Arrangements locaux et reconnaissances des savoirs en contexte de soin et d'éducation

Rachel COLOMBE(1), Patricia BESSAOUD-ALONSO(2)

(1) université Paris 8, (2) Université de Limoges

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9809

Résumé : Nous proposons ici d'interroger la façon dont les pratiques de santé, d'éducation et de formation dans une communauté sans-terre au Brésil et dans un espace médico-éducatif en Ile de France, sont reconfigurées en fonction des besoins spécifiques d'un territoire et de l'interprétation, par les professionnels, de la rencontre avec les usagers et l'émergence de leur demande. Une recherche s'est déroulée auprès d'une équipe de santé de la famille au Brésil. L'objectif a été de saisir la complexité et les tensions professionnelles spécifiques du travail des agents communautaires de santé. Les données recueillies (observations participantes, non participantes, entretiens) s'inscrivent à la fois dans une approche socio-historique (Savoye, 2003, Noiriel, 2006) et socio-clinique institutionnelle (Monceau, 2019). La seconde a été menée dans le cadre d'une thèse en sciences de l'éducation et de la formation, prenant notamment pour cadre théorique la clinique d'orientation psychanalytique (Blanchard et al., 2005) et les épistémologies féministes (Haraway,1988). La collecte empirique a pris la forme d'observations participantes (Lapassade, 2016) en Maison des Adolescents. En faisant dialoguer deux terrains de recherche, nous ne nous revendiquons pas d'une approche comparatiste, mais visons plutôt à comprendre comment, dans deux contextes géographiques, socio- économiques et politiques singuliers, et à partir des pratiques particulières qui s'y exercent, se dessinent des productions de savoirs localisés. Ces productions de savoirs hybridés, braconnés (De Certeau, 1980), posent alors la question d'une reconnaissance de savoirs considérés comme « profanes » et des transformations institutionnelles et formatives qui les accompagnent.

Mots-clés : santé, savoirs localisés, institutions, formation

Abstract: Here we propose to examine the way in which health, education and training practices in a landless community in Brazil and in a medico-educational space in the Ile de France region are reconfigured according to the specific needs of a territory and the professionals' interpretation of the encounter with the users and the emergence of their demand. Research was carried out with a family health team in Brazil. The objective was to grasp the complexity and specific professional tensions of the work of community health workers. The data collected (participant and non-participant observations, interviews) are part of both a socio-historical (Savoye, 2003, Noiriel, 2006) and socio-clinical institutional (Monceau, 2019) approach. The second was conducted as part of a thesis in education and training sciences, taking as its theoretical framework psychoanalytic orientation (Blanchard et al., 2005) and feminist epistemologies (Haraway, 1988). Empirical collection took the form of participant observation (Lapassade, 2016) in the Maison des Adolescents. By creating a dialogue between two fields of research, we do not claim to be using a comparative approach, but rather aim to understand how, in two unique geographical, socio-economic and political contexts, and based on the particular practices that take place there, localized knowledge productions are taking shape. These productions of hybridized knowledge, poached (De Certeau, 1980), then raise the question of the recognition of knowledge considered as "lay" and the institutional and formative transformations that accompany it.

Keywords: : health, localized knowledge, institutions,training

Introduction

Le présent article prendra appui sur deux recherches : l'une portant sur une communauté sans-terre au Brésil et l'autre s'étant déroulée dans un espace médico-éducatif pour adolescents[1] en Ile de France. Notre propos vise à mettre en résonance deux contextes institutionnels et culturels distincts. Notre démarche n'est pas inscrite dans une perspective comparatiste, mais cherche plutôt à montrer en quoi des reconfigurations s'opèrent en fonction des besoins spécifiques des territoires investigués et de leurs interprétations par les professionnels. L'objectif est d'interroger ce que ces ajustements disent de la question du « savoir » mobilisé par les acteurs, et en formation.

Tout d'abord, nous introduirons nos terrains d'enquêtes, sous un angle méthodologique, puis en les situant dans un contexte socio-politique donné. Nous poursuivrons en nous intéressant au travail pluridisciplinaire et aux tensions qui le traversent ainsi qu'aux transmissions des savoirs professionnels et des mémoires locales dans ce qu'elles produisent de complexité et de rapports de pouvoir. Enfin, il s'agira de discuter ce que nous faisons des « savoirs » et de quels savoirs parlons-nous ? et ce que nous en faisons en tant que chercheuses et formatrices.

1 Recueil des données et méthodologie

La recherche menée au Brésil, dans l'état de Sao Paulo, s'est déroulée en trois phases (2015, 2018, 2021) les données les plus importantes ont été recueillies en 2015 par des observations participantes[2], des entretiens collectifs et individuels, puis en 2018 et 2021 des observations non participantes, entretiens informels et formels auprès des agents communautaires de santé, des usagers et des infirmières d'équipes de santé de la famille intervenant dans la communauté sans terre. Durant la première et la deuxième phase un journal de terrain[3] a été un appui à la compréhension des dimensions territoriales et politiques. Cette recherche a été le produit d'une collaboration avec des chercheuses en sciences infirmières de l'USP, qui ont permis et faciliter mon[4] entrée au sein de la communauté sans terre en suivant le travail de plusieurs équipes de santé de la famille. L'objet initial était d'observer et de saisir comment se fabriquait dans la durée les relations entre les familles vivant dans la communauté sans terre. Cet objet s'est transformé et s'est focalisé vers les professionnels, en particulier les agents communautaires de santé.

La seconde recherche a été conduite entre 2019 et 2020, au sein d'une Maison des Adolescents (MDA) d'Ile de France, sous la forme d'observations participantes, à l'occasion d'un travail doctoral en Sciences de l'éducation et de la formation. L'observation participante était référée aux définitions de Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995) et, partiellement, de Georges Lapassade, en cela qu'elle m'a menée à partir d'un « rôle

[1] Nous employons au fil du texte une écriture non-inclusive, mais il doit être souligné que la question des rapports de genre et la présence de nombreuses professionnelles dans les terrains investigués sont loin d'être anodines pour ce qui concerne la thématique des savoirs (il)légitimes.

[2] Lors de séances de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par les équipes.

[3] Description des espaces d'intervention auprès des familles, retranscription des discussions informelles avec les professionnels, réflexion dans l'après-coup des effets que produisaient le terrain sur la chercheuse.

[4] La recherche au Brésil concerne P. Bessaoud-Alonso, et celle dans une MDA concerne R. Colombe. L'emploi de la première personne varie en fonction.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

défini, statutaire, de chercheur » (Lapassade, 2002, p. 380), puis à négocier des espaces et une posture pour « accéder [...] au rôle d'acteur, de 'participant' » (*ibid.*)._ Ainsi, j'ai accédé, en tant que doctorante, mais aussi en tant qu'adulte co-animatrice d'activités institutionnelles, aux espaces suivants : réunions institutionnelles et cliniques, journées partenariales et de réseau, ateliers hebdomadaires à destination des jeunes accueillis, ateliers et sorties ponctuelles, espace d'une recherche action pour laquelle la structure était mobilisée. Des espaces que l'on peut désigner d'informels ont aussi été fréquentés avec des membres de l'équipe. Deux précisions sont importantes concernant ce recueil de données. Tout d'abord, les analyses sont appuyées sur un journal de terrain et un travail d'écriture au fil de la recherche doctorale puis de la réalisation de la thèse, mais elles sont, malgré ces traces et inscriptions, marquées par un après-coup temporel, lequel produit des effets de réélaboration (Chaussecourte, 2010) et de nouvelles configurations entre « l'ici » et le « là-bas » ethnographiques (Rooke, 2010, p. 30). Par ailleurs, l'institution a été observée *avant* la crise pandémique du Covid-19, et il est fort probable que cette crise ait remanié – provisoirement ou durablement – une partie du travail en santé engagé par l'institution.

2 Contexte socio-historique

2.1 La communauté sans terre : enjeux éducatifs et politiques

Au Brésil le mouvement sans terre (MST) a été créé officiellement en 1985 même si des paysans « sans terre » occupent, à la fin des années 70, la ferme Macali dans l'État du Rio Grande do Sul. Historiquement les luttes paysannes agitent le Brésil depuis la période coloniale et c'est bien dans cette préexistence que le MST s'inscrit dans un combat contre les oppressions. La question agraire est au centre de la lutte, pour autant son engagement et ses actions vont bien au-delà, en particulier en matière d'éducation et de prévention sanitaire. L'éducation est entendue comme un processus permanent de formation et de transformation de l'homme dans toutes ses dimensions. En se référant clairement à la pédagogie des opprimés, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde (Freire, 1974, p. 62) c'est-à-dire à la possibilité collective, pour les plus pauvres, de s'émanciper et de faire leurs propres choix dans la dignité. Si le MST se revendique affranchi de tous partis politiques, ses fondements sont largement ancrés dans une idéologie anti-libérale. La communauté qui nous intéresse, ici, se situe dans l'État de Sao Paulo et est installée à la périphérie d'une ville très urbanisée, riche et essentiellement blanche. Dans le cadre de mon premier séjour au Brésil et ma collaboration avec des chercheuses en sciences infirmières de l'USP j'ai pu suivre diverses activités d'équipes de santé de la famille. Celles-ci ont été créées au début des années 90 à la suite du SUS (système unique de santé) dans le cadre d'un projet global de lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté. Leurs missions sont d'organiser le travail des soins primaires de proximité. Ces premières observations et recueil de données se sont poursuivis lors de mes séjours suivants. Depuis 2015 trois gouvernements se sont succédés – Rousseff, Bolsonaro et Lula – les visées éducatives, sociales et politiques en ont été transformées.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

2.2 La maison des adolescents : entre soin et éducation

Comme cela a été identifié par les travaux d'Isabelle Maillard (2008), ou encore de Sylvie Malinowski (2021), les Maisons des Adolescents (MDA) sont une institution emblématique de l'émergence et des transformations des politiques françaises de « santé mentale ». À travers leurs prescriptions successives, on peut lire en filigrane les évolutions d'un regard socio-historique et politique porté sur l'adolescence. En retraçant ces évolutions à grands traits, on constate alors que les MDA naissent[5] à une période de multiplication des alertes sur la souffrance psychique des adolescents. C'est donc dans une teinte inquiète, voire alarmiste, préoccupée par la souffrance psychique des adolescents et ses conséquences en termes d'instabilité des parcours et de santé publique, que les premiers établissements apparaissent. Est créée plus tard une association nationale qui les fédère, l'ANMDA (Association Nationale des Maisons des Adolescents), et qui fait écho aux recommandations des Plans « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » et du « Plan Santé des Jeunes » de 2008. Enfin, leur « seconde génération » (Cahier des charges de 2016)[6] n'échappe pas aux préoccupations politiques de l'époque, et inscrit des problématiques éducatives et de gouvernementalité telles que la « lutte contre la radicalisation ». Enfin, des changements sémantiques marquent un glissement vers un paradigme de santé mentale (Bellahsen, 2014), et on y constate par exemple que le terme de « souffrance » (qui était particulièrement saillant auparavant) est plus rare, avec un accent mis sur le « bien-être », ou encore la « santé mentale positive ».

Ces évolutions impliquent au moins trois choses : des variations des représentations sociales des usagers (sont-ils des jeunes qui nous inquiètent ou pour lesquels on s'inquiète ?) ; une relance de questions anciennes sur le travail d'alliance ou de séparation entre soin et éducation ; et, qui est lié, une interrogation des professionnels et des politiques sur l'accessibilité des établissements (l'institution est-elle bien visible telle qu'elle a été pensée ?). En effet, ces actes fondateurs successifs des MDA répondent au constat d'unités pour adolescents manquantes, de services inadaptés, et de ballotement des jeunes entre les espaces institutionnels. Ce constat rencontre la préoccupation des politiques de « santé mentale » d'une dite déstigmatisation de l'accès aux soins, a fortiori chez des adolescents qui seraient peu enclins à se rendre dans des espaces marqués par certains codes psychiatriques. Pour autant, l'histoire des MDA invite à distinguer tentatives de déstigmatisation du soin psychique et « dépsychiatrisation » de la santé mentale.

Certaines MDA ne sont effectivement pas reliées à des établissements hospitaliers, et sont plutôt dirigées par des travailleurs sociaux. Par ailleurs, les pratiques se distinguent de l'hospitalier, et laissent un espace pour d'autres référentiels (travail social, psychologie, éducation spécialisée, etc.). De fait, les MDA se trouvent à la jonction entre deux héritages : d'un côté, les Centres Médico Psycho-Pédagogiques (CMPP), puis la politique de sectorisation psychiatrique et le développement des établissements

[5] La première MDA est créée en 1999 au Havre, puis deux moments impulsent la diffusion des MDA de « première génération » : le rapport de la Défenseure des enfants Claire Brisset en 2002 : *Les Maisons des adolescents pourquoi ? comment ?* puis en 2004, un programme de soutien au développement des MDA, adossé à un financement sur 5 ans, et visant l'ouverture d'un établissement dans chaque département.

[6] Voir : https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41542

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

ambulatoires hors de l'hôpital. De l'autre, les dispositifs d'écoute et de prévention adressés aux jeunes (Bureaux d'Informations Jeunesse, Espaces Santé Jeunes, réseau des Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes). Ces dispositifs-ci n'ont pas toujours été orientés vers le soin, en tout cas pas dans sa compréhension psychiatrique (on retrouve plutôt, dans l'histoire des Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ), une présence des acteurs de la prévention des risques et de l'insertion, comme dans les missions locales) mais ils ont tous été fédérés et interpellés au tournant des années 2000 mentionné précédemment ; et les dispositifs comme les PAEJ sont aujourd'hui mandatés par les politiques de santé mentale.

Il est à noter néanmoins qu'entre les experts convoqués pour la mise en place des missions, la place occupée par les médecins au sein de l'ANMDA et la dominante psychiatrique du champ de la « santé mentale », le projet des MDA peut renvoyer à une forme d'adaptation vers un nouveau mandat social de la psychiatrie, ou de la médecine mentale, telle qu'observée par des auteurs comme Robert Castel (1973). Il s'agit en effet d'y « banaliser » la demande de soins, de travailler à une « clinique des petits signes » … Et ce sont, encore aujourd'hui, principalement des médecins (pédo)psychiatres qui signent une production scientifique ou réflexive autour des MDA, et de leur dé-psychiatrisation partielle. Ainsi, le psychiatre Hugues Paris écrit : « les MDA ne s'inscrivent ni dans le soin psychiatrique pur, ni dans la prise en charge socio-éducative, tels qu'on les connaît classiquement. » (Paris, 2012). C'est bien de cet enjeu de « pureté » du régime de savoir/pouvoir (Foucault, 1975) psychiatrique en contexte interdisciplinaire dont il est question alors, et des enjeux de transmission qui s'y jouent.

L'ensemble de ces contextualisations, qui permettent d'envisager alors les évolutions des pratiques de terrain, et l'adaptation des formations à ces enjeux, laissent apparaître des motifs majeurs : la porosité entre des champs d'exercice (soin et éducation), et la dépendance des institutions et de leurs marges à des contextes politiques et idéologiques mouvants. Ainsi, chacun de ses terrains ne recèle certes pas une histoire continue et exhaustive des politiques publiques de santé Brésiliennes et Françaises, mais elles sont le fruit de remaniements significatifs. L'ensemble de ces remaniements entraîne des ajustements complexes chez les professionnels, et pour les équipes.

3 un travail disciplinaire en tension

3.1 Pluridisciplinarité des équipes de santé de la famille : Les agents communautaires de santé : être un pilier pour quelle reconnaissance ?

Les équipes de santé de la famille travaillent sur un territoire circonscrit. Elles sont composées en général d'un médecin généraliste, d'un dentiste, d'infirmières, d'auxiliaires infirmières et d'agents communautaires. Elles doivent répondre aux programmes de l'État (variations des politiques néo-libérales) et aux besoins des familles dans une approche globale de la santé (L'Abbate, 2017 p 129-137). Ces équipes sont confrontées à un certain nombre de difficultés récurrentes face aux situations de vulnérabilités des familles : chômage, violences, addictions, etc. Au sein de ces équipes les agents

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

communautaires de santé ont une place prépondérante. Elles[7] sont, en quelque sorte, les piliers de l'organisation du travail et les garantes du lien entre professionnels de santé et usagers. Elles interviennent au domicile des familles et ont une connaissance éprouvée du terrain. L'imaginaire social (Castoriadis, 1975) construit autour de cette profession oscille entre utilité sociale et manque de reconnaissance professionnelle. Dans la communauté sans terre étudiée leur place au sein de l'équipe de santé de la famille et des usagers a évolué au fil du temps. Les positions politiques revendiquées par les plus anciennes, c'est-à-dire une adhésion au projet du MST, sont plus diffuses chez les plus jeunes recrues. Des formes de désinstitutionalisations sont à l'œuvre dans ce processus. Le point d'achoppement réside dans la complexité de la profession. Les agents communautaires de santé[8] ont la particularité, afin d'être recrutées, d'une obligation de résidence dans la communauté dans laquelle elles exercent. Toutefois, depuis quelques années, ce principe tend progressivement à ne plus être un préalable. Le vécu se construit dans l'ambiguïté d'une double implication libidinale[9] et professionnelle dans l'État et dans la communauté (Bessaoud-Alonso, 2018).

La question de la reconnaissance professionnelle, dans ce contexte, est à « revisiter » en pointant un certain nombre de paradoxes et de tensions. Le premier point concerne la place des agents. Une place essentielle ; elles sont des tisseuses de lien entre les familles et l'équipe de santé. Secondairement, leur qualité de professionnelle est essentiellement liée à des missions de prévention. C'est en creux que s'entrechoquent des distinctions de pratiques. Certaines maladies chroniques font l'objet d'une prévention prioritaire comme le diabète et l'hypertension. Le développement de la biomédecine et des politiques de santé publique ont pour objet premier non seulement de soigner, de guérir, mais d'agir en amont en prévenant les maladies et en identifiant les risques susceptibles d'être préjudiciables pour la santé des personnes (en priorité les enfants, les femmes et les personnes âgées). La prévention et le contrôle des maladies chroniques constituent l'une des priorités du système de santé publique au niveau fédéral. Cette orientation est constitutive depuis 1988 de l'idée que la santé est un devoir, « il s'agit de porter une attention permanente à la population avec des vaccinations, des mesures, des examens préventifs des maladies chroniques » (Rougeon, 2017 p 119-135). En parallèle, au sein des communautés, des actions locales doivent être ciblées en fonction des besoins identifiés. Il s'agit, en quelque sorte, d'un « faire avec » les populations concernées. Il s'avère que les familles vivant dans cette communauté sans terre présentent des formes d'hétérogénéité. Les besoins en matière d'éducation et de prévention ne sont pas identiques. Les agents communautaires visitent les familles les plus à risques du point de vue sanitaire, assurent la mise en place de la promotion de la santé : hygiène bucco-dentaire, accompagnement de la grossesse, de la maternité etc. La difficulté est que les stratégies d'intervention et promotion de la santé sont parfois ressenties comme intrusives et pesantes par certaines familles en fonction de leur rapport à la médecine ou la crainte d'une forme de contrôle social, par exemple. Pour les agents communautaires le dilemme est important entre le désir d'assurer leurs missions de prévention, la proximité relationnelle avec les familles qui marque

[7] Dans la communauté sans terre étudiée les agents sont des femmes. Plus généralement, la profession est largement exercée par des femmes.

[8] Création en 1994 du programme de santé communautaire (PACS)

[9] Ou, implication *affective* (Lourau, 1970).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

une forme d'entre soi de voisinage et les prescriptions institutionnelles édictées par le secrétariat de la santé. Ce qui produit un effet d'instabilité permanente entre la professionnelle et l'habitante de la communauté. Cette dichotomie entraîne la prise en considération des habitudes et pratiques des familles visitées ainsi que l'histoire individuelle et collective qui les lient au MST.

3.2 La pluridisciplinarité d'une équipe : de la mise en commun des savoirs à la menace identitaire

Le travail pluridisciplinaire d'accueil, de soin et d'éducation/rééducation des adolescents permet aux professionnels le traitement de situations dites « complexes », et le tissage d'un travail de dialogue, d'élaboration autour des suivis. Sous cet angle, les compétences professionnelles, expériences, spécialisations et savoirs spécifiques de chacun permettent d'approcher les situations avec des outils nombreux et adaptés. D'autre part, les professionnels bénéficient partiellement de cette cohabitation pour renouveler ou réagencer leurs connaissances. En somme, il arrive que la pluridisciplinarité tende à un intermétier efficient, voire à une transdisciplinarité.

Cependant, face aux manques de moyens, à la demande sociale pressante sur l'établissement, et à ce que peut implique d'avoir en charge le négatif[10] psycho-social d'adolescents issus d'un territoire précarisé, il arrive que la pluridisciplinarité agisse comme une menace sur les identités professionnelles et le pouvoir des acteurs. De ces situations découlent deux conséquences : d'une part, l'agencement *de luttes de prestance (Mannoni, 1973)* autour de certains cas – notamment ceux qui accentuent particulièrement la division des savoirs et obligent les professionnels à redéfinir les contours de leurs missions ; ce sera le cas par exemple de tensions autour de la prise en charge conjointe d'une victime de VSS et de son agresseur. D'autre part, une division du travail, statutaire, générationnelle et genrée (Kergoat, 1992) peut se rigidifier dans ces *luttes de prestance,* et scinder encore plus les éléments clivants des pratiques (groupales/individuelles ; éducation/soin…), et notamment la bi-catégorisation des orientations sur le modèle « soigner les filles / éduquer les garçons » (Colombe, 2021 et 2024).

D'autre part, ces évolutions impliquent inévitablement des frictions entre les générations de professionnels, entre les idéaux portés par chacun, et viennent alors bousculer l'institution du côté de la transmission. Que transmettre et à quelle destination, lorsque les contextes bouleversent l'exercice d'un métier et les aspirations des professionnels ou apprenants ?

[10] Nous employons ici « négatif » à la suite de Dominique Lhuilier, qui fait partiellement référence au négatif Freudien, pour désigner ce qui fait l'objet d'un rejet, d'une mise à la marge, et qu'un certain nombre d'institution est en charge de traiter (Lhuilier 2011).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

4 Transmission des savoirs professionnels et d'une mémoire locale : entre complexité et rapports de pouvoir

4.1 Mémoire et transmission : de la trace mémorielle aux réalités de « marché ».

Le mouvement sans-terre, le plus important mouvement populaire d'Amérique latine, a un lien fort avec l'Église. Les communautés ecclésiales de base ont donné naissance à « une nouvelle manière de "faire Église" » (Libiano, 2005). La théologie de la libération[11]porte un regard critique sur la mondialisation néolibérale, en particulier par rapport à ses conséquences sur la vie des plus pauvres. Ce courant de pensée très présent dans les années 70-80 prend parti pour une forme de généralisation des solidarités entre les humains. Ceci étant dit, même si l'analogie est avérée, le MST prend progressivement ses distances avec ce mouvement.

D'abord en privilégiant des formes de combats moins légales puis en s'émancipant « des recommandations religieuses ». Selon, João Pedro Stédile, « dans les symboles de notre culture, dans nos valeurs, dans la conviction qu'il faut lutter », et surtout dans la croyance en « la possibilité d'une société plus juste et plus fraternelle » (Stédile, 1997)[12]. Si cette croyance persiste, elle a subi depuis quelques années des mutations notables. La possibilité d'une société plus juste et fraternelle ne fait pas l'économie des affres du libéralisme. Les agents communautaires de santé, comme dit antérieurement, sont soumis à l'obligation de résidence dans la communauté. Pourtant depuis quelques années cette obligation présente quelques failles. Lors de mon premier séjour en 2015 elles vivaient toutes dans la communauté sans terre. Depuis certaines sont sorties de la communauté et vivent à l'extérieur, d'autres, recrutées plus récemment, n'y ont jamais vécu. Plusieurs raisons pourraient être avancées. La complexité de dissocier vie professionnelle et personnelle face à une trop grande proximité avec les familles auprès desquelles elles interviennent. Pour certaines c'est un avantage, elles saisissent plus finement les craintes, les douleurs et les manières de vivre des habitants et peuvent intervenir en mobilisant la connaissance de leur environnement familial et leurs besoins éducatifs et sanitaires. Pour d'autres, la tension est vive et provoque un conflit interne. Il serait réducteur de pointer uniquement les effets de tension sur la construction psychique des sujets (en remaniement tout au long de la vie). Le politique, l'économique et le social jouent un rôle dans les choix de vie, plus ou moins contraints, des agents de santé communautaire. Dans la communauté sans terre l'histoire du territoire fabrique au fil du temps une expérience commune qui ne se soustrait pas à une réélaboration au présent entre mémoire collective et visée plus individualiste (Bessaoud-Alonso, 2018). Les aspirations plus individualisées, même si les normes sociales ont un rôle important et affectent les décisions individuelles (Demeulenaere, 2020), produisent des effets sur les trajectoires et les savoirs des agents et des familles.

[11]Que l'on pourrait rapprocher en France du christianisme social, en soulignant toutes les nuances socio-historiques et politiques, à entendre dans le sens d'une société éprise de justice sociale.

[12]Publié en français sur le site RISAL – Réseau d'information et de solidarité avec l'Amérique latine. URL :http://risal.collectifs.net/

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

4.2 La transmission : à l'entremêlement des professions, du genre et des générations

Dans l'exercice quotidien du travail médico-psycho-éducatif, et en conséquence des effets de la pluridisciplinarité que nous avons énoncés plus haut, les professionnels négocient leurs places selon différents paramètres : qualifications, spécialisations, expériences antérieures, sujets affectionnés identifiés par le reste de l'équipe, ancienneté, statut, âge et genre. Ainsi, le découpage décisionnel et le poids de chacun dans les prises de paroles relèvent de facteurs combinés, et non cumulatifs. Cet arrangement (Goffman, 1977), et toute sa complexité, mobilise les rapports de pouvoir, et la question de la transmission des savoirs. Par exemple, une interne en passe de terminer son cursus peut être rabrouée par un psychologue clinicien, là où un interne en début de stage exerce une autorité peu discutée sur des éducatrices, et des psychologues, pourtant plus au fait d'une situation et des enjeux qu'elle soulève. Néanmoins, ladite interne peut se positionner en donneuse d'ordre auprès de stagiaires en psychologie, hommes, de sa génération, y compris au sujet de groupes ou de jeunes dont elle n'est pas responsable, et ainsi de suite. Ainsi, la transmission n'est pas pensée de manière univoque, linéaire. Elle ne peut pas être lue, sauf réduction, comme corporatiste et descendante. Elle est elle-même le fruit d'une incorporation de rapport à l'autre-professionnel : il s'agit d'être destinataire d'un savoir, mais aussi d'être destinataire d'une manière de se positionner face au savoir de l'autre, pour accepter hybridation et perturbation d'un savoir acquis en formation initiale/dans les établissements de formation ou les stages précédents, ou pour apprendre à délimiter le territoire de son exercice et asseoir, provisoirement, son pouvoir.

Par ailleurs, la MDA est marquée par la question de l'héritage. Certes, comme une problématique psychique pour une partie des adolescents accueillis (de quelle histoire, de quelle langue, de quels fantômes, est-ce que j'hérite ?). Et, tandis que les usagers rejouent la fable sartrienne (que faire de ce que l'on a fait de moi ?), les professionnels aussi sont travaillés par cette problématique. A petite échelle, l'équipe s'autohistoricise et mobilise régulièrement la figure du fondateur, du précédent « chef », pour (me) dire les variations dans l'exercice et les pratiques (la façon de marquer les départs de collègues, l'archivage des dossiers…). A une autre échelle, les professionnels s'interrogent sur le modèle d'institution et de clinique qu'ils sont enclins à défendre (répondant par plus ou moins d'enthousiasme à l'interpellation d'un collègue du secteur lors d'une journée inter-institution, qui appelle à défendre une psychiatrie *« française » via* un *« plan Marshall à l'envers »* de la psychiatrie dite transférentielle). Dans ce registre, les expériences antérieures rebattent parfois les cartes de la division du travail et des places. En effet, c'est à certaines occasions le partage d'orientations théorico-politiques (par exemple, la psychanalyse), ou la mobilisation d'un héritage théorico-affectif *d'une certaine psychiatrie* qui fonde l'alliance et le socle du « métier ». En d'autres termes, c'est la référence à des ambiances, rarement localisées ou nommées (« le psychotique qui fume sa clope », « la vraie psychiatrie », « l'hosto » …) qui suscitent une adhésion semi-générationnelle et dessinent un commun de valeurs, dans des connivences provisoires mais solides, qui viennent un temps comme intermétier (Allenbach *et al.*, 2021) profond et rend presque délétère la différence de diplomation.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Cette complexité transmissive s'explique aussi par ce que les mutations de la praxis font à la notion même de savoir : lorsque les demandes et les prescriptions changent, quels savoirs convoquer ?

5 Qu'est-ce que je fais du savoir ? De quels savoirs parle-t-on ?

5.1 Formation, savoirs, mutations

La formation initiale des agents communautaires de santé est définie par le ministère de la santé Brésilien[13]. Elle s'organise autour de trois pôles : Une partie administrative, une partie qui soutient le lien entre les politiques de santé et les autres politiques publiques (éducatives, sociales), et depuis 2004 la mise en œuvre d'un cours technique de formation (renforcement de la prévention des maladies puis promotion/prévention des risques). Ce programme de formation est soumis aux aléas des choix des États qui n'ont pas pu ou voulu les financer. Le ministère de la santé ne s'étant engagé uniquement sur la première étape. En 2014, de nouvelles orientations émergent dans les parcours de soins. Le « challenge » de l'état fédéral, était de favoriser une approche moins centrée sur la maladie. Puis en 2020, un élargissement de la formation à des pratiques pédagogiques innovantes favorisant l'intégration de l'enseignement, des services multi professionnels et interdisciplinaires. Ces programmes successifs et par rebond ne favorisent pas une formation solide des agents communautaires. La plupart des enseignements se tiennent à distance et ne sont pas dispensés par des établissements publics (Antunes, 2007). La formation au travail sur le terrain se limite à des cours plutôt introductifs voire ponctuels et ne conduit pas à une réelle professionnalisation (Fonseca, 2018). Pour ce qui concerne l'éducation permanente censée être ouverte aux agents de santé communautaires, force est de constater le peu d'influence sur leurs pratiques. Elles y sont très peu associées. Il est important de souligner que la plupart des professionnels impliqués dans les actions d'éducation permanente sont des chercheurs, des étudiants, infirmiers, médecins.

Le problème se situe entre les préconisations institutionnelles du ministère de la santé et la réalité professionnelle du terrain. Rodrigues *et al.* (2019) soulignent que dans l'offre d'actions d'Éducation Permanente en Santé pour les ACS[14], il est nécessaire de fournir des ressources pour des formations contextualisées (en prenant en compte les contextes locaux), sensibles aux histoires de vie, qui répondent aux diversités et aux cultures locales.

Si la professionnalisation des ACS peine à s'établir de façon pérenne, tout un arsenal de savoirs et de connaissances sont mobilisés par les agents localement et au quotidien. Des savoirs hérités et partagés au sein de la communauté. Des savoirs produits et transmis par les femmes et entre les femmes. La connaissance des corps et comment les soulager en utilisant des plantes et en fabriquant des remèdes. Dans les sources littéraires antiques les femmes sont caractérisées comme détentrices des secrets de *pharmaka,* drogues utilisées à la fois comme médicament et poison. Ces

[13] Le Ministère de la Santé (MS) définit la formation des travailleurs de la santé comme des actions formatives régulièrement institutionnalisées, adoptant une matrice de contenu visant à augmenter la scolarisation et à contribuer de manière décisive à la qualification et à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) (BRASIL, 2004a)

[14] Agent communautaire de santé

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

savoirs sont principalement en rapport avec la contraception et la procréation. Ces savoirs de femmes, transmis oralement dans la sphère domestique, ont été opposés aux savoirs masculins « savants » mis par écrit et transmis par les maîtres à leurs disciples (Totelin, 2009). Ce regard porté sur les savoirs des femmes, inconsidérés voire perçus comme pervers au cours de l'histoire, a perduré jusqu'à la fin du 19e siècle. Des savoirs pratiques qui attestent les connaissances des femmes ne sont pas une caractéristique féminine. Ils sont, en partie, le produit de leurs activités quotidiennes liées à la nécessité de subsister tout en intégrant plus ou moins consciemment le rapport de pouvoir entre elles et les hommes. Toutefois, au fil du temps les savoirs savants des femmes ont été occultés, confisqués, faisant trop d'ombres au pouvoir des hommes. Une autre dimension est à souligner celle, au-delà d'une éventuelle spécificité de savoirs de femmes, de la reconnaissance de savoirs « locaux, traditionnels, autochtones, etc. » utiles et éprouvés mais invisibles à la « science ». Comment concilier la diversité des savoirs des ACS dont elles sont porteuses ? En premier lieu, sans doute, un renforcement efficient de la formation initiale qui permettrait une place davantage reconnue au sein des équipes de santé comme technicienne de santé. Au-delà, une prise en considération, au sens professionnel, des savoirs construits par et avec la communauté. Plus largement, entendre qu'un dialogue est possible entre les savoirs savants et profanes d'autant plus quand ils s'inscrivent dans une perspective éducative, sanitaire et sociale, c'est-à-dire dans le politique.

5.2 A la Maison des Adolescents : un psychiatre redevenu médecin ?

Dans la Maison des Adolescents, il serait inapproprié de parler de savoirs minoritaires convoqués ou reconnus dans l'exercice du soin. On peut néanmoins déceler dans les arrangements quotidiens (ceux qui permettent de travailler ensemble, et de faire face à des situations aux ramifications psychiques, sociales et institutionnelles complexes) un déplacement, partiel, du savoir/pouvoir psychiatrique. À la question de la conservation d'une « pureté » psychiatrique ou des nouvelles formes de son impérialisme – posée avec Castel (1973) – la réponse est partielle mais articulée sur deux plans.

Premièrement, sur celui de l'ambivalence de l'exercice de leur pouvoir. Les médecins dominent l'équipe dans trois dimensions : la gouvernance (présence d'un médecin-chef) ; les enjeux légaux, bio et thanatopolitiques, où leur responsabilité est particulièrement impliquée (crises suicidaires, liens avec la justice des mineurs, signalements, et hospitalisations (demandes et sorties) ; et, enfin, dans les incarnations de masculinité. Cependant, ils peuvent aussi être mis en difficulté par leur rare animation de groupes d'adolescents, ce qui signe leur place hiérarchique dans la structure (ils soignent plus qu'ils n'éduquent), mais cela les éloigne aussi de certaines expressions de la quotidienneté, de certaines circulations informelles, et peut faire jouer des rivalités contre-transférentielles dans le rapport à certains jeunes.

Deuxièmement, dans l'agencement d'une figure un peu particulière que je nommerais comme celle du *psychiatre redevenu médecin.* En effet, tandis que le « discours psy » essaimé dans les formations de travail social tend à uniformiser les places, ou à diluer les positionnements, c'est une autre affirmation qui se fait jour, et qui réinstaure, en quelque sorte, les psychiatres comme médecins, c'est-à-dire comme détenteurs d'un savoir solide et construit sur les corps et leurs affections.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Outre les conversations sur des dimensions neuronales de certains troubles, c'est le recours à des observations de médecine générale qui apparaît alors. Sans prétendre non plus s'y substituer, ou sans systématiser l'examen clinique, il arrive que des jeunes (qui n'accèdent pas aux soins somatiques généraux par « négligence » parentale, manque d'accès au dispositifs, racisme médical, etc.) suscitent alors des débats ou des discussions théoriques et cliniques entre médecins, amenant dans l'espace de la réunion un propos non maîtrisé par le reste de l'équipe, qui parfois est devenue familière de conversations « psychiatriques ». Ainsi, une discussion longue sur les examens à mener pour un jeune avec goitre thyroïdien produit un triple effet. D'une part, une frontiérisation de l'échange (savoir/ne pas savoir), d'autre part, l'implication plus dense de jeunes médecins ou internes, dont la proximité avec certains contenus théoriques est plus évidente (par ailleurs, l'échange vient souligner l'intérêt générationnel de ces jeunes médecins, qui sont particulièrement focalisés sur la dimension physique (cérébrale et hormonale) des troubles). Et, enfin, cette scène met à mal la division classique médecine somatique/médecine mentale, ici avec une possibilité de se distinguer par le cumul, là où la psychiatrie se plaint d'être le « parent pauvre » et « mal considéré » par le reste du champ médical.

C'est paradoxalement la dimension la moins psychiatrique mais la plus médicalisée des champs de connaissance qui confère une maîtrise aux discutants, qui plus est dans un geste assimilable à un braconnage (ils tentent de pallier les manques d'un parcours de santé depuis une place qui n'est pas la leur) mais qui devient mobilisateur par excellence du savoir institutionnalisé des études de médecine. C'est dans cette croisée en tension que se rejoue aussi la question du pouvoir médical en tant qu'expertise au service d'une domestication des classes populaires (Boltanski, 1977 ; Donzelot, 1977). Ici, la tentative de s'arranger d'une absence de soin en médecine générale peut être entendue à la fois comme une captation experte, surajoutant à la psychiatrisation des comportements un surplomb de contrôle des corps ; tout comme elle peut en représenter, à certains endroits, une déstabilisation par la mise en incertitude de la « suffisance » de la connaissance psychiatrique (ou de sa « pureté ») et les effets d'un éloignement d'avec l'univers hospitalier et des parcours de soin.

6 Conclusion

Les arrangements pratiques et la place (ré)-occupée par des savoirs d'origines diverses dans les deux terrains, sont le résultat de tensions et de braconnages locaux qu'il serait présomptueux de vouloir généraliser. Néanmoins, ces agencements et ce que nous avons tenté d'en décrire, disent, en revers, une histoire des institutions et des missions professionnelles, et de certains mécanismes de légitimation des savoirs qui en découlent. Ces reconfigurations, dans l'angle clinique et d'analyse des implications auquel nous souscrivons, ne sont pas aussi sans interpeller nos places de chercheuses dans l'identification de et la contribution à ces savoirs.

Les remaniements des frontières du savoir/pouvoir en jeu dans la MDA et au sein des équipes de santé de la famille au Brésil, apparaissent comme des éléments importants à étudier et décrire dans la visée de formations en santé et en éducation, notamment dans le contexte de formations interprofessionnelles, ou incitant les futurs profession-

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

nels à un travail pluridisciplinaire. En un sens, elles mettent en tension une grille de lecture de l'acquisition cumulative de compétences professionnelles, en soulignant le fait que la formation est aussi une histoire de refus, de distinction, et de positionnement dans les rapports de pouvoir du terrain d'exercice d'un métier. Se former n'est pas seulement « apprendre à », mais bien « apprendre que d'autres n'auront pas appris » où « apprendre à se positionner dans la mise en rivalité des savoirs ».

Ce paramètre rejoint, ou émerge de nos implications de chercheuses. En effet, la tentative d'une analyse sur l'agencement de places professionnelles et de registres de connaissances est ici émise depuis un regard situé (Haraway, 1988), à savoir celui d'une personne qui a fréquenté l'institution dans le but de produire des connaissances, tout en négociant une place entre sachante (registre universitaire / place d'adulte) et non-sachante (n'étant formée à aucun des métiers exercés dans la MDA et en formation doctorale).

Il est aussi le produit, pour la recherche menée au Brésil dans la communauté sans terre, d'une déconstruction/reconstruction d'un regard préalablement traversé par l'institution universitaire et les savoirs académiques comme référence première.

Or, la porosité, ou les alliances, entre les pratiques et la production scientifique et critique sur ces dernières induisent, inévitablement, des remaniements discursifs et politiques. L'on pourrait alors s'interroger sur ce qu'une « déstigmatisation » ou une « reconnaissance » de l'objet d'étude fait aux champs académiques et critiques qui viennent à s'y pencher…

Bibliographie

Antunes, R. (2007) *Les luttes sociales dans la sphère du travail au Brésil*, PUF.

Allenbach, M., Frangieh, B., Merini, C. et Thomazet, S. (2021). Le travail collectif en situation d'intermétiers. *La nouvelle revue – Éducation et société inclusives, N° 92(6),* 87-104.

Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle.* La Fabrique.

Bessaoud-Alonso, P. (2018) Les implications affectives et professionnelles dans la relation famille-équipe de soins, *Éducation, Santé, Sociétés.* vol. 4-2.

Boltanski, L. (1977). *Prime éducation et morale de classe.* De Gruyer Mouton.

Castel, R. (1973). *Le psychanalysme.* Maspéro.

Castoriadis, C. (1975) *L'institution imaginaire de la société*, Seuil.

Chaussecourte P. (2010). Temporalités dans la recherche clinique. *Cliopsy, 3,* 39-53.

Colombe, R. (2022). Fantôme adolescent et chercheur passe-muraille. Problématique des places en Maison des adolescents. *Cliopsy, N° 28(2),* 59-71.

Colombe, R. (2024). *Se caser ou bâtir une chambre à soi ? Enjeux de places et rapports de genre en Maison des adolescents* [thèse de doctorat inédite]. Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, France.

Demeulenaere, P. (2020) L'individualisme méthodologique et les représentations collectives, *L'Année sociologique*, vol. 70.

Donzelot J. (2005). *La police des familles.* Éditions de Minuit. (Texte original publié en 1977).

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir.* Gallimard.

Freire, P. (1974) *Pédagogie des opprimés suivie de conscientisation et révolution*, Paris : Maspéro.

Goffman, E. (2002). *L'arrangement des sexes.* Éditions de Minuit. (Texte original publié en 1977).

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243

Haraway, D. (2007). Savoirs situés : question de la science dans le féminisme et privilège de la perspective partielle. Dans Le Manifeste cyborg et autres essais : sciences, fictions, féminismes (p. 107-143). Exils éditeur. (Texte original publié en 1988).

Lapassade, G. (2016). Observation participante. Dans Barus-Michel, J., Enriquez, E. et Lévy, A. (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie Références et positions. (p. 392 -407).* érès.

L'Abbate, S. (2017) *Analyse institutionnelle et santé collective au Brésil : effets d'une articulation théorique*, Enquêter ou intervenir, Gilles Monceau, Champ social, p 129-137.

Lhuilier, D. (2011). Souillure et transgression : le travail sur le négatif psychosocial. Dans D. Corteel et S. Le Lay Les travailleurs des déchets (p. 33-43). érès.

Libiano, J.B (2005) La théologie de la libération : Nouvelles figures, *Études* tome, 402.

Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle.* Editions de Minuit.

Maillard, I. (2008). *L'adolescence au prisme de la santé mentale : la recomposition des modes d'action en psychiatrie infanto-juvénile de secteur* [thèse de doctorat inédite]. Université Paris 5-René Descartes, Paris, France.

Malinowski, S. (2021). *Souffrance de jeunes et maison des adolescents : construction d'un problème public, mise en œuvre d'une réponse locale et expériences juvéniles* [thèse de doctorat, Université Toulouse 2 Jean Jaurès, Toulouse, France]. Hal.fr. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03471366

Mannoni, M. (1973). *Éducation impossible.* Éditions du Seuil.

Monceau, G. (2019) Socio-clinique institutionnelle, *Dictionnaire de la sociologie clinique*, Agnès Van Develde-Rougale et Pascal Fugier (dir.). Toulouse : érès.

Noiriel, G. (2008) *Introduction à la socio-histoire*, Repères, La Découverte.

Paris, H. (2012). L'accueil, temps thérapeutique au sein d'une Maison des adolescents. *Le Coq-héron, 209,* 82-85.

Rougeon, M. (2017) Les visites à domicile des agents communautaires de santé au Brésil, *Laïcité, Hôpitaux, soignants*, n° 41 p 119-135.

Rooke, A. (2010). Queer in the Field : on Emotions, Temporality and Performativity in ethnography. Dans K. Browne et C. J. Nash (éds.). *Queer Methods and Methodologies Intersecting Queer Theories and Social Science Research* (p. 25-40). Routledge.

Sardan, J.-P-O. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. Enquête. *Archives de la revue Enquête, 1,* 71-109.

Savoye, A. (2003) Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques : Quelle compatibilité *? L'homme et la société*, n° 147.

Published in : ROUGERIE, Corinne ; BESSAOUD-ALONSO, Patricia (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 11, No. Thématique. Comment penser la diversité des savoirs en santé, éducation et formation ?*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005243, doi : 10.17184/eac.9782813005243