

# Co-Formation Pauvreté & Santé



## SE FORMER ENSEMBLE

ENTRE PROFESSIONNELS ET PERSONNES  
AYANT L'EXPÉRIENCE DE LA GRANDE PAUVRETÉ

Les participants seront amenés à réfléchir et croiser leurs savoirs avec des personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté.

### OBJECTIFS :

Apprendre à se comprendre et dialoguer entre professionnels et personnes vivant ou ayant vécu la grande pauvreté.  
Développer ou renforcer des compétences pour agir ensemble et faire reculer les inégalités de santé.  
Améliorer la relation avec les professionnels dans un accompagnement à la santé.

### MODALITÉS PÉDAGOGIQUES :

Animations à partir d'exercices sur les représentations, d'analyse d'expériences, de réflexions entre pairs et de mises en commun.

### PRE-REQUIS :

Être volontaire à participer  
Être ouvert à apprendre des autres  
Être disposé à interroger sa pratique  
Ecrire un récit succinct d'une situation professionnelle vécue avec une personne en grande précarité

### PARTICIPANTS :

Tout professionnel des secteurs sanitaire, médicosocial et social en exercice libéral ou salarié de Savoie.  
Personnes vivant ou ayant vécu la grande pauvreté.

### CONDITIONS D'INSCRIPTION :

Le nombre total de professionnels est limité à 21.  
Il est demandé aux participants un engagement sur les 3 journées.

### FRAIS D'INSCRIPTION :

Inscription individuelle : 120€  
Inscription prise en charge par l'employeur : 240€

Contact : RESPECTS73 - 04.79.69.26.67  
RESPECTS73@RESPECTS73.FR

7 & 8 Mars  
et 11 Avril 2024  
de 9h à 17h

à Chambéry



Inscription en cliquant  
sur ce lien ou en  
flashant le QRcode



# DEMANDE D'INSCRIPTION

Formulaire à envoyer par mail à [Respects73@Respects73.fr](mailto:Respects73@Respects73.fr)  
ou par courrier : Respects73 94bis, rue de la Reveriaz 73000  
Chambéry ou à remplir directement sur internet en cliquant  
sur ce lien ou en flashant le QRcode



## CONTACT DU-DE LA CANDIDAT-E

Nom : ..... Prénom : .....

Profession / fonction : .....

Adresse (si inscription à titre individuel) :  
.....

Email (obligatoire et propre au candidat) :  
.....

Tél : .....

Avez-vous des besoins spécifiques ?  Oui  Non

Quelles sont vos attentes pour cette formation ?  
.....  
.....  
.....  
.....

## CONTACT DE L'EMPLOYEUR

(ne pas remplir si vous êtes indépendant ou particulier)

Nom/raison sociale et SIRET : .....

Adresse : .....

Nom et prénom du responsable hiérarchique :  
.....

Email responsable (obligatoire et différent de celui du candidat) :  
.....

Tél : .....

Nom et prénom du contact administratif pour la gestion de votre inscription (si différent du responsable) : .....

Email contact administratif : .....

Tél : .....



ATD  
QUART MONDE



LE DÉPARTEMENT

champ de la santé  
dialoguer ensemble  
projet de santé  
croisement des savoirs des pratiques  
comprendre personnes vivant l'exclusion  
améliorer les relations être acteurs  
entre professionnels  
mieux se connaître formation

Avec le soutien financier :