui ont pu être questionnées et approfondies à travers cette co-formation. Les échanges ont permis de rappeler à quel point les images que l'on se fait de l'autre et de son rôle sont souvent faussées. D'où l'importance, pour les soignés comme pour les soignants « *d'oser dire* » ce qu'on ressent, ce qu'on craint et ce qu'on attend. Les participants ont pointé l'importance de lever les tabous une fois la relation établie (comme l'alcool ou l'hygiène). L'argent est aussi trop souvent tabou, et pourtant, les enjeux financiers prennent de plus en plus de place dans les échanges entre soignants et soignés.

Il a été rappelé, à différentes reprises, les efforts considérables des personnes pour frapper aux portes du soignant, et donc l'importance de l'accueil dès les premiers échanges. La question de l'accueil rejoint celle du temps accordé à la souffrance du soigné. Ces conditions indispensables à l'instauration d'une relation humaine structurante sont parfois difficiles à concilier avec les contraintes de rendements imposées au soignant. Pourtant, souvent, il suffit de pas grand-chose pour bien démarrer : « *un sourire* », « *une phrase chaleureuse* », « *un mot accueillant en salle d'attente* »...

Enfin, si les compétences techniques des professionnels ne sont pas remises en question par les soignés, ces derniers attendent de la considération et recherchent une relation humaine. La notion de partenaire a été reprise pendant la co-formation, insistant ainsi sur l'importance de cheminer ensemble vers l'accès à une bonne santé. Et plus largement, comment associer davantage les personnes les plus vulnérables à la réflexion et la co-construction des fondements de notre système de soins ?



## Pour aller plus loin ...



*« Que savez-vous de nous, de moi ?  
 Moi de vous, je sais, car sur le devant de la scène vous êtes.  
 L'on vous a donné un rôle, un pouvoir.  
 Vous êtes respectés, reconnus, écoutés.  
 Vous vous êtes sans doute battus pour y arriver.  
 Pourquoi ? Comment ? Dans quel but ?  
 Quelles étaient vos envies ? Vos espoirs ? Votre désir de savoir ?  
 Je crois deviner.  
 Aussi j'aimerais partager avec vous  
 Ce qui vous permet d'exister au grand jour.  
 Nous sommes là, je suis là, perdue sur cette terre qui est vôtre,  
 Que l'on dit nôtre,  
 Que l'on dit mienne.  
 Je ne puis croire que vous puissiez ne pas savoir  
 Que l'on en crève,  
 Que l'on a envie de sortir de ce brouillard,  
 Que nous existons,  
 Que j'existe.  
 Pas seulement pour vous rencontrer, comme cela, gentiment,  
 Mais pour changer.  
 Echanger les clés, les clés de vos savoir-faire, de vos savoir-être, de vos savoirs intellectuels.  
 Je partagerai à mon tour avec vous les clés, les clés de nos savoirs de souffrance, de nos  
 savoirs d'espoir, de nos savoirs de pauvres.  
 Vous savez, nous savons, je sais.  
 Et si ces clés nous permettaient de conjuguer nos savoirs ?  
 Et si ces clés nous permettaient d'ouvrir la porte de l'ignorance,  
 Et que, tous, nous découvrions que le savoir se partage ? »*

Propos d'une militante - extraits du livre « *Le croisement des savoirs et des pratiques – Quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble* », groupe de Recherche Quart-Monde Université et Quart-Monde Partenaire – Université, Editions de l'atelier, Editions Quart-Monde, 2009, 28€



### UN FILM ISSU DE LA CO-FORMATION « SANTE ET GENS DU VOYAGE »

Début 2009, durant 3 jours, une dizaine de Voyageurs et 24 professionnels de santé se sont formés mutuellement sur la thématique « Santé et Gens du Voyage ». A partir de la méthodologie de co-formation élaborée par ATD Quart-Monde, professionnels et Voyageurs ont travaillé ensemble autour de leurs représentations, puis sur les contraintes et les pratiques de chacun. Un film, réalisé par l'association « Moderniser sans exclure Rhône-Alpes », reprend les éléments de discussion, extraits des débats, regroupés autour de thèmes clés qui ont émergé.

**Contact : ARTAG ou REVIH-STIS**



Centre Hospitalier  
Pavillon Sainte-Hélène  
5 rue Pierre et Marie Curie - BP 1125  
73011 CHAMBERY  
Tél. 04 79 96 58 25  
Fax. 04 79 96 58 27  
revih-sts@orange.fr

[www.revih-sts.fr](http://www.revih-sts.fr)

Mission Régionale Rhône-Alpes  
d'Information sur l'Exclusion

14, rue Passet  
69007 LYON  
Tél. 04 37 65 01 93  
Fax. 04 37 65 01 94  
mrie@mrie.org

[www.mrie.org](http://www.mrie.org)

La co-formation « *Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales* » a été réalisée avec le financement de :



l'agence nationale  
pour la cohésion sociale  
et l'égalité des chances

